



EUROPE

Best practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive

Céline Miani, Saba Hinrichs, Emma Pitchforth, Teresa Bienkowska-Gibbs,
Stefanie Disbeschl, Martin Roland, Ellen Nolte

For more information on this publication, visit www.rand.org/t/rr622z1

Published by the RAND Corporation, Santa Monica, Calif., and Cambridge, UK

© Copyright 2015 RAND Corporation

RAND® is a registered trademark.

The RAND Corporation is a research organisation that develops solutions to public policy challenges to help make communities throughout the world safer and more secure, healthier and more prosperous. RAND is not-for-profit, nonpartisan, and committed to the public interest.

RAND's publications do not necessarily reflect the opinions of its research clients and sponsors.

Limited Print and Electronic Distribution Rights

This document and trademark(s) contained herein are protected by law. This representation of RAND intellectual property is provided for noncommercial use only. Unauthorized posting of this publication online is prohibited. Permission is given to duplicate this document for personal use only, as long as it is unaltered and complete. Permission is required from RAND to reproduce, or reuse in another form, any of its research documents for commercial use. For information on reprint and linking permissions, please visit www.rand.org/pubs/permissions.html.

Support RAND

Make a tax-deductible charitable contribution at
www.rand.org/giving/contribute

www.rand.org

www.rand.org/randeeurope

Vorwort

Dieser Bericht präsentiert eine Übersicht über die medizinische Aus- und Weiterbildung in vier europäischen Ländern. Er beschreibt, wie die medizinische Aus- und Weiterbildung jeweils weiterentwickelt wird vor dem Hintergrund eines sich verändernden Gesundheitswesens. Weiterhin beleuchtet der Bericht die Ansätze, die verschiedene Länder verfolgen, um einer drohenden Unterversorgung von Ärzten in der ambulanten Versorgung zu begegnen – und zwar speziell durch die Weiterentwicklung des Aus- und Weiterbildungssystems. Beschrieben werden England, Frankreich und die Niederlande sowie zum Vergleich das deutsche System. In dem Bericht ist der allgemeine Kontext skizziert, in dem die medizinischen Aus- und Weiterbildungssysteme eingebettet sind (hier insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin). Zum Abschluss findet sich eine Diskussion der Optionen für das Aus- und Weiterbildungssystem in Deutschland, die sich aus dieser Studie ergeben. RAND Europe ist ein unabhängiges, gemeinnütziges Forschungsinstitut. Zu den Auftraggebern von RAND Europe gehören europäische Regierungen, Institutionen, Nichtregierungsorganisationen und Unternehmen, die Bedarf an unabhängigen, wissenschaftlich fundierten und multidisziplinär ausgerichteten Analysen haben. Dieser Bericht wurde in Übereinstimmung mit Qualitätssicherungsstandards von RAND einem Peer-Review unterzogen.

Für weitere Informationen über diese Studie kontaktieren Sie bitte Dr. Ellen Nolte oder Céline Miani:

Dr. Ellen Nolte

European Observatory on Health Systems and
Policies

London School of Economics and Political Science
and London School of Hygiene & Tropical
Medicine

e.nolte@lse.ac.uk

Céline Miani

RAND Europe

cmiani@rand.org

Zusammenfassung

Wie sehen die künftigen Entwicklungen der Gesundheitsberufe aus? Die Antworten auf diese Frage stoßen auf ein wachsendes Interesse sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene. Demographische und soziale Rahmenbedingungen verändern sich. Chronische und behandlungsintensive Krankheiten nehmen zu. Gleichzeitig steigen die Möglichkeiten der modernen Medizin. Zudem stellt sich in allen Gesellschaften die Frage nach der Sicherstellung der Finanzierung der jeweiligen Gesundheitsversorgung. Hinzu kommt eine steigende Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen. Damit ändern sich auch die Anforderungen an die Berufsbilder im Gesundheitswesen.

In Deutschland findet gegenwärtig eine Diskussion über die bundesweite Verteilung der Ärzte insbesondere in der ambulanten Versorgung statt. Während für Ballungszentren zum Teil konstatiert wird, es bestehe ein Überangebot an Ärzten, wird der Versorgungsradius je Arzt in dünn besiedelten, ländlichen und strukturschwachen Gebieten immer größer, sodass ein Ärztemangel prognostiziert wird. Zwar hat die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte stetig zugenommen, jedoch hat sich die Zusammensetzung der Ärzteschaft zum Nachteil der primärversorgenden Fächer verschoben. Eine Reihe von Reformen wurde auf den Weg gebracht, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Eine nachhaltige und bedarfsgerechte Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hängt jedoch auch mit der Weiterentwicklung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zusammen.

Diese Studie wurde in Auftrag gegeben, um zum einen über die Weiterentwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland zu informieren. Zum anderen werden die Aus- und Weiterbildungssysteme in England, Frankreich und den Niederlanden betrachtet und mit denjenigen in Deutschland verglichen. Die Studie basiert auf einer Übersicht der vorhandenen Literatur, wobei eine strukturierte Vorlage für die Datensammlung verwendet wurde. Ergänzend kommen Interviews mit Experten aus den ausgewählten Ländern hinzu. Die folgenden Abschnitte fassen die zentralen Ergebnisse dieser Studie zusammen.

Das medizinische Aus- und Weiterbildungssystem in Deutschland unterscheidet sich in einigen zentralen Aspekten von dem in den drei Vergleichsländern. Diese Aspekte sind derzeit Gegenstand der Reformdiskussionen in Deutschland.

Wir haben drei zentrale Bereiche des medizinischen Aus- und Weiterbildungssystems identifiziert, in denen Deutschland sich von den Systemen in England, Frankreich und den Niederlanden unterscheidet: (i) die Festlegung der Anzahl der Studienplätze an den medizinischen Fakultäten und der Plätze für die fachärztliche Weiterbildung; (ii) die Beteiligung der medizinischen Fakultäten an der gesamten Aus- und Weiterbildung; und (iii) die Finanzierung der Weiterbildung zum Facharzt in der ambulanten

Versorgung. Die Feststellung von Unterschieden bedeutet nicht notwendigerweise, dass ein bestimmter Ansatz einem anderen überlegen ist. Eine solche Beurteilung wäre angesichts der unzureichenden empirischen Datenlage zu den relativen Vorteilen und Nachteilen verschiedener Aus- und Weiterbildungssysteme und ihren Einfluss auf die Qualität der Versorgung auch gar nicht möglich. Darüber hinaus ist zu betonen, dass viele der in diesem Bericht beschriebenen Unterschiede bereits Gegenstand von Reformvorschlägen und Empfehlungen verschiedener Akteure in Deutschland sind.

Deutschland scheint das einzige der vier in dieser Studie berücksichtigten Länder zu sein, in dem die Anzahl der Studienplätze auf Landes- und nicht auf Bundesebene bestimmt wird.

Das Hochschulsystem fällt in Deutschland ausschließlich in die Zuständigkeit der 16 Bundesländer. Die Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitssystems teilen sich dagegen Bundesregierung, die Bundesländer sowie Akteure mit öffentlich-rechtlichem Auftrag, wie Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Kammern. Die jeweiligen Landesministerien für Wissenschaft oder für Bildung legen, in Absprache mit den medizinischen Fakultäten, die jährlichen Zulassungszahlen für Medizinstudierende fest.

Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber, ob das Zulassungsverfahren für das Medizinstudium in Deutschland geändert werden soll. Das zeigt sich auch bei den für diese Studie befragten Experten. Die derzeitigen Diskussionen beschäftigen sich hauptsächlich mit den Zulassungskriterien, nicht jedoch mit dem Verfahren zur Festlegung der Zulassungszahlen. Einige der im Rahmen dieser Studie befragten Experten betonten, dass bei der Auswahl der Medizinstudierenden mehr Gewicht auf die Eignung und das Engagement für eine (zukünftige) Tätigkeit in der primärärztlichen Versorgung gelegt werden sollte. Gleichzeitig wurde auf einen Mangel an empirischen Daten zum Einfluss unterschiedlicher Auswahlverfahren auf die spätere Berufswahl hingewiesen.

England, Frankreich und die Niederlande haben Planungsverfahren eingeführt, die die Zulassung zur Weiterbildung in den verschiedenen medizinischen Fachgebieten regeln.

In Frankreich und den Niederlanden liegt dieses Verfahren in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums, und die Planung erfolgt auf der Basis der regionalen (Frankreich) oder landesweiten (Niederlande) Bedarfsplanung. Auch in England wird die Anzahl der Weiterbildungsplätze auf regionaler Ebene festgelegt, allerdings auf der Grundlage der landesweiten Bedarfsplanung des englischen Gesundheitsministeriums. In allen drei Ländern erfolgt die Auswahl der Medizinabsolventen für die Weiterbildung zum Facharzt durch einen landesweit koordinierten Wettbewerb. In Deutschland gibt es im Gegensatz dazu kein zentral koordiniertes Verfahren zur Festlegung der Anzahl der Weiterbildungsplätze. Eine länderübergreifende Koordination der Weiterbildung erfolgt nicht. Ärzte in Weiterbildung müssen sich in der Regel selbst um einen Platz kümmern. Es gibt jedoch zunehmend Weiterbildungsverbände für Allgemeinmedizin, um die Rotation zu erleichtern. Diese Verbände sind vor allem im Rahmen einer finanziellen Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin entstanden, für die weitere gesetzliche Vorgaben bestehen.

Eine länderübergreifende Strategie oder ein Koordinierungsmechanismus könnten ein effektiver Weg sein, um die Zahl von neu qualifizierten Ärzten in den verschiedenen Fachgebieten zu regeln. Ein solcher Ansatz könnte, unter Einbeziehung mittel- bis langfristiger Bedarfsprognosen helfen, die Anzahl der

benötigten Spezialisten in verschiedenen Fachgebieten besser zu steuern. Auf diese Weise ließe sich auch einem Mangel an Ärzten in ausgewählten Fachbieten begegnen. Der Erfolg eines solchen Verfahrens wurde in den Niederlanden gezeigt. Hier gelang es aufgrund der Gesundheitspersonalplanung in den vergangenen zehn Jahren, einem prognostizierten Mangel an Hausärzten zu begegnen.

Eine länderübergreifende Strategie, die die Anzahl von Weiterbildungsplätzen in den verschiedenen Fachgebieten bestimmt, scheint in Deutschland derzeit nicht zur Diskussion zu stehen. Die im Rahmen dieser Studie befragten Experten unterstrichen insbesondere die Notwendigkeit einer besseren Koordinierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Es gibt bereits eine Reihe von Aktivitäten, um diese Koordination zu stärken. Diese betreffen unter anderem Empfehlungen für die Schaffung eines länderübergreifenden, koordinierten Ansatzes, der jedem Arzt, der sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befindet, entsprechende Weiterbildungsplätze garantiert. Die Befürworter betonen, dass auf diese Weise die Chance steige, dass entsprechend weitergebildete Ärzte auch beruflich sehr wahrscheinlich die Allgemeinmedizin wählen würden. Zudem werde das Ansehen der Allgemeinmedizin gestärkt.

In England, Frankreich und den Niederlanden sind medizinische Fakultäten an der Weiterbildung zum Facharzt beteiligt.

Die fachärztliche Weiterbildung in Deutschland beinhaltet fast ausschließlich ein *training on the job*. Formale Lehrveranstaltungselemente sind derzeit nicht regulärer Teil der Weiterbildung. Dies steht im Gegensatz zu den drei Vergleichsländern, in denen die medizinischen Fakultäten (in unterschiedlichem Ausmaß) an der Weiterbildung zum Facharzt beteiligt sind. England und die Niederlande haben darüber hinaus spezielle Weiterbildungseinrichtungen geschaffen, die an die Fakultäten gekoppelt sind (die *Foundation Schools* in England und die Institute für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den Niederlanden). Die verfügbare Evidenz lässt derzeit keine Aussagen darüber zu, inwieweit die Beteiligung von medizinischen Fakultäten an der Weiterbildung zum Facharzt die ärztliche Kompetenz oder die Versorgungsqualität beeinflusst. Auf der anderen Seite beklagen Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt, insbesondere für Allgemeinmedizin in Deutschland einen Mangel an regelmäßigen Fortbildungsseminaren. Dagegen seien Fortbildungsseminare in der krankenhausbasierten Weiterbildung üblich. Seminare dieser Art könnten einen Mindeststandard für den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten im Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gewährleisten. Regionale, universitär angebundene „Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin“, die derzeit an einigen medizinischen Fakultäten in Deutschland etabliert sind, zielen darauf ab, verbesserte Weiterbildungs- und Betreuungsmöglichkeiten für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und ihre Ausbilder zu schaffen und zu verzahnen. Gegenwärtige Empfehlungen betreffen die Stärkung dieser Zentren, die neben den an den Landesärztekammern eingerichteten Koordinierungsstellen ebenfalls dazu beitragen könnten, der von Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin empfundenen professionellen Isolierung entgegenzuwirken und dem Wunsch nach strukturierten Mentoringprogrammen gerecht zu werden.

England, Frankreich und die Niederlande stellen spezielle Budgets für die Finanzierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bereit.

Alle drei Vergleichsländer stellen ein festgesetztes Budget bereit, um Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (sowie für alle anderen Fachgebiete) zu vergüten oder finanziell zu unterstützen. Die Niederlande hat zu diesem Zweck eine Stiftung eingerichtet (*Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen*, SBOH). Sie agiert als Arbeitgeber für alle Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Alle drei Länder haben ebenfalls landesweite Vorgaben, die die Vergütung der Ausbilder (sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung) sicherstellen. In Deutschland ist die Verpflichtung zur finanziellen Förderung von Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin gesetzlich festgeschrieben. Allerdings gibt es Probleme bei der Umsetzung dieser Bestimmung, die teilweise zu Verzögerungen in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zu zeitweiliger Arbeitslosigkeit führen können.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) hat einen länderübergreifenden, koordinierenden Mechanismus zur finanziellen Förderung vorgeschlagen. Er sieht vor, wie bereits erwähnt, dass für jeden Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin Plätze für die gesamte Weiterbildungszeit garantiert werden. Der SVR Gesundheit beschrieb ebenfalls verschiedene Möglichkeiten, wie eine solche Förderung finanziert werden könnte. Er betonte, dass unabhängig von dem gewählten Modell die Fördermittel durch Steuereinnahmen bereitgestellt werden sollten.

Es bedarf eines mehrdimensionalen Ansatzes, um das Ansehen der Allgemeinmedizin und der ambulanten primärärztlichen Versorgung unter Medizinstudierenden zu stärken.

Im Mittelpunkt vieler Reformvorschläge für das medizinische Aus- und Weiterbildungssystem in Deutschland steht die Stärkung der Allgemeinmedizin und der ambulanten primärärztlichen Versorgung. Es wurde eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen, um den Stellenwert der Allgemeinmedizin als Kernfach in der medizinischen Ausbildung zu stärken. Dazu zählen beispielsweise die Einführung eines Pflichtpraktikums in Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr oder die Einführung von Instituten für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten. Die Dringlichkeit umfassender Maßnahmen wird von den Ergebnissen der jüngsten bundesweiten Umfrage unter Medizinstudierenden in Deutschland aus dem Jahr 2014 unterstrichen. Diese zeigte, dass die Allgemeinmedizin als Berufsweg sowohl unter Medizinstudierenden als auch unter praktizierenden Ärzten ein nur geringes Ansehen genießt. Da Medizinstudierende, wenn es um die spätere ärztliche Tätigkeit geht, dem Urteil und dem Rollenvorbild bereits praktizierender Ärzte ein hohes Gewicht beimessen, ist ein multidimensionaler Ansatz notwendig. Nur auf diese Weise können Studierende frühzeitig positive Erfahrungen in der Allgemeinmedizin sammeln, die die zukünftige Berufswahl entsprechend beeinflussen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	iii
Zusammenfassung.....	v
Danksagung	xiv
1. Einführung.....	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Ziel der Studie.....	3
1.3. Methoden.....	4
2. Übersicht über die Studienergebnisse	11
2.1. Gesundheitssystem	11
2.2. Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	16
2.3. Ansätze zur Gewährleistung einer flächendeckenden Primärversorgung	37
2.4. Optionen für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung für die primärärztliche Versorgung in Deutschland	46
3. England.....	53
3.1. Gesundheitssystem	53
3.2. Primärversorgung	54
3.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung	59
3.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.....	60
3.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in England.....	75
4. Frankreich	77
4.1. Gesundheitssystem	77
4.2. Primärversorgung	77
4.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung	84
4.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.....	84
4.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in Frankreich	91

5. Deutschland	95
5.1. Gesundheitssystem	95
5.2. Primärversorgung	96
5.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung	102
5.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung	103
5.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland	113
6. Die Niederlande	117
6.1. Gesundheitssystem	117
6.2. Primärversorgung	118
6.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung	121
6.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung	122
6.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in den Niederlanden	130
Literaturverzeichnis	133

Abbildungen

Abbildung 1 Aus- und Weiterbildungswege zum Facharzt für Allgemeinmedizin in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden.....	18
Abbildung 2 Ärztevergütung (Haus- und Fachärzte) im Verhältnis zum Durchschnittslohn für 2011, in ausgewählten OECD-Ländern.....	40
Abbildung 3 Beschäftigte in primärärztlichen Praxen in England am 30. September 2012 (nach Berufskategorie getrennt)	56
Abbildung 4 Allgemeinmediziner in England, 2003-2013	57
Abbildung 5 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in England.....	60
Abbildung 6 Anzahl der Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Region, Frankreich 2013.....	81
Abbildung 7 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Frankreich	85
Abbildung 8 Anzahl der Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Region, Deutschland, 2012.....	99
Abbildung 9 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland	103
Abbildung 10 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in den Niederlanden	123

Tabellen

Tabelle 1 Definitionen der Allgemeinmedizin in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden	7
Tabelle 2 Finanzierung und prinzipielle Organisationsstruktur der Gesundheitssysteme in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden, 2012	12
Tabelle 3 Überblick über die wichtigsten Merkmale der Leistungserbringung und Vergütung in der primären oder ambulanten Versorgung in England, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden	13
Tabelle 4 Hausärztliche Praxen und ärztliches Personal: ausgewählte Merkmale in England, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden	15
Tabelle 5 Übersicht über die wichtigsten Merkmale der medizinischen Ausbildung in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden	24
Tabelle 6 Klinische Komponenten in der medizinischen Ausbildung und allgemeinmedizinischen Weiterbildung in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden	25
Tabelle 7 Übersicht über die wichtigsten Merkmale der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden	30
Tabelle 8 Aufsichts- und Steuerungsorgane in der Aus- und Weiterbildung in Allgemeinmedizin	36
Tabelle 9 Strategien zur Anwerbung und Bindung von Ärzten in unterversorgten Gebieten	43
Tabelle 10 Übersicht über die Qualitätssicherungsebenen und Verantwortlichkeiten für die medizinische Aus- und Weiterbildung in England	72
Tabelle 11 Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (ambulante Versorgung), Deutschland, 2010-2012	109
Tabelle 12 Geografische Verteilung der Hausärzte in den Niederlanden, 2012	120
Tabelle 13 Monatliche Finanzierung für Medizinstudierende in den Niederlanden, 2014	129

Danksagung

Wir bedanken uns bei Dr. Jennifer Newbould, RAND Europe, und Dr. Soeren Mattke, RAND Corporation, für ihre sehr hilfreichen und wertvollen Einblicke zu einer früheren Fassung dieses Berichts. Weiter sind wir der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dankbar für die Unterstützung und das Interesse an der Diskussion der Ideen und Konzepte, die zu diesem Bericht geführt haben. Insbesondere möchten wir Dr. Branko Trebar und Dr. Bernhard Gibis für ihre Unterstützung während des gesamten Projekts danken. Diese Arbeit wäre ohne die Beteiligung von 21 Experten aus fünf Ländern, die uns großzügig ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben, um diesen Bericht mit ihrem Wissen zu unterstützen, nicht möglich gewesen, und wir möchten unsere Dankbarkeit ihnen gegenüber zum Ausdruck bringen. Des Weiteren möchten wir uns bei den Teilnehmern des von der KBV am 5. August 2014 gehaltenen Expertenworkshops in Berlin, in welchem die Ergebnisse unserer Untersuchung diskutiert wurden und die zur Weiterentwicklung dieses Berichts geführt haben, bedanken. Der Bericht wurde ursprünglich in englischer Sprache verfasst und ins Deutsche übersetzt, und wir möchten uns insbesondere bei Lisa Kautzer für ihre unermüdliche Unterstützung in der Übersetzung dieses Berichts bedanken.

Die Übersetzung des Berichts orientiert sich mit einigen wenigen Ausnahmen so nah wie möglich an der englischen Originalfassung. Ausgewählte Inhalte bedurften in der deutschen Fassung einer weiteren Ausführung, um mögliche Missverständlichkeiten zu vermeiden. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde außerdem in der Übersetzung in der Regel die männliche Form der Berufsbezeichnung gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch die Ärztin beziehungsweise die Psychotherapeutin gemeint.

Dieser Bericht wurde von der KBV in Auftrag gegeben und finanziert. Die in diesem Bericht zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind einzig die der Autoren und spiegeln nicht die Ansichten der Auftraggeberin oder der Teilnehmer des oben genannten Workshops wider. Die Autoren übernehmen die Verantwortung für etwaige Fehler oder die Fehlinterpretation von Fakten, einschließlich solcher, die durch die Übersetzung des Berichts entstanden sein könnten.

1. Einführung

1.1. Hintergrund

Die steigende Anzahl an Menschen mit multiplen chronischen Erkrankungen, eine alternde Bevölkerung, steigende Erwartungen an die Versorgung, der technologische Fortschritt sowie neue Ansätze in der Praxis und Finanzierung der Gesundheitsversorgung verändern die Art und Weise, wie gesundheitliche Leistungen erbracht und in Anspruch genommen werden.[1] Der Wandel von Krankheitsbildern, insbesondere in Kombination mit zunehmender Gebrechlichkeit im Alter, erfordert eine Veränderung des traditionellen Modells der gesundheitlichen Versorgung mit seinem Schwerpunkt der Behandlung akuter, episodischer Krankheit, hin zu einer auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnittenen, partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Versorgern und Patienten mit dem Ziel einer Optimierung der Ergebnisse.[2, 3]

Vor diesem Hintergrund haben viele Länder begonnen, neue Strategien und Ansätze zur Gesundheitsversorgung zu entwickeln und zu testen.[4, 5] Dies hat Auswirkungen auf die im Gesundheitswesen Beschäftigten. Es erfordert beispielsweise eine Veränderung des *skill mix* der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie eine Reihe neuer technischer Fähigkeiten und allgemeiner Kernkompetenzen, die zusätzlich zu den existierenden Kompetenzen erworben werden müssen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.[6–8] Dementsprechend besteht auf nationaler und internationaler Ebene zunehmendes Interesse an der Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen, um in diesem sich wandelnden Kontext den gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitswesen gerecht werden zu können. In den letzten zehn Jahren haben beispielsweise sowohl die OECD in ihrem *Human Resources for Health Care* Projekt (2002-2006) als auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Kommission an der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe gearbeitet oder solche Tätigkeiten finanziert. Der Schwerpunkt lag hierbei häufig, wenn auch nicht ausschließlich, auf Fragen von Angebot und Nachfrage sowie der Arbeitsteilung oder dem erforderlichen Qualifikationsmix.[9–12]

Die Aus- und Weiterbildung bilden den Kern der Weiterentwicklung der medizinischen Gesundheitspersonalentwicklung zur Sicherung des zukünftigen Bedarfs. Allerdings werden Aspekte der Qualität und Ergebnisse der Aus- und Weiterbildung sowie entsprechende Reformansätze im Kontext der veränderten Versorgungslandschaft selten explizit untersucht.[13] Beispielsweise betonte die Europäische Kommission 2008 in ihrem „Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa“ und den nachfolgenden Berichten die zentrale Rolle der Ausbildung.[14, 15] Ausbildung wird hier vor allem in Bezug auf die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl von Arbeitskräften und den Bedarf an

Fortbildungen konzeptionalisiert.[16] Eine systematische Bewertung der Struktur der Ausbildung in der EU ist in Planung.[13]

Im Jahr 2010 veröffentlichte die *Global Independent Commission for Health Education in the 21st Century* einen Bericht, in welchem eine globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen gefordert wird, um den sich weltweit wandelnden Anforderungen an die Gesundheitssysteme besser gerecht zu werden.[17] Dieser Bericht sah eine „dritte Generation der Bildungsreform“ vor. Diese sollte, nach der naturwissenschaftlich ausgerichteten Ausbildung (erste Generation) und den problemorientierten Lehr- und Lernmethoden (zweite Generation), systemorientiert sein, um die Leistungen des Gesundheitssystems zu verbessern. Die Kommission schlug vor, die Bildungsreform an zwei Hauptergebnissen zu orientieren, um die Versorgung mit qualifizierten Arbeitskräften, die den Anforderungen eines sich verändernden Gesundheitssystems gerecht werden, sicherzustellen. Diese Hauptergebnisse bezeichnete sie als „transformatives Lernen“ und „wechselseitiger Austausch im gesamten Lernprozess“.

Diesen Reformvorstellungen stehen die aktuellen Entwicklungen in vielen OECD-Ländern im Hinblick auf einen möglichen Arbeitskräftemangel in bestimmten Berufszweigen, Fachrichtungen oder Regionen, gegenüber. Eine Herausforderung stellt insbesondere die Alterung der Arbeitskräfte dar. Beispielsweise wird erwartet, dass bis 2020 jährlich 3,2 Prozent aller europäischen Ärzte in den Ruhestand gehen; ein Rückgang, der möglicherweise nicht durch das Nachkommen einer ausreichenden Anzahl von qualifizierten medizinischen Fachkräften ausgeglichen werden kann.[15]

Medizinische Berufsgruppen in Deutschland

Deutschland steht vor einer Reihe von Herausforderungen bei der Bereitstellung von Gesundheitspersonal. So steht einem Überangebot an Ärzten in und um Ballungszentren eine Verknappung in dünn besiedelten ländlichen und strukturschwachen Gebieten, insbesondere im östlichen Teil des Landes, gegenüber.[18] Zum anderen ist die Verfügbarkeit von neuen Ärzten in bestimmten Fachgebieten, wie zum Beispiel der Allgemeinmedizin, problematisch. Zwar hat die Zahl der praktizierenden Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung (Vertragsärzte) in den letzten zehn Jahren stetig zugenommen, gleichzeitig gibt es jedoch eine strukturelle Verschiebung in der Zusammensetzung der Ärzteschaft, mit einem Rückgang von Allgemeinmedizinerinnen bzw. Hausärzten und einer Zunahme an anderweitig spezialisierten Fachärzten.[19] Ähnlich wie in anderen Ländern stellt die Alterung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen eine besondere Herausforderung dar. So waren beispielsweise im Jahr 2012 rund 25 Prozent der Vertragsärzte 60 Jahre und älter; unter den Hausärzten war dieser Anteil mit 31 Prozent sogar noch höher.[20]

Es wird zunehmend schwieriger, Ärzte für unterversorgte Gebiete zu finden, dies gilt besonders für Allgemeinmediziner und Hausärzte. Während die Anzahl an Medizinstudierenden in den letzten zehn Jahren recht stabil war,[21] gingen die Neuzulassungen für Fachärzte für Allgemeinmedizin stetig zurück; in den letzten Jahren lag dieser Anteil, gemessen an allen Neuzulassungen, bei um die 10 Prozent.[22] Es gibt eine deutliche Präferenz für die Beschäftigung in städtischen Gebieten: In einer aktuellen Umfrage unter Medizinstudierenden im Jahr 2014 erklärte mehr als die Hälfte der Befragten, nicht in kleinen oder ländlichen Gemeinden arbeiten zu wollen.[23] Die zukünftige und ausreichende Bereitstellung von

Ärzten und der Zugang zur medizinischen Versorgung in dünn besiedelten und unterversorgten Gebieten stellen daher eine echte Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen dar.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, hat die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2012 eine Reihe von Bestimmungen eingeführt, die darauf ausgerichtet sind, Ärzte dazu zu bewegen, sich in Gebieten mit unzureichender ambulanter Versorgung niederzulassen. Dazu gehören unter anderem finanzielle Anreize, mehr Möglichkeiten für die Einrichtung von Zweigpraxen und die Delegation medizinischer Aufgaben sowie Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung bei der Einrichtung von Praxen.[24]

Gleichzeitig wird eingeräumt, dass die Bemühungen, einen bedarfsgerechten *skill mix* von Gesundheitsberufen zu gewährleisten, auch die Aus- und Weiterbildung von Ärzten miteinbeziehen müssen. Derzeitige Ansätze zur medizinischen Aus- und Weiterbildung sind möglicherweise nicht geeignet, um die Gesundheitsberufe auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten. Beispielsweise ist die medizinische Aus- und Weiterbildung noch größtenteils auf den institutionellen Bereich beschränkt, was dazu führt, dass die erworbenen Fähigkeiten und Kompetenzen vor allem auf die stationäre Versorgung zugeschnitten sind. Die sich wandelnden Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung, die sich aus komplexen multiplen Krankheitsbildern ergeben, in Verbindung mit neuen Technologien, welche es ermöglichen, einen Großteil der Versorgung näher am Patienten zu gewährleisten, und die damit einhergehende Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich machen es notwendig, die medizinische Aus- und Weiterbildung über die Universitätskliniken hinaus auszudehnen. Dadurch sollte ein breites Verständnis von Gesundheitsfragen innerhalb des alltäglichen Umfeldes der Patienten sowie die Fähigkeit, Gesundheitsberufe unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen auszuüben, ermöglicht werden.[1]

Auf internationaler Ebene hat die eingangs erwähnte *Global Independent Commission for Health Education in the 21st Century* angemerkt, dass die Ausbildungssysteme es nicht geschafft haben, mit diesen Herausforderungen Schritt zu halten. Die Kommission schreibt dies vor allem den fragmentierten, überholten und statischen Lehrplänen zu, die zu unzureichend vorbereiteten Absolventen führen.[17] Bedenken betreffen unter anderem das Missverhältnis zwischen den Fähigkeiten und Kompetenzen der Gesundheitsberufe und den Bedürfnissen von Patienten und Bevölkerung; die beschränkte Schwerpunktsetzung auf technische Aspekte anstelle eines breiteren, kontextuellen Verständnisses; das traditionelle Modell der episodenhaften Akutversorgung anstelle von koordinierten Versorgungsmodellen; sowie die Betonung der fachärztlichen Spezialisierung an den Universitäten und Krankenhäusern der primärärztlichen Versorgung.

1.2. Ziel der Studie

Diese Studie wurde in Auftrag gegeben, um über die Weiterentwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland zu informieren. Die Studie untersucht,

- (i) wie in anderen Ländern die medizinische Aus- und Weiterbildung weiterentwickelt wird, um den Bedürfnissen eines sich verändernden Gesundheitswesens besser gerecht zu werden sowie die entsprechenden Ansätze, die dazu verfolgt werden,

- (ii) wie in anderen Ländern dem Mangel an Ärzten in der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung durch Weiterentwicklung des medizinischen Aus- und Weiterbildungssystems begegnet wird.

Bei der Behandlung dieser beiden übergreifenden Aspekte legten wir ein besonderes Augenmerk auf *best practice*-Lösungsansätze, die potenziell auf Deutschland übertragbar sind. Die Studie hat insbesondere zum Ziel,

- die wesentlichen Komponenten der Aus- und Weiterbildung von Ärzten in drei Ländern zu beschreiben: in England (bzw. dem Vereinigten Königreich), Frankreich und den Niederlanden. Ebenfalls behandelt wird Deutschland, um einen Vergleich zu ermöglichen. Insbesondere konzentrieren wir uns auf die „typische“ Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin;
- die Kernfunktionen der medizinischen Aus- und Weiterbildungssysteme in den untersuchten Ländern zu beleuchten; dies schließt die Regulierung, Steuerung, Finanzierung sowie die Aufgaben und Zuständigkeiten der wichtigsten Akteure in der Gestaltung und Durchführung der medizinischen Aus- und Weiterbildung ein;
- Strategien und Ansätze zu identifizieren, die verschiedene Systeme der medizinischen Aus- und Weiterbildung verfolgen, um in dünn besiedelten oder strukturschwachen Regionen eine bedarfsgerechte medizinische primärärztliche Versorgung zu gewährleisten, die leicht zugänglich und qualitativ hochwertig ist. Diese reichen von der Auswahl der Studierenden zum Medizinstudium bis hin zur kontinuierlichen beruflichen Fortbildung;
- die Übertragbarkeit vielversprechender Ansätze (*best practice*) auf den deutschen Kontext zu beurteilen.

1.3. Methoden

1.3.1. Auswahl der Länder

Es wurden vier Länder untersucht: England (bzw. das Vereinigte Königreich), Frankreich, Deutschland und die Niederlande. Diese Auswahl beruht auf einer Liste, die von der Auftraggeberin dieser Studie, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wegen ihrer potenziellen Relevanz für den deutschen Kontext zusammengestellt wurde. Diese Liste umfasste England, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, die Schweiz und die Vereinigten Staaten von Amerika. Die Länderauswahl wurde nach Durchsicht der verfügbaren Literatur und aufbauend auf Erkenntnissen einer früheren Studie zur Beurteilung der Qualität von medizinischer Aus- und Weiterbildung um die Länder Australien, Belgien und Neuseeland, als potenziell relevante Kandidaten, erweitert.[13] Der Zeitrahmen dieser Studie ließ die eingehende Untersuchung aller möglicherweise relevanten Länder nicht zu, daher musste eine Auswahl getroffen werden. Dies geschah in Abstimmung mit der KBV und orientierte sich vor allem daran, europäische Länder, welche regelmäßig zum Vergleich mit Deutschland herangezogen werden, zu erfassen. Sofern es sich bei der Literaturübersicht (siehe unten) ergab, dass Länder, die nicht in unserer Endauswahl aufgenommen wurden, potenziell Relevanz für spezifische Fragestellungen hatten, haben wir dies untersucht und in das Übersichtskapitel dieses Berichts mit aufgenommen.

1.3.2. Datenerhebung

Literaturübersicht

Die Datenerhebung erfolgte anfangs durch eine Durchsicht der akademischen sowie der „grauen“ Literatur mit Hilfe der Literaturdatenbank PubMed, des World Wide Web (mittels der Suchmaschine Google Scholar) sowie von Dokumenten staatlicher und nichtstaatlicher Einrichtungen und Organisationen mit Aufgabenbereich in der medizinischen Aus- und Weiterbildung in den untersuchten Ländern. Für die PubMed-Suchen wurden Kombinationen der folgenden Begriffe verwendet, wobei das Zeichen „/“ für „oder“ steht: „general practice / general medicine / family practice / family medicine / GP“ (was weitgehend den deutschen Begriffen „Allgemeinmedizin / Hausarztpraxis / Familienmedizin / Allgemeinmediziner / Hausarzt“ entspricht); „medical education / medical training / medical school / training“ (was weitgehend den deutschen Begriffen „medizinische Aus- und Weiterbildung“ entspricht) und die Namen des jeweiligen Landes.

Ziel der Literaturübersicht war es, Informationen zu den folgenden Themenbereichen herauszufiltern:

- (i) den allgemeinen Systemkontext, in welchem die Gesundheitsversorgung organisiert, geregelt und bereitgestellt wird. Der Schwerpunkt wurde hierbei auf die Primärversorgung oder ambulante Versorgung, insbesondere Allgemeinmedizin und die hausärztliche Versorgung gelegt, einschließlich der Struktur und Verteilung der im Bereich der primärärztlichen oder ambulanten Versorgung tätigen Arbeitskräfte;
- (ii) die medizinische Aus- und Weiterbildung, einschließlich:
 - a. die Regulierung und Steuerung der medizinischen Aus- und Weiterbildung, einschließlich der Rollen und Verantwortlichkeiten entlang der Aus- und Weiterbildungspfade;
 - b. die regelhafte Aus- und Weiterbildung für Medizinstudierenden, welche die Allgemeinmedizin als Fachrichtung wählen;
 - c. Trends und Entwicklungen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung, einschließlich innovativer Praktiken rund um die Auswahl der Studierenden, die Lehrplanentwicklung und die Beurteilung der Studierenden sowie die *governance* der medizinischen Aus- und Weiterbildung.
- (iii) Ansichten der beteiligten Interessengruppen zum aktuellen System; Beweggründe, Möglichkeiten und Hindernisse für Medizinstudierende und Absolventen, die sich für die Allgemeinmedizin entscheiden, Gründe und Hindernisse der Niederlassung in unterversorgten Gebieten.

Auf diesen Themenstellungen aufbauend entwickelten wir eine Vorlage für die Datensammlung, welche als Grundlage für detaillierte Länderanalysen diente. Wir berücksichtigten Dokumente in niederländischer, englischer, französischer und deutscher Sprache. Die Vorlage für die Datensammlung ist in Anhang A zu finden.

Interviews mit Experten

Zweitens baut der Bericht auf Interviews mit Länderexperten auf. Diese Gespräche dienten dazu, unser Verständnis für die wichtigsten Fragen bezüglich der Zusammenhänge und Prozesse in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu vertiefen. Experteninterviews können wichtige Einblicke in Themen gewähren, die unzureichend dokumentiert sind oder eine Expertise erfordert, die nicht ohne Weiteres durch die veröffentlichte bzw. graue Literatur zugänglich ist, wie zum Beispiel laufende politische Entwicklungen und Reformanstrengungen. Die Interviews dienten des Weiteren dazu, die mögliche Übertragbarkeit vielversprechender Modelle und Ansätze auf Deutschland besser beurteilen zu können.

Die Experten wurden durch eine Kombination aus zielgerichteter Suche sowie *snowballing* identifiziert, wobei wir auf die veröffentlichte Literatur, offizielle Webseiten, professionelle Netzwerke der Autoren und Empfehlungen der für diese Studie befragten Experten zurückgriffen. Wir konzentrierten uns auf Akteure, die an der Organisation, Steuerung oder Durchführung der medizinischen Aus- und Weiterbildung beteiligt sind, und berücksichtigen insbesondere Vertreter von Ärzteverbänden, medizinischen Fakultäten, Aufsichtsbehörden und Forschungseinrichtungen.

Potenzielle Studienteilnehmer wurden mittels einer E-Mail, welche die Hintergründe der Studie erläuterte, zum Interview eingeladen. Interviews behandelten weite Themenbereiche rund um die medizinische Aus- und Weiterbildung, einschließlich der Funktion und Beteiligung der Akteure entlang des Aus- und Weiterbildungspfades von der Zulassung der Studierenden bis hin zur abschließenden Prüfung und Zulassung der neu qualifizierten Fachärzte; Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Aus- und Weiterbildung; Koordination und Zusammenarbeit zwischen dem Bildungs- und dem Gesundheitssystem; laufende oder geplante Reforminitiativen im Bereich der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie andere Themen, die von den Interviewpartnern aufgeworfen wurden. Der Interviewleitfaden, der den Teilnehmern vor dem Interview übermittelt wurde, ist in Anhang B zu finden.

Die Mehrzahl der Interviews wurde telefonisch durchgeführt und folgte ethischen Grundsätzen. Dies bedeutet, dass Interviewpartner nur in ihrer beruflichen Rolle angesprochen und keine persönlichen Informationen erfasst wurden. Datenschutzmaßnahmen stellten die Vertraulichkeit der Gespräche mit den Interviewteilnehmern sicher. Die Experten wurden um ihre schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an der Befragung gebeten. Die Interviews wurden in der Regel auf der Basis von Einzelgesprächen (ein Interviewer und ein Länderexperte) durchgeführt, mit Ausnahme von einem Interview, an dem zwei Vertreter der gleichen Organisation (Frankreich) teilnahmen. Die Interviews wurden in Englisch (England, Niederlande), Französisch (Frankreich) oder Deutsch (4 von 6 deutschen Interviewpartnern) durchgeführt und dauerten zwischen 45 und 60 Minuten. Die Gespräche wurden, mit Zustimmung der Interviewpartner, aufgezeichnet und wörtlich transkribiert; wenn erforderlich, wurden die Gespräche hierbei ins Englische übersetzt.

Die Interviews wurden hinsichtlich der anfangs identifizierten Themen analysiert, wobei wir auch zusätzliche Themen, die Gesprächspartner erwähnten, bei der Analyse berücksichtigten. Wir befragten insgesamt 21 Experten; diese waren Vertreter verschiedener beteiligter Institutionen oder Beobachter des Gesundheitssystems und der medizinischen Aus- und Weiterbildung (4 Experten stammten aus England, 6 aus Frankreich, 6 aus Deutschland und 5 aus den Niederlanden). Anhang C enthält einen Überblick

über die Rollen und Zuständigkeiten der Interviewpartner; einer der befragten Experten bat darum, die Zugehörigkeit nicht aufzuführen.

1.3.3. Terminologie

Eine grundsätzliche Herausforderung internationaler Systemvergleiche stellen unterschiedliche Definitionen und Interpretationen scheinbar ähnlicher Konzepte und Terminologien dar. Primärversorgung (*primary care*) wird beispielsweise als *first contact care* beschrieben, die meist unter die hausärztliche Versorgung fällt.[25] Die Abgrenzung ist jedoch nicht eindeutig und der Begriff der „Primärversorgung“ wird oftmals synonym mit dem Begriff der „Allgemeinmedizin“ oder auch „Hausarztmedizin“ verwendet.[26] Dennoch sind diese Konzepte nicht unbedingt gleichzusetzen, da sich die Funktionen und Merkmale dessen, was in verschiedenen Ländern als Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung definiert wird, unterscheiden. Darüber hinaus ist in einigen Ländern der Begriff der Primärversorgung nur schwer unter die Versorgung allgemeinmedizinischer Natur zu subsumieren. So waren beispielsweise in Deutschland im Jahr 2013 knapp 41 Prozent der niedergelassenen Ärzte als Hausärzte tätig. Von diesen besaßen etwa 65 Prozent eine Facharztausbildung in Allgemeinmedizin, während knapp 25 Prozent Fachärzte für Innere Medizin waren; der Rest bestand aus Ärzten ohne Facharztausbildung (praktischer Arzt), die als Hausärzte praktizieren.[27] Hier wird der Begriff der Primärmedizin als solcher nicht regulär verwendet; stattdessen verweist die Terminologie auf „ambulante Versorgung“, die in hausärztliche Versorgung (Allgemeinmedizin) und fachärztliche Versorgung unterschieden wird. Ein ähnliches System besteht grundsätzlich in Frankreich, wobei jedoch im Jahr 2004 die Allgemeinmedizin als fachliche Qualifikation und die Primärversorgung 2009 per Gesetz formell anerkannt wurde (siehe Kapitel 4); in Frankreich ist daher der Begriff der Primärversorgung heute weiter verbreitet.

Die Terminologie rund um „Allgemeinmedizin“, die im Mittelpunkt dieses Berichts steht, muss in diesem Kontext interpretiert werden. In Deutschland bezieht sich die wörtliche Übersetzung von *general medicine* (Allgemeinmedizin) auf eine Spezialisierung, die in groben Zügen der *general practice* entspricht, wie sie in England (bzw. im Vereinigten Königreich) und in den Niederlanden gebräuchlich ist (Tabelle 1).

Tabelle 1 Definitionen der Allgemeinmedizin in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden

Land	Definition
England	Die Definition der Allgemeinmedizin folgt hauptsächlich der Begriffsbestimmung von WONCA Europa (2005) [25]
Frankreich	Allgemeinmedizin ist eine anerkannte medizinische Spezialisierung (seit 2004) [29] Allgemeinmedizinische Kompetenzen umfassen klinisches Wissen, Kommunikation und Führungskompetenz. Die Patientenakte wird als das wichtigste Instrument für die Gesundheitsversorgung und das Management des Behandlungswegs gesehen. Die Definition erkennt die Komplexität des Aufgabenbereiches der Allgemeinmedizin an und die Notwendigkeit, einen umfassenden Ansatz zu entwickeln, der von der Prävention zur Rehabilitation reicht und die patientenorientierte Versorgung gewährleistet, die nicht nur die örtlichen Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens berücksichtigt, sondern diese koordiniert. (adaptiert nach [30])

Land	Definition
Deutschland	Allgemeinmedizin umfasst „die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall. Dazu gehören auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung haben, die Unterstützung gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten, die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten.“ (zitiert von [31])
Niederlande	Hausärztliche Versorgung ist patientenorientierte, kontinuierliche allgemeinmedizinische Versorgung. Dies bedeutet, dass der Hausarzt über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, um, unter Berücksichtigung des natürlichen Fortschreitens der Krankheit, alle möglichen Beschwerden, Probleme und Fragen angemessen zu beurteilen und die nötigen Maßnahmen zu ergreifen sowie die Patienten zu beraten oder sie an einen anderen Arzt zu überweisen. Der Hausarzt berücksichtigt die individuellen Eigenschaften und das Lebensumfeld des Patienten sowie die körperlichen, geistigen und sozialen Aspekte, welche die Gesundheit und Krankheit des Patienten beeinflussen können. Der Hausarzt gewährleistet die Kontinuität der Versorgung in Zeiten von Krankheit und während des allgemeinen Lebensverlaufes des Patienten durch die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern. (Adaptiert von [32])

Hinweis: WONCA - World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Für die Zwecke der gegenwärtigen Studie verwenden wir die Begriffe „Allgemeinmedizin“ und „hausärztliche Versorgung“ synonym, während wir die alternative Verwendung des Begriffs Hausarzt in anderen Zusammenhängen anerkennen. Wir verwenden weiter die Begriffe „Allgemeinmediziner“ und „Hausarzt“ im gleichen Sinne, obwohl wir uns bewusst sind, dass diese nicht identisch sind. Im deutschen Sprachgebrauch umfasst der Begriff Hausarzt, wenn nicht anders beschrieben, generell Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte.

Wir weisen ebenfalls darauf hin, dass der Begriff „Doktor“ in den verschiedenen Ländern nicht unbedingt gleichwertig verwendet wird. So ist in einigen Ländern der Abschluss Doktor der Medizin (MD/Dr. med.) ein Berufstitel, wie zum Beispiel in den Niederlanden, während der MD/Dr.med. in anderen Ländern einen Forschungstitel (z.B. im Vereinigten Königreich) oder einen akademischen Grad (z.B. in Deutschland) bezeichnet. In Deutschland ist die Berufsbezeichnung für jemanden, der das Medizinstudium und die praktische Ausbildung abgeschlossen und die Approbation für die Ausübung des Berufes erhalten hat, Arzt; rund die Hälfte der Absolventen des Medizinstudiums verfolgen den akademischen Grad Doktor der Medizin (Dr. med.). Während wir uns dieser Unterschiede bewusst sind, verwenden wir die Begriffe ‚Doktor‘ und ‚Arzt‘ in diesem Bericht synonym.

1.3.4. Über diesen Bericht

Dieses Bericht ist wie folgt gegliedert: Kapitel 2 fasst die wichtigsten Erkenntnisse bezüglich der medizinischen Aus- und Weiterbildung der Allgemeinmedizin in den vier Ländern zusammen und verwendet hierbei einen vergleichenden Ansatz. Kapitel 3 bis 6 berichten über die vier untersuchten Länder. Diese Kapitel folgen einer einheitlichen Struktur: Eingangs erfolgt eine Beschreibung des Gesundheitssystems und der Merkmale primärärztlicher Praxen; anschließend folgt eine detaillierte

Beschreibung der medizinischen Aus- und Weiterbildung mit einem Schwerpunkt auf der Darstellung der Allgemeinmedizin. Des Weiteren werden die Finanzierung, Qualitätssicherung und allgemeine Regelungsstrukturen erläutert. Jeder Länderbericht schließt mit einer kurzen Zusammenfassung mit der Sicht der verschiedenen Akteure auf das jeweilige System ab.

2. Übersicht über die Studienergebnisse

Dieses Kapitel enthält eine Übersicht der wichtigsten Aspekte der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, die im primärärztlichen oder ambulanten Sektor in England, Frankreich und den Niederlanden tätig sind. Zusätzlich wurde zum Vergleich das deutsche System beschrieben. Die Ausführungen stützen sich auf die ausführlichen Beschreibungen der einzelnen Länder in den Kapiteln 3–6.

Wir beginnen die Darstellung mit dem allgemeinen Kontext, in welchem die medizinische Aus- und Weiterbildung eingebettet ist, und beschreiben ausgewählte Merkmale der primärärztlichen bzw. ambulanten Versorgung. Im Anschluss beschreiben wir, was in jedem der vier Länder gemeinhin als allgemeiner Aus- und Weiterbildungspfad für die Allgemeinmedizin bezeichnet werden kann, obwohl wir uns bewusst sind, dass bestimmte berufliche Laufbahnen sowohl innerhalb der Länder als auch im Vergleich zu anderen Ländern unterschiedlich ausgerichtet sind. Wir setzen beobachtete Strukturen in den regulatorischen Kontext der medizinischen Aus- und Weiterbildung und skizzieren die relevanten Finanzierungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wir analysieren ebenfalls Ansätze zur Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung und schließen mit einer Erörterung von Optionen für Deutschland, die sich aus dieser Studie ergeben.

2.1. Gesundheitssystem

Von den vier Ländern, die in dieser Studie untersucht wurden, hat lediglich England ein weitgehend steuerfinanziertes Gesundheitssystem, in dem die Versorgung vor allem durch den National Health Service (NHS) organisiert und bereitgestellt wird. Frankreich, Deutschland und die Niederlande verfügen über Sozialversicherungssysteme (in Deutschland: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)). Gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben und dem Anteil des Nationaleinkommens (Bruttoinlandsprodukt, BIP), wenden diese drei Länder mehr Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung auf als England (Tabelle 2).

Die Regulierung der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung variiert ebenfalls. In Deutschland und den Niederlanden wird diese vom Staat gemeinsam mit den Verbänden vorgenommen; in Deutschland kommen zusätzlich die (Bundes-)Länder mit den ihnen übertragenen Zuständigkeiten hinzu. England und Frankreich haben traditionellerweise eher zentralistisch organisierte Systeme. Dennoch hat auch in England und Frankreich eine schrittweise Dezentralisierung stattgefunden, in deren Rahmen (ausgewählte) hoheitliche Aufgaben an regionale Agenturen wie die regionalen Gesundheitsbehörden in Frankreich oder neu geschaffene Einrichtungen wie das NHS England übertragen wurden. Das NHS England spielt unabhängig vom Gesundheitsministerium eine zentrale Rolle bei der Beaufsichtigung des NHS.[33]

Tabelle 2 Finanzierung und prinzipielle Organisationsstruktur der Gesundheitssysteme in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden, 2012

Hauptfinanzierungsquelle (% der gesamten Gesundheitsausgaben)	Weitere Quellen (% der gesamten Gesundheitsausgaben)	Ausgaben als % des BIP	Pro-Kopf- Ausgaben (US \$ PPP)	Entscheidungsträger im öffentlich finanzierten System
England (UK)				
Allgemeine Steuern: 82,5 % (UK)	Zuzahlungen privater Haushalte: 9,9 % Private Krankenversicherung: 1,1 % (UK)	9,4 % (UK)	3.495 (UK)	Auf zentraler Ebene Staat und nachgeordnete Stellen; örtliche Einrichtungen sind für die Organisation und Erbringung der Gesundheitsversorgung verantwortlich
Frankreich				
Sozialversicherung: 71,0 %	Steuern: 5,9 % Zuzahlungen privater Haushalte: 7,4 % Private Krankenversicherung: 14 %	11,7 %	4.260	Traditionelle Zentralisierung auf nationaler Ebene mit einer schrittweisen Dezentralisierung (ausgewählter) Funktionen an regionale Einrichtungen
Deutschland				
Gesetzliche Krankenversicherung: 67,6 %	Steuern: 8,7 % Zuzahlungen privater Haushalte: 12 % Private Krankenversicherung: 9,5 %	11,3 %	4.617	Geteilte Zuständigkeit von Bundesregierung, 16 Landesregierungen und Verbänden; Verantwortung für den Krankenhaussektor liegt vor allem bei den Ländern
Niederlande				
Krankenversicherung: 72,6 %	Steuern: 10,7 % Zuzahlungen privater Haushalte: 5,6 % Private Krankenversicherung: 5,2 %	12,4 %	5.484	Geteilte Zuständigkeit vom Staat und den Verbänden

Quelle: World Health Organization (2014)[34]

Hinweis: BIP - Bruttoinlandsprodukt; PPP – purchasing power parity (Kaufkraftparität)

In allen vier Ländern dient der Hausarzt oder *general practitioner* in der Regel als erste Anlaufstelle für nicht dringende Behandlungen. Es bestehen aber Unterschiede in der Art und Weise, wie Patienten Zugang zu dieser Primärversorgung erlangen. Beispielsweise müssen sich Patienten in England bei einem Hausarzt in der Region, in welcher sie leben, registrieren. Die Niederlande, wo seit 2006 die private Pflichtversicherung eingeführt wurde, verlangen ebenfalls eine Registrierung bei einem Hausarzt, allerdings ist die Wahl des Arztes dem Patienten grundsätzlich freigestellt. Beide Länder haben ein striktes *gatekeeping*-System, in dem der Hausarzt, außer in dringenden Fällen, den Zugang zur fachärztlichen Versorgung steuert (Tabelle 3).

In Deutschland können Patienten prinzipiell jeden niedergelassenen Hausarzt aufsuchen und sie haben auch direkten Zugang zu niedergelassenen Fachärzten. Seit dem Jahr 2004 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Mitgliedern ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell anzubieten, in welchem sich Patienten freiwillig bei einem Hausarzt registrieren, der dann für mindestens ein Jahr als erste Anlaufstelle fungiert. Ein ähnliches System gibt es in Frankreich, wo seit dem Jahr 2005 alle Einwohner dazu angehalten sind, sich bei einem Arzt ihrer Wahl (vor allem Hausärzte) einzuschreiben. Dies entspricht einem freiwilligen *gatekeeping*-System, in dem Patienten höhere Zuzahlungen leisten müssen, wenn sie einen Facharzt direkt und ohne eine ärztliche Überweisung aufsuchen. Bis Ende 2008 gaben etwa 85 Prozent der Patienten in Frankreich an, bei einem Arzt ihrer Wahl eingeschrieben zu sein.[35] Im Gegensatz dazu ist die Annahme des hauszentrierten Modells in Deutschland mit jährlich etwa 20 Prozent eingeschriebenen GKV-Mitgliedern eher niedrig.[36]

Allgemeinmedizinische Honorare setzen sich in der Regel aus einer Kombination von Kopfpauschalen und Einzelleistungsvergütungen zusammen. Eine Ausnahme bildet Frankreich, wo das Honorar nur aus einer Einzelleistungsvergütung besteht. In England und Frankreich kommt bei der Bezahlung der Allgemeinmediziner zusätzlich eine leistungsabhängige (*pay-for-performance*) Prämie hinzu.

Tabelle 3 Überblick über die wichtigsten Merkmale der Leistungserbringung und Vergütung in der primären oder ambulanten Versorgung in England, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden

Primär- / ambulante Versorgung	Wahlmöglichkeiten des primären/ambulanten Versorgers	Hausarzt ist Gatekeeper	Vergütung von niedergelassenen Hausärzten
England			
Versorgungsteams in niedergelassenen Arztpraxen oder Gesundheitszentren	Nur innerhalb der Wohnregion; Registrierung beim Hausarzt erforderlich	Ja; Zugang zu fachärztlichen Versorgung nur bei Überweisung	Kombination aus Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung basierend auf zentral verhandeltem Vertrag: General Medical Services (GMS) zwischen dem General Practitioners Committee der British Medical Association und NHS-Employers; freiwillige leistungsabhängige Prämien (Quality and Outcomes Framework)
Frankreich			
Niedergelassene Haus- und Fachärzte	Ja	Freiwillige Registrierung („bevorzugter Arzt“)	Einzelleistungsvergütung; Gebühren basierend auf landesweiter Vereinbarung zwischen Berufsverbänden und der Sozialversicherung; seit 2009 zusätzliche leistungsabhängige Prämien basierend auf Einzelverträgen zwischen Allgemeinmedizinern und der Sozialversicherung

Primär- / ambulante Versorgung	Wahlmöglichkeiten des primären/ambulanten Versorgers	Hausarzt ist Gatekeeper	Vergütung von niedergelassenen Hausärzten
Deutschland			
Niedergelassene Haus- und Fachärzte	Ja	Freiwillig („Hausarztverträge“)	Kombination aus Pauschale und Einzelleistungsvergütung basierend auf dem zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen zentral verhandelten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)
Niederlande			
Allgemeinmediziner in Gemeinschaftspraxen	Ja; Anmeldung beim Hausarzt vorgeschrieben	Ja; Zugang zu fachärztlichen Versorgung nur bei Überweisung	Kombination aus Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung; Höchstvergütungssätze für Hausärzte werden zwischen der nationalen Vereinigung der Allgemeinmediziner, den niederländischen Krankenkassen und dem Ministerium für Gesundheit, Sozialwesen und Sport ausgehandelt

Quelle: Zusammenstellung der Autoren

Frankreich fällt durch eine hohe Anzahl an Hausärzten auf. Dies gilt sowohl für die Gesamtzahl als auch im Verhältnis zur Einwohnerzahl (Tabelle 4). So war im Jahr 2013 die (durchschnittliche) Anzahl der Allgemeinmediziner in Frankreich je 100.000 Einwohner etwa doppelt so hoch wie in England, Deutschland oder den Niederlanden. In England und Deutschland variierte die Verteilung im Jahr 2012 um den Faktor 2 zwischen der niedrigsten und höchsten Hausärztdichte, während sich in den Niederlanden diesbezüglich wenig regionale Unterschiede zeigten.

Entsprechend bestehen in den Niederlanden derzeit nur wenige Bedenken bezüglich der Verfügbarkeit von Hausärzten. Der Zugang wird allgemein als hoch eingestuft, auch wenn man in einigen ausgewählten Stadtgebieten ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage findet.[37] Umgekehrt gibt es in Frankreich und Deutschland eine Fehlverteilung von Hausärzten. Man findet unterversorgte Gebiete, die in der Regel in dünn besiedelten, ländlichen oder strukturschwachen Regionen liegen.[18, 38] Obwohl es in England Hinweise auf regionale Unterschiede in der Verteilung von Hausärzten gibt, scheinen hier ländliche Regionen im Vorteil zu sein, während einige Stadtgebiete nur eine sehr geringe Dichte an Hausärzten aufweisen.[39]

Es ist bemerkenswert, dass in England die Mehrheit der Hausärzte in Gemeinschaftspraxen mit vier und mehr Ärzten arbeitet, während nur ein kleiner Anteil (10 Prozent) in Einzelpraxen tätig ist. In Deutschland, und zu einem gewissen Grade auch in den Niederlanden, ist die Situation umgekehrt. Ein Vergleich mit Frankreich ist schwierig, da die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten in der Regel als Gemeinschaftspraxis angesehen wird, selbst wenn die beteiligten Ärzte getrennte Patientenlisten führen und diese nicht mit den anderen Ärzten teilen.

Das Alter der Ärzte sticht insbesondere in Frankreich und Deutschland ins Auge, wo im Jahr 2012/13 rund zwei Drittel 50 Jahre oder älter waren. In England und den Niederlanden war dieser Anteil deutlich niedriger.

Tabelle 4 Hausärztliche Praxen und ärztliches Personal: ausgewählte Merkmale in England, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden

Zahl der praktizierenden Hausärzte	Zahl der Hausarztpraxen	Hausärzte je 100.000 Einwohner	Anteil (%) der Hausärzte im Alter von 50 Jahren und älter	Verteilung der Hausärzte
England				
35.527 (2012) 2/3 sind selbständig, Verbleibende sind angestellt	8.090 Praxen (2012) 57 % arbeiten mit 4+ Ärzten; 10 % Einzelpraxen	Von 49,8 bis 88,7 (2012, VZÄ)	39,9 % (2012)	Hausarztichte ist tendenziell in ländlichen Gebieten höher, städtische Gebiete neigen vor allem in den Midlands und im Norden eher zu einer niedrigeren Dichte
Frankreich				
91.539 (2013) Über 60 % selbständig	35.248 Praxen (2011) 54 % der Hausärzte arbeiten in Gemeinschaftspraxen (2009)	Von 115 bis 162 (2013)	65 % (2013)	4 % der Bevölkerung (2,6 Mio.) und 3 % der Hausärzte befinden sich in medizinisch unterversorgten Gebieten; definiert als sehr geringe Hausarztichte / hohe Inanspruchnahme von primären Versorgungsleistungen
Deutschland *				
40.722 (2013) Etwa 7 % arbeiten als angestellte Mitarbeiter	Etwa 38 % arbeiten in Gemeinschaftspraxen (2013)	Von 47 bis 94 in unterschiedlichen Bezirken (2012)	69 % (2013)	Angebotsmissverhältnis mit einer Verknappung in dünn besiedelten ländlichen und strukturschwachen Gebieten, insbesondere im östlichen Teil Deutschlands
Niederlande				
11.235 (2011) 78 % Selbständige; 11 % Angestellte	4.917 Praxen (2012) 47 % Einzelpraxen; 18 % haben 3+ Hausärzte	Von 40,1 bis 44,1 (2012)	48,9 % (2012)	Regionale Verteilung der Hausärzte relativ ausgeglichen; Zugang in der Regel hoch mit Ausnahme einiger ausgewählter Stadtgebiete, in denen sich ein Missverhältnis von Angebot und Nachfrage findet

Hinweis: * Nur Allgemeinmediziner und praktische Ärzte
 Quellen: Baudier et al. (2010)[40]; Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales (2011)[41]; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014); NIVEL (2012)[42]; Health & Social Care Information Centre (2013)[39]; Lebreton-Lerouvillois (2013)[38]; van Hassel and Kenens (2013)[43]; CBS (2014)[44]; versorgungsatlas.de (2014)[45]

Mit Ausnahme der Niederlande geht in allen von uns untersuchten Ländern die Anzahl an hausärztlich tätigen Ärzten zurück bzw. wird in Zukunft einen Rückgang erfahren. Beispielsweise hat sich in England in den vergangenen Jahren der Anstieg von Allgemeinmedizinern – obwohl zwischen 2002 und 2012 stetig um fast ein Viertel angestiegen – im Vergleich zu nicht hausärztlichen Fachärzten verlangsamt, die im selben Zeitraum um mehr als 50 Prozent angestiegen sind. Das englische Gesundheitsministerium (Department of Health) erwartet, dass 50 Prozent der Medizinstudierenden hausärztlich tätig werden müssen, um die prognostizierten Ausfälle zu kompensieren.[46]

Auch in Frankreich, wo im Jahr 2013 das Durchschnittsalter der Hausärzte bei 52 Jahren lag und wahrscheinlich ein Viertel innerhalb der nächsten fünf Jahren in den Ruhestand treten wird, ist laut Vorhersagen zwischen 2007 und 2018 mit einem neunprozentigen Rückgang an Hausärzten zu rechnen, während im gleichen Zeitraum mit einem zehnprozentigen Anstieg anderer Fachärzte gerechnet wird.[38] Es wird angenommen, dass der bis 2018 erwartete Rückgang an Hausärzten mehr als 80 Prozent der hausärztlichen Regionalbereiche betreffen wird.

In Deutschland ist der Anteil der in der ambulanten Versorgung praktizierenden Hausärzte stetig gefallen; von 60 Prozent im Jahr 1991 auf 46 Prozent im Jahr 2012. Demgegenüber ist der Anteil der in der ambulanten Versorgung praktizierenden Fachärzte um 50 Prozent gestiegen, von 40 Prozent im Jahr 1991 auf 54 Prozent im Jahr 2012.[47] Eine aus dem Jahr 2010 stammende Studie prognostiziert bis zum Jahr 2020 einen Rückgang um rund 7.000 Hausärzte (13 Prozent).[48] Im Vergleich dazu werden laut Prognosen bis 2020 um die 15.000 Hausärzte benötigt, um den durch den demografischen Wandel bedingten Versorgungsbedürfnissen gerecht zu werden.[47]

In den Niederlanden erfolgte kein Rückgang an Allgemeinmedizinern entgegen einer Prognose von minus fünf Prozent zwischen 2000 und 2010. Im Gegenteil, im Jahr 2010 war die Nachfrage an Hausärzten nahezu gedeckt und die Zahl der offenen Stellen mit durchschnittlich 1,7 pro 100 Allgemeinmedizinerin niedrig.[49] Darüber hinaus war das Verhältnis von Hausärzten zur Bevölkerung über den Zeitraum von 2000 bis 2009 stabil mit einem leichten Anstieg von 2.483 Einwohnern je Vollzeitäquivalent im Jahr 2000 auf 2.350 im Jahr 2009.

2.2. Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

2.2.1. Übersicht

Abbildung 1 skizziert die Aus- und Weiterbildungspfade für die Allgemeinmedizin in England, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden. Wir möchten betonen, dass dieser Überblick zur generellen Veranschaulichung des allgemeinen Aus- und Weiterbildungswegs dient und einzelne Werdegänge sich innerhalb der Länder und zwischen den Ländern unterscheiden können.

Der Ausbildungsweg für die Allgemeinmedizin, von der Zulassung zum Medizinstudium bis zum Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, dauert in England in der Regel neun bis elf Jahre. Er besteht aus einem (normalerweise) fünfjährigen Medizinstudium, das derzeit an 26 Fakultäten für Medizin angeboten wird. Medizinstudierende schließen dieses mit einer medizinischen Primär-Qualifikation oder einem Bachelor-Abschluss wie dem MBBS (*Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery*) ab. Mit der medizinischen Primär-Qualifikation können Absolventen beim General Medical

Council (der unabhängigen Regulierungsbehörde für Ärzte im Vereinigten Königreich) eine vorläufige Zulassung als Arzt beantragen. Dem Bachelor-Abschluss folgen ein zweijähriges *Foundation Programme* und für Personen, die eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben, weitere drei Jahre Facharztausbildung. Die Weiterbildung wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen, die von dem Royal College of General Practitioners (RCGP) durchgeführt wird. Die Prüfung ist für Ärzte Voraussetzung, um das *Certificate of Completion of Training* (CCT) zu erhalten, das besagt, dass die Voraussetzung zur sicheren und selbständigen Ausübung der Allgemeinmedizin erreicht wurde; Ärzte können sich anschließend als Facharzt für Allgemeinmedizin im vom GMC hierfür geführten Register eintragen lassen.

In Frankreich dauert die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, von der Zulassung zum Medizinstudium bis zum Erhalt der abschließenden fachlichen Qualifikation, neun Jahre. Der Weg besteht aus drei Abschnitten: Im Grundstudium absolvieren die Studierenden einen ersten Studienabschnitt von drei Jahren Dauer, das zu einem allgemeinen Abschluss in medizinischen Wissenschaften (*Diplôme de formation générale en sciences médicales*) führt. Im Anschluss folgt der zweite Abschnitt (*Deuxième cycle des études médicales*; insbesondere von Studierenden traditionell (noch) als *externat* bezeichnet), welcher drei Jahre dauert und zu einem höheren Abschluss in medizinischen Wissenschaften (*Diplôme de formation approfondie en sciences médicales*) führt. Der zweite Abschnitt wird durch eine landesweit einheitliche Prüfung abgeschlossen, in welcher die Absolventen nach der erzielten Leistung in einer Rangfolge eingestuft werden (*Epreuves Classantes Nationales*, ECN), die wiederum festlegt, welche Facharztausbildung der Absolvent einschlagen kann. Die Weiterbildung zum Facharzt wird durch ein dreijähriges *internat* in der Allgemeinmedizin erworben und mit einer Doktorarbeit und der Anerkennung der Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen.

Ähnlich wie in Frankreich dauert die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in den Niederlanden insgesamt neun Jahre, wobei sich die Ausbildungswege zwischen den beiden Ländern allerdings unterscheiden. Die niederländische Aus- und Weiterbildung umfasst drei Komponenten: ein dreijähriges Bachelor- und ein dreijähriges Masterprogramm, welches zur formalen Qualifikation als Doktor der Medizin (MD) führt, sowie die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, welche weitere drei Jahre in Anspruch nimmt und zu der Facharztqualifikation führt. Nach dem Erhalt des Grades des Doktors der Medizin verbringen die meisten Ärzte vor der Zulassung zur Weiterbildung einige Zeit in einer Übergangsperiode, in der sie als nichtspezialisierte Ärzte unter der Aufsicht von Fachärzten arbeiten.

In Deutschland dauert die Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, ähnlich wie in England, von der Zulassung zu einer der 37 Fakultäten für Medizin bis zur Abschlussprüfung im Prinzip elf Jahre. Der Weg besteht aus einem sechsjährigen Medizinstudium, einschliesslich eines Praktischen Jahres, das mit der Ärztlichen Prüfung (Staatsexamen) abgeschlossen wird, woraufhin der Absolvent um die Approbation bei der zuständigen Landesbehörde ansuchen kann. Für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sind nach der Approbation formal weitere fünf Jahre vorgesehen, auch wenn diese in der Praxis eher um die acht Jahre dauert.[47, 50] Die Facharztweiterbildung wird dann mit einer Prüfung durch die im jeweiligen Land zuständige Ärztekammer abgeschlossen.

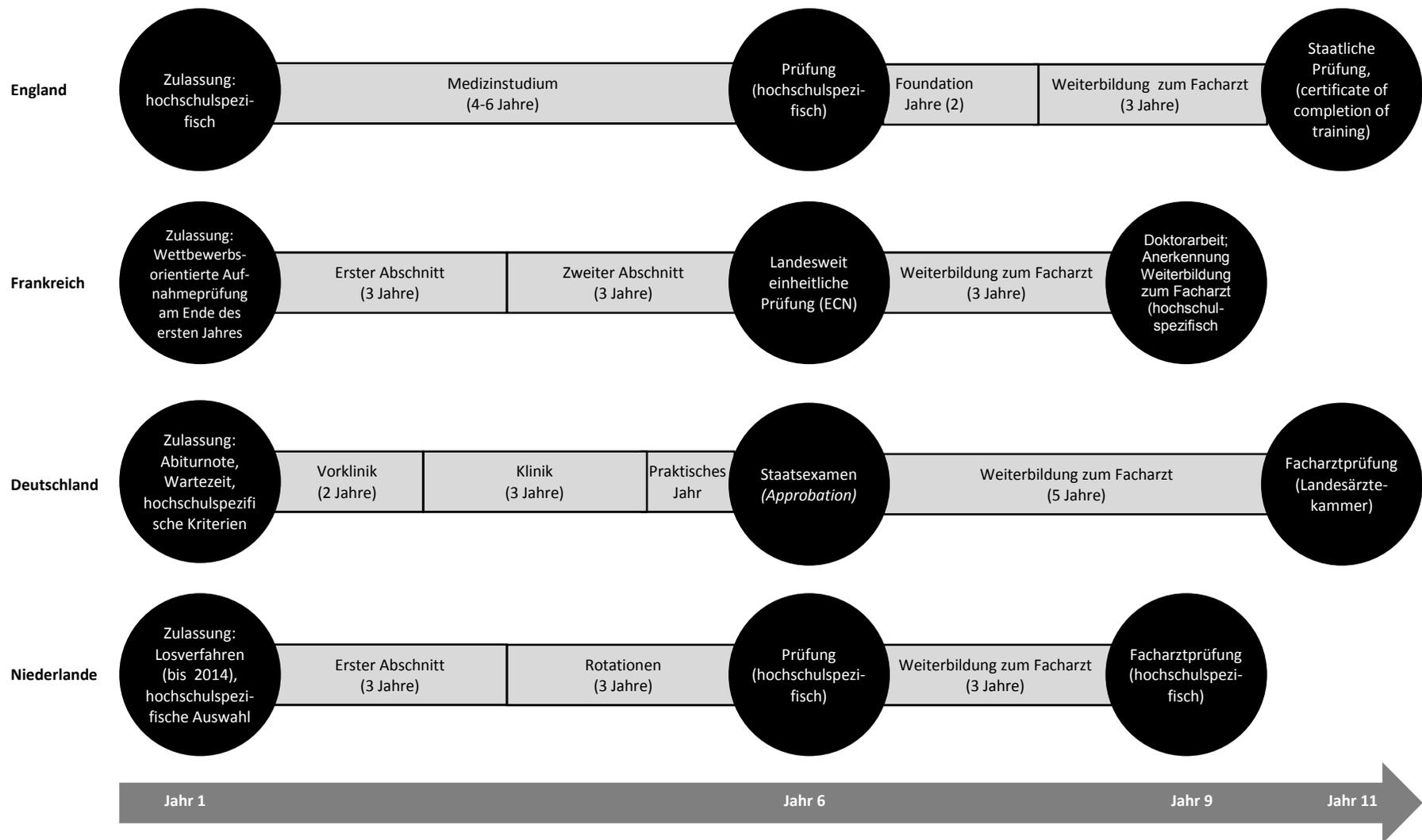


Abbildung 1 Aus- und Weiterbildungswege zum Facharzt für Allgemeinmedizin in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden

2.2.2. Zulassung zum Medizinstudium

Die Zulassung zum Medizinstudium unterscheidet sich zwischen den Ländern. Nur Frankreich hat noch ein komplett zentralisiertes Zulassungsverfahren, während in England, und seit dem Jahr 2014 auch in den Niederlanden, die einzelnen medizinischen Fakultäten die Zulassungsbestimmungen innerhalb eines nationalen Rahmens festlegen. In Deutschland wird die Zulassung durch eine Kombination von nationalen und hochschulspezifischen Verfahren geregelt.

In England ist der *General Medical Council* (GMC) für die Aus- und Weiterbildung von Medizinstudierenden zuständig. Dieser regelt auch die Standards und die Zielsetzung der Studienzulassung, den Lehrplan sowie die Evaluierung.[51] Medizinische Fakultäten bestimmen eigenständig die Kriterien und Abläufe im Rahmen der Zulassung zum Studium, sind aber entsprechend den Standards des GMC dafür verantwortlich, dass die Zulassung fair, offen und objektiv erfolgt. Die Zulassung zum Medizinstudium ist von mehreren Prinzipien geleitet. Diese besagen beispielsweise, dass die Studienzulassung einer Entscheidung für den Arztberuf gleichkommt und dass das Ziel daher nicht eine Bewerberauswahl basierend auf der akademischen Begabung sein kann, sondern auf die Eignung zum Arzt abzielen sollte. Die Bewerber werden hinsichtlich einer Reihe von Kriterien überprüft, bevor sie zugelassen werden (z.B. wird ein Strafregisterauszug verlangt). Bewerber müssen ein Verständnis für das Berufsbild und die berufliche Laufbahn des Arztes demonstrieren und zeigen, dass sie fähig sind, fürsorgliche Ärzte zu werden. Die Anzahl der Studienplätze wird gemeinsam vom Gesundheitsministerium und dem *Higher Education Funding Council for England* (HEFCE) bestimmt, wobei das Gesundheitsministerium die Gesamtquote festlegt und der HEFCE für die Zuteilung an die medizinischen Fakultäten zuständig ist. Die vorgesehene Gesamtzahl von 6.185 Studienplätzen ist zwischen 2005/2006 und 2011/2012 unverändert geblieben, obwohl die aktuellen Zulassungen diese Vorgabe jedes Jahr um circa 200-300 Studierende überschritten haben. Die Gesamtquote der Zulassungen sieht von 2013/2014 an eine Reduktion um zwei Prozent pro Jahr vor.[52]

In Frankreich schreiben sich Studierende, die eine medizinische Laufbahn verfolgen wollen, an einer der 47 medizinischen Fakultäten ein und absolvieren ein erstes Studienjahr, das für alle, die einen Abschluss in Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie oder als Hebamme anstreben, dasselbe ist.[53] Dieses erste Jahr schließt mit einer Prüfung ab, als deren Ergebnis nur 30 Prozent der Studierenden zum weiteren Medizinstudium zugelassen werden. Die Anzahl der verfügbaren Studienplätze an den medizinischen Fakultäten wird auf nationaler und regionaler Ebene festgelegt. Das Gesundheitsministerium ist gemeinsam mit dem Ministerium für Hochschulbildung für die Festlegung auf nationaler Ebene zuständig, die regionalen Gesundheitsbehörden (*Agence régionale de santé*, ARS) für die Festlegung auf regionaler Ebene im Rahmen ihrer regionalen Bedarfsplanung für die Gesundheitsversorgung.[54] An der Entscheidungsfindung sind ebenfalls eine Reihe von Akteuren auf den verschiedenen Verwaltungsebenen beteiligt. Dabei wird auf historische Studierendenzahlen und deren geografische Verteilung, die aktuelle regionale Versorgungsdichte (im Fall der Allgemeinmedizin die Anzahl und das Alter der praktizierenden Allgemeinmediziner) sowie die Lehr- und Betreuungskapazitäten an Universitäten und Lehrkrankenhäusern Rücksicht genommen. Im Jahr 2012/2013 war die Anzahl der Plätze für das zweite Studienjahr auf knapp 7.500 festgelegt.

Wie bereits angedeutet, ist die Zulassung in Deutschland, und bis vor kurzem auch in den Niederlanden, über national festgelegte Zulassungskriterien sowie eine Auswahl der Studierenden durch die jeweilige medizinische Fakultät geregelt. In den Niederlanden ist ein Abiturabschluss in den Fächern Physik, Chemie, Biologie und Mathematik sowie das Bestehen einer staatlichen Prüfung in jedem dieser Fächer Voraussetzung für ein Medizinstudium. Das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft verpflichtete sich auf Antrag der acht Fakultäten für Medizin, jährlich eine bestimmte Anzahl von Medizinstudierenden (numerus fixus, derzeit 3.050) finanziell zu unterstützen. Bis zum Jahr 2014 gab es zwei Möglichkeiten, zum Medizinstudium zugelassen zu werden. Im Rahmen eines landesweiten Losverfahrens wurde Studienbewerbern eine Zufallszahl zugeteilt und entsprechend der Note der staatlichen Schulprüfung nach unten korrigiert. Die 3.050 Bewerber mit der niedrigsten Zahlen wurden dann zum Medizinstudium zugelassen; üblicherweise wurden Bewerber mit einem Notendurchschnitt von mehr als 8 (die Bestnote ist 10) generell zum Medizinstudium zugelassen. Der zweite (dezentrale) Prozess beinhaltet ein selektives Auswahlverfahren, das von den einzelnen medizinischen Fakultäten durchgeführt wird. Seit dem Jahr 2014 ist die Zulassung zum Medizinstudium nur noch durch dieses dezentrale Auswahlverfahren möglich.[55]

In Deutschland erfolgt die Zulassung zum Medizinstudium nach einem der folgenden drei Verfahren: (i) Abiturnote; (ii) Wartezeit (Anzahl der Semester, die seit Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung vergangen sind abzüglich der Semesteranzahl, die der Kandidat an einer deutschen Fakultät in einem anderen Fach als Medizin eingeschrieben war); und (iii) Auswahlkriterien, die von den einzelnen medizinischen Fakultäten festgelegt werden. Zwanzig Prozent der Bewerber werden auf Grundlage ihrer Abiturnote zugelassen (Abiturbestenquote), zwanzig Prozent auf Grundlage der Wartezeit und der Rest entsprechend den hochschulspezifischen Auswahlkriterien.[56] Letztere umfassen eine Kombination von zwei oder mehreren Elementen: Abiturnote, gewichtete Einzelnoten des Abiturs, Studienbefähigungsprüfung, Interview usw. In jedem Fall bleibt die Abiturnote ein wesentlicher Faktor bei der Auswahl. Die jährliche Zahl der verfügbaren Plätze an den medizinischen Fakultäten wird durch den Numerus clausus bestimmt, der auf Basis der Anzahl der potenziell verfügbaren Plätze und der Anzahl der Hochschulbewerber ermittelt wird. Die Anzahl der Plätze an den medizinischen Fakultäten war in den letzten 30 Jahren mit jährlich 10.000 bis 11.000 relativ stabil.[57] Für das Wintersemester 2013/14 und das Sommersemester 2014 waren es insgesamt 10.727 Plätze und 63.448 Bewerbungen (rund 6 Bewerber pro Platz).[58, 59]

2.2.3. Medizinische Aus- und Weiterbildung

Die Unterschiede in der Zulassung zum Medizinstudium spiegeln sich auch in der Art und Weise wider, in welcher die Aus- und Weiterbildung von Medizinstudierenden in den einzelnen Ländern stattfindet.

In England sind die medizinischen Fakultäten für die Umsetzung des Lehrplans und der Prüfungskriterien verantwortlich, solange diese den vom General Medical Council (GMC) festgelegten Standards entsprechen.[60] Der GMC hat eine Reihe von Kenntnissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen definiert, welche Studierende an medizinischen Fakultäten erlernen sollten. Der GMC unterscheidet hier drei Domänen: (i) Gelehrter und Wissenschaftler; (ii) Praktiker; und (iii) Experte. Während alle medizinischen Fakultäten sich an die vom GMC festgelegten Grundsätze und Qualitätsstandards halten müssen, variieren Format und Umsetzung der Lehrpläne zwischen den

Fakultäten erheblich. Die fünfjährige Ausbildung umfasst Pflichtpraktika in verschiedenen Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), einschließlich eines Praktikums im Bereich der Primärversorgung. NHS-Organisationen sind dafür verantwortlich, Personal, Einrichtungen und praktische Unterstützung zur Verfügung zu stellen, um die klinischen Aspekte des Lehrplans zu gewährleisten. Art und Umfang der angebotenen klinischen Praxis unterscheiden sich je nach medizinischer Fakultät, wobei einige Fakultäten einen erheblichen Teil der klinischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin ansiedeln. Insgesamt wird im Rahmen des Lehrplans immer mehr Wert auf frühen Patientenkontakt gelegt und Studierende werden dazu angehalten, während ihrer Ausbildung Erfahrung in der Primärversorgung zu sammeln.

In Frankreich wird der Lehrplan für das Medizinstudium auf nationaler Ebene vom Gesundheits- und dem Bildungsministerium festgelegt und gesetzlich geregelt. Eine Reihe von Akteuren (einschließlich der Berufsverbände, der medizinischen Studierendenvereinigungen und der regionalen Gesundheitsbehörden) sind in den Entscheidungsprozess eingebunden. Nach erfolgreichem Abschluss des ersten Jahres und dem eigentlichen Einstieg in das Medizinstudium absolvieren Studierende zwei weitere Jahre in der medizinischen Ausbildung. Diese ist für alle Medizinstudierende einheitlich gestaltet und besteht im Wesentlichen aus Lehrveranstaltungen, Supervisionen und einigen kurzen Praktika (z.B. Krankenpflegepraktikum). Am Ende des dritten Jahres erlangen Studierende einen allgemeinen medizinischen Abschluss, der sie für den Einstieg in den zweiten Dreijahresabschnitt, gemeinhin als *externat* bezeichnet, befähigt. Das *externat* dient der Vermittlung von Wissen und praktischer Erfahrung in der Medizin. Die Ausbildung orientiert sich an Krankheitsbildern, deren Behandlung und Prävention.[61] Studierende sammeln zumeist Erfahrungen im Krankenhaus. Sie erhalten für diese Zeit eine Aufwandsentschädigung von 130 bis 250 Euro pro Monat, das von den Krankenhäusern aus einem speziellen Budget (*Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation*, Merri, siehe unten) finanziert wird. Obwohl es seit 1997 verpflichtend ist, ein Praktikum in der Hausarztpraxis zu absolvieren, wird dieses nicht an allen medizinischen Fakultäten angeboten.[62] Darüber hinaus sind solche Praktika, wenn sie angeboten werden, zumeist kürzer als Krankenhauspraktika.

Ähnlich der Situation in England basiert in den Niederlanden der Lehrplan für Medizinstudierende auf einer Rahmenstruktur. Dieser Rahmen legt die landesweiten Ziele für die medizinische Ausbildung fest und sieht sieben Kernkompetenzen vor, die Medizinstudierende erwerben sollen: medizinischer Experte, Kommunikator, kollegialer Mitarbeiter, Manager, Fürsprecher für Gesundheit, Wissenschaftler und professioneller Mitarbeiter.[63] Die Umsetzung dieser Rahmenstruktur liegt in der jeweiligen Verantwortung der acht medizinischen Fakultäten, die ihre eigenen Lehrpläne gestalten. Studierende müssen während der gesamten Ausbildung wöchentlich einen Tag (oder einen halben Tag) dem Erlernen von Kompetenzen in Bezug auf die Durchführung klinischer Untersuchungen, Kommunikation, professionelles Verhalten und strukturiertes klinisches Denken widmen. Die meisten medizinischen Fakultäten bieten während der Ausbildung klinische Praktika an, die im ersten Jahr in der Regel in Form von obligatorischen Krankenpflegepraktika oder klinischen Praktika gestaltet sind. Die meisten klinischen Praktika finden im Hauptstudium (Masterprogramm) statt und werden in der Regel an Universitätskliniken oder anderen Krankenhäusern durchgeführt. Die meisten Fakultäten bieten auch sechs- bis achtwöchige verpflichtende Praktika in der Allgemeinmedizin an.[64]

In Deutschland regelt die Approbationsordnung die medizinische Hochschulausbildung.[65] Sie setzt sich aus drei Teilen zusammen: Vorklinik (die ersten zwei Jahre), gefolgt von der klinischen Ausbildung (drei Jahre) und dem Praktischen Jahr. Während der Vorklinik absolvieren die Studierenden auch eine Erste-Hilfe-Ausbildung und müssen eine dreimonatige praktische Krankenpflegeausbildung in einem Krankenhaus durchlaufen. Der klinische Teil der Ausbildung beinhaltet ein- bis zweiwöchige Praktika (Blockpraktika) in verschiedenen klinischen Bereichen wie in der Allgemeinmedizin (mindestens zwei Wochen) sowie eine viermonatige Famulatur, die in der unterrichtsfreien Zeit zwischen dem Ersten und dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abgeleistet werden muss.[66] Die Famulatur ist in drei Abschnitte unterteilt, von denen einer über einen Zeitraum von einem Monat in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung durchgeführt werden muss. Das Praktische Jahr besteht aus 48 aufeinanderfolgenden Wochen praktischer Ausbildung und ist in drei klinische Rotationen von je viermonatiger Dauer aufgeteilt; von diesen muss je eine in Innerer Medizin und Chirurgie durchgeführt werden. Die dritte Rotation kann in der Allgemeinmedizin oder in einem anderen Wahlfach absolviert werden.

Prüfungen

In allen vier Ländern erlangen Studierende am Ende der medizinischen Ausbildung einen medizinischen Abschluss. Mit Erhalt dieser Qualifikation können Absolventen in England, Deutschland und den Niederlanden sich bei den zuständigen staatlichen Behörden registrieren lassen. Von einigen wenigen Ausnahmen in Deutschland abgesehen sind Absolventen in der Regel nicht befähigt, ohne Fachaufsicht als Arzt zu praktizieren.

In England wird die medizinische Ausbildung mit einem Bachelor-Abschluss beendet. Es gibt keine einheitliche landesweite Prüfung für Absolventen der Medizin; die Bewertung erfolgt durch die einzelnen medizinischen Fakultäten innerhalb des vom *General Medical Council* festgelegten Rahmens.[51] Die Beurteilung hat zu gewährleisten, dass alle für Absolventen vom GMC festgelegten *outcomes* erreicht wurden, und sie muss fristgerecht erfolgen sowie verlässlich, stichhaltig, zuverlässig, verallgemeinbar und fair sein. Weitere Kriterien beinhalten unter anderem, dass die Studierenden über die Art und Weise der Beurteilung informiert werden und dass die Prüfer und Beisitzer entsprechend ausgewählt, ausgebildet, unterstützt und bewertet werden. Es gab Überlegungen, eine staatliche Prüfung vor der Registrierung beim GMC einzuführen, um sicherzustellen, dass alle Absolventen der gleichen Beurteilung unterzogen werden, und um die Patientensicherheit zu verbessern. Dieser Vorschlag wurde aber vom *Medical Schools Council* mit der Begründung abgelehnt, dass dies die Wissensaneignung gegenüber anderen Ausbildungselementen betonen würde und ein solcher Ansatz in der Praxis darüber hinaus schwer umzusetzen sei.[67] Die in der medizinischen Ausbildung erzielten Leistungen bilden die Grundlage für die Einstufung der Absolventen für die nächste Phase der Ausbildung, das *Foundation Programme* (siehe unten).

In Frankreich wird die medizinische Ausbildung mit den *Epreuves Classantes Nationales* (ECN), abgeschlossen. Absolventen mit den besten Noten können gemäß eines Numerus clausus das Fachgebiet (unter den 12 angebotenen) und den Ort der Weiterbildung (je nach Fachgebiet und medizinischer Fakultät) wählen. Die Studierenden erhalten auch einen höheren Abschluss in medizinischen Wissenschaften (*Diplôm de formation en sciences médicales approfondie*).[68]

Ähnlich wie in England wird in den Niederlanden die medizinische Ausbildung mit einer von der medizinischen Fakultät durchgeführten Prüfung abgeschlossen. Nach Abschluss des Studiums erhalten die Studierenden einen Master-Abschluss und einen MD. Die Absolventen können sich dann formal als Arzt eintragen lassen.[69] Mit dem erworbenen Abschluss können neu registrierte Ärzte Medikamente verschreiben, dürfen jedoch nur unter medizinischer Fachaufsicht praktizieren, bis sie die Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen haben. Viele Absolventen arbeiten nach der Registrierung sechs bis zwölf Monate lang in Fachgebieten wie zum Beispiel der Allgemeinmedizin oder der Notfallmedizin, um weitere Erfahrungen zu sammeln, bevor sie sich für das von ihnen gewählte Fachgebiet anmelden oder während sie auf die Zulassung zur Facharztweiterbildung warten. Diese während der Übergangszeit gewonnene Praxis wird dann in der Bewerbung für die Weiterbildung berücksichtigt.

In Deutschland besteht die bundesweit einheitliche Ärztliche Prüfung (Staatsexamen) aus drei Abschnitten. Der erste Abschnitt wird nach zwei Jahren Studium der Humanmedizin, der zweite Abschnitt nach weiteren drei Jahren und der dritte Abschnitt nach dem letzten Jahr des Studiums abgelegt, jeweils unter der Voraussetzung, dass die vorangegangenen Abschnitte bestanden wurden. Die Prüfungsbestimmungen sind in der oben erwähnten Approbationsordnung festgelegt.[65] Diese bestimmt Inhalt und Form der Prüfungen, welche aus bundesweit einheitlichen schriftlichen (Erster und Zweiter Abschnitt) und mündlich-praktischen Prüfungselementen (Erste und Dritter Abschnitt) besteht. So haben Studierende beispielsweise als Teil der mündlich-praktischen Prüfung (Dritter Abschnitt) zu zeigen, dass sie die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden wissen und über die für den Arzt erforderlichen fächerübergreifenden Grundkenntnisse und die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten (auch in der ärztlichen Gesprächsführung) verfügen. Unter anderem müssen folgende Kenntnisse und Fertigkeiten nachgewiesen werden: Anamneseerhebung, klinische Untersuchungsmethoden und grundlegende Labormethoden sowohl in der technischen Anwendung als auch der Beurteilung der Resultate, therapeutische Prinzipien, grundlegende pharmakologische Kenntnisse (inkl. Regeln des Rezeptierens sowie der für den Arzt wichtigen arzneimittelrechtlichen Vorschriften), Grundlagen und Grundkenntnisse der Gesundheitsförderung, der Prävention und Rehabilitation sowie grundlegende Prinzipien der Koordinierung von Behandlungsabläufen. Nach erfolgreichem Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung können Medizinstudierende um die Zulassung zur Berufsausübung, die Approbation, ansuchen. Mit Erwerb der Approbation können Ärzte prinzipiell privat-niedergelassen praktizieren, nicht jedoch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies setzt eine Eintragung im Bundesarztregister voraus, die wiederum eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder in einem anderen Fachgebiet voraussetzt.[70]

Tabelle 5 präsentiert eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale der medizinischen Ausbildung in den vier untersuchten Ländern.

Tabelle 5 Übersicht über die wichtigsten Merkmale der medizinischen Ausbildung in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden

Auswahlverfahren der Studierenden	Festlegung der Zahl der Studienplätze	Lehrplänenwicklung und Umsetzung	Dauer	Prüfung	Abschluss
England					
Medizinische Fakultäten (n = 26) legen die Kriterien und Verfahren für die Zulassung, innerhalb des vom General Medical Council (GMC) gesetzten Rahmens, fest	Wird gemeinsam vom Gesundheitsministerium (Gesamtzahl) und dem Higher Education Funding Council (Aufteilung auf die medizinischen Fakultäten) festgelegt Studienplätze: 6.195 (2005/06 – 2011/12) Zahl der Studierenden je 100.000 Einwohner: 11,6	Der GMC legt Standards und Zielsetzungen fest Medizinische Fakultäten entwickeln innerhalb dieses Rahmens ihre eigenen Lehrpläne	5 Jahre	Prüfungen werden von den einzelnen medizinischen Fakultäten, innerhalb des vom GMC gesetzten Rahmens, festgelegt	Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery, usw. Neu ausgebildete Ärzte können beim GMC um die vorläufige Genehmigung zu praktizieren ansuchen, sie dürfen aber nur unter Aufsicht praktizieren
Frankreich					
Zentrale Auswahl nach dem ersten Studienjahr, basierend auf einer selektiven landesweiten Aufnahmeprüfung (30 % der besten Studierenden werden zum Medizinstudium zugelassen)	Festgelegt vom Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Hochschulbildung unter Berücksichtigung der Planung der regionalen Gesundheitsbehörden (Numerus clausus) Gesamtzahl der Studienplätze für Jahr 2 (2012/13): 7.500 Zahl der Studierenden je 100.000 Einwohner: 11,8	Gesundheitsministerium und Ministerium für Hochschulbildung legen die Lehrpläne (unter Berücksichtigung weiterer Interessenverbände) gesetzlich fest Medizinische Fakultäten setzen den Lehrplan gemäß den staatlichen Vorschriften um	6 Jahre	Epreuves Classantes Nationales (ECN)	Diplomabschluss in Medizin Neu ausgebildete Ärzte können nur unter Aufsicht praktizieren
Deutschland					
Drei Zugangswege: (i) Abiturnote (Bestnote) (20 %); (ii) Wartezeit (20 %); (iii) Kriterien, die von einzelnen medizinischen Fakultäten (n = 37) festgesetzt werden (Abitur bleibt zentrales Kriterium)	Vereinbarung der Länder mit den Hochschulen Gesamtzahl der Plätze (2013/14): 10.727 Zahl der Studierenden je 100.000 Einwohner: 13,1	Bundesweite Festlegung durch das Gesundheitsministerium (Approbationsordnung) Medizinische Fakultäten setzen den Lehrplan gemäß dem nationalen	6 Jahre	Ärztliche Prüfung (Drei Abschnitte)	Approbation erlaubt neu qualifizierten Ärzten grundsätzlich zu praktizieren, allerdings nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung; dies erfordert die

Auswahlverfahren der Studierenden	Festlegung der Zahl der Studienplätze	Lehrplanentwicklung und Umsetzung	Dauer	Prüfung	Abschluss
		Rahmenprogramm um			Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder in einem anderen Fachgebiet

Niederlande

Zwei Zugangswege: (i) Losverfahren, basierend auf der Note im landesweiten Schulabschluss-examen (ii) dezentral: qualitative Prüfung, die von den einzelnen medizinischen Fakultäten (n = 8) festgelegt wird Seit 2014 besteht nur noch der Zugang über das dezentrale Verfahren	Vom Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft, unter Berücksichtigung der Informationen des Gesundheitsministeriums, festgelegt (Numerus Fixus) Gesamtzahl der Plätze (2014): 3050 Zahl der Studierenden je 100.000 Einwohner: 18,2	Niederländisches Rahmenprogramm für die medizinische Ausbildung legt die nationalen Ziele für die medizinische Ausbildung fest Medizinische Fakultäten legen, innerhalb des nationalen Rahmenprogramms, die Lehrpläne fest und setzen sie um	6 Jahre	Prüfung von den einzelnen medizinischen Fakultäten im nationalen Rahmenprogramm festgesetzt	Master-Abschluss und Abschluss des „medical doctor“ (MD) Neu ausgebildete Ärzte können nur unter Aufsicht praktizieren
---	--	---	---------	---	---

Hinweis: Die Zahl der Studierenden je 100.000 Einwohner wurde für Frankreich, Deutschland und die Niederlande auf Basis der OECD-Bevölkerungsprognosen von 2012 [71] und für England auf Basis von ONS-Daten von 2012 [72] berechnet.

2.2.4. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin unterscheidet sich erheblich zwischen den in dieser Studie untersuchten Ländern. Dies betrifft insbesondere die Art und den Umfang der klinischen Praxis im Vergleich zu formalen Lehrveranstaltungselementen als auch die Ausgestaltung der Weiterbildung im Bereich der ambulanten oder primären Versorgung. Eine Zusammenfassung findet sich in Tabelle 6. Die Tabelle beschreibt auch die Art der klinischen Praxiserfahrung, die Studierende in der medizinischen Ausbildung erwerben.

Tabelle 6 Klinische Komponenten in der medizinischen Ausbildung und allgemeinmedizinischen Weiterbildung in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden

Ausbildung	Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
England	
<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende Kurzpraktika; Anforderungen unterscheiden sich zwischen medizinischen Fakultäten 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Foundation Programme</i>: Alle Ärzte müssen bis 2017 in einer Allgemeinanzpraxis Praxiserfahrung sammeln • <i>Allgemeinmedizinische Weiterbildung</i>: mindestens 12

Ausbildung	Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
Monate (innerhalb von drei Jahren) in Allgemeinmedizin	
Frankreich	
<ul style="list-style-type: none"> Seit 1997 Pflichtpraktikum in der Allgemeinmedizin (nur etwa die Hälfte der Studierenden absolvierten ein solches Praktikum im Jahr 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> 6-monatiges Pflichtpraktikum in einer Hausarztpraxis Optional 6-monatige Tätigkeit in einer ambulanten Einrichtung (<i>stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée, SASPAS</i>); kann in einer Hausarztpraxis oder in alternativen Einrichtungen (Schule, Gefängnis, Freiwilligensektor etc.) abgeleistet werden
Deutschland	
<ul style="list-style-type: none"> Praktika in einer Reihe von klinischen Bereichen, einschließlich der Allgemeinmedizin (mindestens zwei Wochen) 4 Wochen Famulatur in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung Praktisches Jahr (Jahr 6): optionales 4-monatiges Praktikum in der hausärztlichen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu 18 Monate auch im ambulanten Bereich in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden (auch 3-Monats-Abschnitte) 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können bis zu 6 Monate in der Chirurgie angerechnet werden (auch 3-Monats-Abschnitte) 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung
Niederlande	
<ul style="list-style-type: none"> Kurzpraktika in Allgemeinmedizin an einigen medizinischen Fakultäten innerhalb der ersten 3 Jahre Längere Rotationen während des dreijährigen Masterprogramms, einschließlich der hausärztlichen Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> Während des ersten und dritten Jahres wird 4 Tage pro Woche in der Allgemeinmedizin praktiziert Während des zweiten Jahres Rotationsstationen in einem allgemeinen Krankenhaus (6 Monate), einer psychiatrischen Klinik (3 Monate) und einem Pflegeheim (3 Monate)

England

In England besteht die medizinische Weiterbildung aus zwei Komponenten: dem zweijährigen *Foundation Programme* und der fachärztlichen Weiterbildung (drei Jahre). Wie bei der medizinischen Ausbildung ist der GMC dafür verantwortlich, die Standards und Zielsetzungen für die Weiterbildung und des *Foundation Programme* festzulegen.

Foundation Programm

Das *Foundation Programme* wird von der *Academy of Medical Royal Colleges* entwickelt und vom GMC genehmigt.[73] Ziel ist es, eine allgemeine Ausbildung sicherzustellen, in der Foundation-Ärzte die notwendigen zwischenmenschlichen und klinischen Fähigkeiten erwerben, um die Versorgung der Patienten zu übernehmen. Allen Foundation-Ärzten muss die Möglichkeit gegeben werden, gemeindenahere Pflege- und Versorgungsmaßnahmen kennenzulernen und der Mehrheit der Foundation-Ärzte sollten entsprechende Praktika angeboten werden.

Die Zulassung zum *Foundation Programme* hängt überwiegend von den Leistungen ab, die Bewerber an der Fakultät erzielt haben. Antragsteller müssen darüber hinaus einen *situational judgement test* bestehen, der dazu dient, die Eignung zum Foundation-Arzt festzustellen. Die Zulassung wird auf Landesebene koordiniert; die Zahl der freien Stellen für Foundation-Ärzte wird auf regionaler Ebene von jedem der elf englischen *Local Education and Training Boards*, auf Basis der Personalplanung des Gesundheitsministeriums, festgelegt. Im August 2012 standen beispielsweise jeweils rund 6.750 Plätze für das erste (F1) und zweite Foundation-Jahr (F2) zur Verfügung (akademische Foundation-Programmplätze sind hier nicht einbezogen).[74] Für den Fall, dass mehr Bewerber als Plätze zur Verfügung stehen, werden diese nach ihrer Gesamtbewerbungsnote zugelassen.

Die Ausbildung umfasst in der Regel drei viermonatige Rotationen in verschiedenen Fachbereichen. Im Jahr 2013 wurden Praktika in der Allgemeinmedizin häufig im zweiten Jahr durchgeführt; 41 Prozent der Foundation-Ärzte entschieden sich für diese Option.[74] Das *Foundation Programme* schließt mit einer Prüfung ab, die von klinischen Betreuern oder Dozenten durchgeführt wird; die Beurteilung erfolgt auf Basis eines eingereichten Logbuchs, das Feedback von leitenden Ärzten, Team-Einschätzungen über das Verhalten, den Einsatz bei Lehrveranstaltungen, das Verhalten während der Praktika und einen zufriedenstellenden Nachweis der Kernkompetenzen, wie sie vom GMC gefordert werden, umfasst.[73] Die Beurteilung wird durch die Anwendung eines E-Logbuchs vereinfacht.

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Nach erfolgreichem Abschluss des *Foundation Programme* können Ärzte die Weiterbildung beginnen. Die Zulassung zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung wird vom *National Recruitment Office for General Practice Training* koordiniert.[75] Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin wird von den *Local Education and Training Boards* nach Vereinbarung mit dem Gesundheitsministerium festgelegt. Bewerber müssen einen computerbasierten Test ablegen. Im Jahr 2013 gab es 3.291 verfügbare Stellen, von denen 98 Prozent besetzt wurden.[76] Die Zahl der Bewerber für die allgemeinmedizinische Weiterbildung ist im Jahr 2014 im Vergleich zu 2013 um 15 Prozent gefallen.

Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin dauert drei Jahre; davon müssen 12 Monate in einer Hausarztpraxis absolviert werden. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung wird vom *Royal College of General Practitioners* (RCGP) beaufsichtigt. Sie wird mit der staatlichen Prüfung *Member of the Royal College of General Practitioners* (MRCGP) abgeschlossen. Diese beinhaltet einen angewandten Wissenstest, eine Bewertung der klinischen Fähigkeiten und eine Beurteilung der Kompetenzen im Umgang mit Patienten (*workplace based assessment*).[77] Wenn nach erfolgreichem Abschluss der Arzt als fachkundig anerkannt wird, erhält er das Zertifikat über den Abschluss der Weiterbildung (*Certificate of Completion of Training*, CCT). Dieses bestätigt, dass der Arzt befähigt ist, als selbständiger Allgemeinmediziner zu praktizieren; Ärzte können dann um ihre Eintragung im Register für Allgemeinmedizin ansuchen.[78]

Der gegenwärtige Inhalt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wurde vom RCGP im Jahr 2012 überarbeitet. Diese Überarbeitung war teils eine Reaktion darauf, dass die Weiterbildungszeit für Allgemeinmediziner im Vereinigten Königreich im Vergleich zu 14 anderen europäischen Ländern am kürzesten war, ebenso wie die Dauer der Weiterbildung verglichen mit anderen medizinischen Facharztweiterbildungen im Vereinigten Königreich, was ebenfalls bemängelt wurde. Ein weiterer Grund war die Erkenntnis, dass die Veränderung des Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung eine Überarbeitung

des Inhalts der Weiterbildungsordnung erforderlich machte.[79] Die Überarbeitung führte zu dem Vorschlag, die allgemeinmedizinische Weiterbildung auf vier Jahre auszudehnen, und resultierte im Jahr 2013 in der Veröffentlichung eines verbesserten und ausgeweiteten Weiterbildungsmodells.[80] Es wurde empfohlen, die Änderungen im Jahr 2014 umzusetzen, dies ist allerdings nicht erfolgt.

Frankreich

Nach erfolgreichem Abschluss der ersten beiden Abschnitte des Medizinstudiums beginnt für die Absolventen die fachärztliche Weiterbildung oder das *internat*. Die Anzahl der verfügbaren Weiterbildungsplätze wird vom Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Hochschulbildung festgesetzt, unter Berücksichtigung des Bedarfs der regionalen Gesundheitsbehörden, die für die Planung der gesundheitlichen Versorgung auf regionaler Ebene verantwortlich sind. Die Ministerien legen auch den Lehrplan fest. Im Jahr 2012 gab es 3.543 Weiterbildungsplätze für Allgemeinmedizin.[81] Die allgemeinmedizinische Weiterbildung dauert drei Jahre (die chirurgische Fachausbildung dauert beispielsweise fünf Jahre) und beinhaltet mindestens sechs verschiedene Praktika zusätzlich zu theoretischen Kurselementen. In der ambulanten Versorgung gibt es zwei Arten von Praktika.[82] Das erste besteht aus einem Praktikum in der Allgemeinmedizin, das in der Regel im zweiten Jahr absolviert wird und dem Arzt ermöglicht, schrittweise selbständig zu arbeiten. Im Rahmen dieses Praktikums müssen durchschnittlich drei bis vier sogenannte „medizinische Aufgaben“ pro Tag durchgeführt werden, diese beinhalten beispielsweise medizinische Konsultationen und diagnostische Aufgaben. Das zweite Praktikum (SASPAS) wird in der Regel im dritten Jahr, nach dem erfolgreichen Abschluss des ersten Praktikums, durchgeführt. Dieses kann in einer Hausarztpraxis oder in einer alternativen Einrichtung (z.B. Schule, Strafvollzug, Freiwilligensektor) durchgeführt werden.[82] Theoretisch können Ärzte in Weiterbildung über Praktika in Fächern wie Gynäkologie oder Kinderheilkunde ein weiteres Jahr in der ambulanten Versorgung verbringen und das zweite Praktikum (SASPAS) um weitere sechs Monate verlängern. In der Praxis neigen sie jedoch dazu, auch aufgrund eines Mangels an Ausbildern in der Allgemeinmedizin, nur die erforderliche Mindestzeit in der ambulanten Versorgung zu verbringen.

Die medizinische Weiterbildung wird mit der Validierung der Weiterbildung und einer Doktorarbeit abgeschlossen; beide werden von der medizinischen Fakultät abgenommen. Erfolgreichen Absolventen wird dann der Doktor der Medizin verliehen.[68]

Niederlande

In den Niederlanden dauert die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin drei Jahre. Etwa 30 Prozent der Medizinstudierenden verfolgen diesen Weiterbildungsweg.[37] Der Niederländische Verband der Hausärzte (NHG) ist für die Festlegung der Inhalte und Anforderungen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin verantwortlich. Jede der acht medizinischen Fakultäten ist dann dafür verantwortlich, die allgemeinmedizinische Fachausbildung zu organisieren.[83]

Bisher erfolgte die Zulassung zur Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin durch die einzelnen medizinischen Fakultäten. Seit dem Jahr 2014 wird das Bewerbungsverfahren zentral vom niederländischen Institut für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin (*Huisarts Opleiding Nederland*) durchgeführt und Ärzte, die eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin absolvieren wollen, müssen sich direkt bei dem Institut bewerben.[84] Das Institut legt auch das Auswahlverfahren fest.

Dieses besteht aus einer wissensbasierten Prüfung und dem *STARR-Interview* (bestehend aus den Komponenten: Situation, Aufgabe, Aktion, Ergebnis und Reflexion); das Auswahlverfahren wird von den einzelnen medizinischen Fakultäten selbst durchgeführt. Für die Qualifizierung muss der Antragsteller gemäß dem niederländischen Gesundheitsberufegesetz (*Wet BIG*) registriert sein und einen Abschluss als MD besitzen.

Jede der acht medizinischen Fakultäten hat ein Institut für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin, das allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen anbietet. Während der dreijährigen Weiterbildungszeit besuchen die Absolventen einen Tag pro Woche die Universität und verbringen die restliche Zeit in der klinischen Praxis. Im ersten und dritten Jahr der Weiterbildung arbeiten sie in einer Hausarztpraxis.[49] Die medizinischen Fakultäten haben Vereinbarungen mit akkreditierten hausärztlichen Ausbildungspraxen und sind mit diesen zusammen für die konkrete Zuteilung der Weiterbildungsplätze verantwortlich.[85] Das zweite Weiterbildungsjahr erfolgt in drei verschiedenen Gesundheitseinrichtungen: sechs Monate in einem allgemeinen Krankenhaus, drei Monate in einer psychiatrischen Klinik und drei Monate in einem Pflegeheim.[49]

Die Bewertung der in der Weiterbildung befindlichen Ärzte wird zentral von einem Ausschuss der acht Universitäten organisiert. Alle Absolventen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung müssen während der Weiterbildungszeit in regelmäßigen Abständen den „Nationalen Wissenstest für Allgemeinmediziner“ ablegen. Die Absolventen sollten diese Prüfung mindestens einmal im Jahr ablegen. Die Prüfung baut auf den verschiedenen Kapiteln des *International Classification of Primary Care* auf und deckt alle Aspekte der klinischen Versorgung ab.

Deutschland

In Deutschland wird die fachärztliche Weiterbildung durch die Landesärztekammern im Rahmen der von der Bundesärztekammer (BÄK) vorgegebenen (Muster-)Weiterbildungsordnung beaufsichtigt.[31] Die Landesärztekammern sind für die Umsetzung und die inhaltliche Festlegung von Standards verantwortlich. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung beschreibt die allgemeinen Anforderungen für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin). Diese sieht eine fünfjährige Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte vor. Davon erfolgen drei Jahre in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet der Inneren Medizin, davon können bis zu 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung im ambulanten Bereich (auch 3-Monats-Abschnitte) angerechnet werden. Zwei weitere Jahre erfolgen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung; von dieser können bis zu sechs Monate in der Chirurgie (auch 3-Monats-Abschnitte) angerechnet werden. Des Weiteren sieht die allgemeinmedizinische Weiterbildung eine Kurs-Weiterbildung von 80 Stunden in Psychosomatischer Grundversorgung vor. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung legt darüber hinaus weitere Fähigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen fest, die erworben werden müssen.

Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (und jedem anderen Fach) ist fast ausschließlich *training on the job*; sie sieht keine formalen Lehrveranstaltungselemente vor. Die konkrete Weiterbildungszeit ist derzeit kaum vorhersehbar, da die einzelnen Weiterbildungsabschnitte nicht garantiert sind. Dies wird von einigen Kommentatoren als eine der entscheidenden Herausforderungen der Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin in Deutschland angesehen.[86] Approbierte Ärzte müssen derzeit die

verschiedenen Rotationen der fachärztlichen Weiterbildung, die für das jeweilige Fachgebiet erforderlich sind, selbst organisieren und sind hierbei von der Verfügbarkeit von Weiterbildungsplätzen abhängig. Allerdings sind in der Allgemeinmedizin sogenannte Weiterbildungsverbände entstanden, die die jeweiligen Rotationen erleichtern sollen.[87]

Während der Weiterbildung müssen Ärzte die oben angeführten, in der Weiterbildungsordnung festgelegten Vorgaben erfüllen.[66] Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen, die vor der zuständigen Landesärztekammer abgelegt wird. Die Ärztekammer erteilt die Zulassung zur Prüfung, wenn die Erfüllung der zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen durch Zeugnisse und Nachweise belegt ist. Die Facharztprüfung wird mündlich vor einem von der Landesärztekammer einberufenen Prüfungsausschuss abgelegt. Der Prüfungsausschuss überprüft die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten und entscheidet auf Grund der vorgelegten Zeugnisse und des Prüfungsergebnisses, ob die Vorgaben erfüllt sind. Nach bestandener Prüfung erhält der Arzt die Facharztbezeichnung in der Allgemeinmedizin. Tabelle 7 fasst die wichtigsten Merkmale der Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin in den vier untersuchten Ländern zusammen.

Tabelle 7 Übersicht über die wichtigsten Merkmale der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden

Auswahl der Kandidaten für die Weiterbildung	Festlegung der Anzahl der Weiterbildungsplätze	Lehrplanentwicklung und Umsetzung	Dauer	Prüfung	Verliehener Abschluss
England					
Foundation Programme					
Auswahlverfahren beruht primär auf den in der medizinischen Ausbildung erzielten Leistungen Die Zulassung wird auf nationaler Ebene koordiniert	Auf regionaler Ebene (Local Education and Training Boards) basierend auf landesweiter Personalplanung (Department of Health) Anzahl der Plätze (August 2012): F1: 6.759 F2: 6.734 (Akademisches Foundation Programme nicht eingeschlossen)	GMC setzt Standards und Zielvorgaben Entwickelt von der Academy of Royal Medical Colleges, Zulassung durch das GMC	2 Jahre	Bewertung wird von klinischen Betreuern oder Dozenten durchgeführt (Einreichen des Logbuchs)	Foundation achievement of competence document (FACD)
Weiterbildung in Allgemeinmedizin					
Aufnahmeverfahren vom National Recruitment Office	Zwischen Local Education and Training Boards und	Aufsicht durch Royal College of General	3 Jahre	MRCGP Prüfung (angewandtes Wissen, Bewertung der	Certificate of Completion of Training (CCT)

Auswahl der Kandidaten für die Weiterbildung	Festlegung der Anzahl der Weiterbildungsplätze	Lehrplankentwicklung und Umsetzung	Dauer	Prüfung	Verliehener Abschluss
for General Practice Training koordiniert	Gesundheitsministerium ausgehandelt Zahl der offenen Stellen (August 2013): 3.291 (98 % gefüllt)	Practitioners (RCGP) (Aufgabe vom GMC übertragen)		klinischen Kompetenzen, Arbeitsplatzbewertung), folgt GMC Standards	Ärzte können um den Eintrag ins Register für Allgemeinmediziner ansuchen
Frankreich					
Auswahlverfahren folgt der landesweit einheitlichen Prüfung (ECN)	Gesundheitsministerium und Ministerium für Hochschulbildung unter Berücksichtigung der Planung der regionalen Gesundheitsbehörden Anzahl der Plätze (2012): 3.543	Gesundheitsministerium und Ministerium für Hochschulbildung legen den Lehrplan fest (unter Berücksichtigung anderer Interessengruppen); Fakultäten setzen den Lehrplan gemäß der staatlichen Vorschriften um	3 Jahre	Validation der Weiterbildung und Doktorarbeit	Doktor der Medizin
Deutschland					
Ärzte bewerben sich eigenverantwortlich auf offene Stellen; Weiterbildungsverbände wurden eingerichtet, um Rotationen zu erleichtern	Nach der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ sollen jährlich 5.000 Weiterbildungsplätze finanziell unterstützt werden Zahl der in Weiterbildung befindlichen Allgemeinmediziner 2012 (3.531 Vollzeitäquivalente) im ambulanten und stationären Bereich	Bundesärztekammer gibt den Rahmen vor; Landesärztekammern können abweichen	5 Jahre *	Erfolgt vor einem von der Landesärztekammer einberufenen Prüfungsausschuss	Facharzt für Allgemeinmedizin
Niederlande					
Durch das niederländische Institut für Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport Zahl der neu eingestellten Ärzte	Medical Specialism Board (CGS) bestimmt die Anforderungen für die Weiterbildung	3 Jahre	Zentral von einem Ausschuss der acht Universitäten organisiert; ein „Nationaler Wissenstest für	Registrierter Facharzt für Allgemeinmedizin

Auswahl der Kandidaten für die Weiterbildung	Festlegung der Anzahl der Weiterbildungsplätze	Lehrplanentwicklung und Umsetzung	Dauer Prüfung	Verliehener Abschluss
koordiniert und von den medizinischen Fakultäten durchgeführt	(2013): 673 (Gesamtzahl der Ärzte in Weiterbildung: 1.880)	Medizinische Fakultäten organisieren die Weiterbildung durch ein angegliedertes Institut für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin		Allgemeinmediziner“ muss in regelmäßigen Abständen während der gesamten Weiterbildung abgelegt werden

Hinweis: * Die Weiterbildungsordnung sieht fünf Jahre vor; die tatsächliche Dauer der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin beträgt im Durchschnitt acht Jahre.[47, 50]

2.2.5. Finanzierung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

In den drei untersuchten Vergleichsländern wird grundsätzlich die medizinische Aus- und Weiterbildung vom Staat teilfinanziert, wobei sich Art und Umfang der Finanzierung unterscheiden.

In England wird die medizinische Ausbildung aus drei Quellen finanziert: Studiengebühren, Mittelbereitstellung für die Lehre durch den *Higher Education Funding Council* (HEFCE) und die durch den *Service Increment for Teaching* (SIFT) bereitgestellte Vergütung für ausbildende Krankenhäuser und Hausarztpraxen. Die Studiengebühren an den medizinischen Fakultäten in England können jährlich bis zu 9.000 Pfund betragen. Die Zuweisungen des HEFCE stammen vom Wissenschaftsministerium und vom Gesundheitsministerium;[88] sie werden den medizinischen Fakultäten gemäß den angestrebten Zulassungszahlen zugeteilt. SIFT-Zahlungen kompensieren die Versorger innerhalb des NHS für die Ausfälle, die ihnen durch ihre Beteiligung an der medizinischen Ausbildung entstehen.[89] Die Höhe der Zahlungen wird zwischen den medizinischen Fakultäten und den regionalen Niederlassungen von *Health Education England* (HEE), das für die Planung und Entwicklung der Gesundheitsberufe verantwortlich ist, ausgehandelt. Die Weiterbildung wird vom Gesundheitsministerium durch das HEE finanziert; ein erheblicher Anteil des Budgets, das durch die regionalen HEE-Stellen verteilt wird, ist für die Arztgehälter während des *Foundation Programme* und der Weiterbildung zum Facharzt vorgesehen.

In Frankreich wird die medizinische Ausbildung vom Ministerium für Hochschulwesen und Forschung finanziert, deren Mittel etwa 80–90 Prozent der einzelnen Hochschulbudgets ausmachen. Medizinstudierende erhalten im Rahmen der Rotationen im zweiten Abschnitt bereits Zahlungen für ihre klinische Arbeit im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung. Diese Zahlungen werden durch eine gezielte Zuweisung von Mitteln („Merri“) des Gesundheitsministeriums finanziert.[90] Ärzte in der Weiterbildung (*internat*) werden ebenfalls im Rahmen der Merri-Mittelzuweisung vergütet. Dozenten und Ausbilder werden durch das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung vergütet; diese Vergütung erfolgt zusätzlich zu dem regulärem Gehalt, das sie vom Gesundheitsministerium für ihre klinische Arbeit erhalten. Aus- und Weiterbilder in der ambulanten Versorgung werden durch die oben

erwähnte Merri-Mittelzuteilung kompensiert. Dies bedeutet, dass die Facharztweiterbildung im Wesentlichen vom Gesundheitsministerium über die regionalen Gesundheitsbehörden finanziert wird.

Ähnlich wie in Frankreich ist auch in den Niederlanden das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft für die Finanzierung der medizinischen Ausbildung verantwortlich. Studierende müssen eine jährliche Studiengebühr von ca. 1.900 Euro zahlen.[91] Die Finanzierung der medizinischen Ausbildung besteht aus einem Basisstipendium, einem Zusatzstipendium, einer Studierendenfahrkarte für den öffentlichen Transport und einem Studierendenkredit. Studierende müssen sich jeweils für das Zusatzstipendium und den Studierendenkredit bewerben. Die Facharztweiterbildung wird vom Gesundheitsministerium durch die Stiftung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin (*Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen*, SBOH) finanziert. Alle Ärzte, die eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben, müssen sich bei der SBOH bewerben; bei Antritt der Facharztweiterbildung muss eine Gebühr von 375 Euro gezahlt werden, um in das Weiterbildungsregister aufgenommen zu werden.[92] Die SBOH ist für die Finanzierung von vier verschiedenen Aspekten der medizinischen Weiterbildung und Praxis verantwortlich: Arbeitgeberaufwände für die Weiterbildung von Fachärzten, Aufwände für Einrichtungen, welche die theoretische Ausbildung durchführen, Aufwände für Weiterbilder sowie Kosten für Projekte, die der Entwicklung und Innovation in der Qualität und Kooperationen dienen.

In Deutschland liegt die Finanzierung der Hochschulbildung bei den Ländern, die rund 80 Prozent der Hochschulbudgets bereitstellen; zusätzlich trägt der Bund zwischen 10 und 15 Prozent bei.[93] Das Medizinstudium ist in der Regel kostenlos,[94] Studierende haben regelmäßig einen Semesterbeitrag zwischen 150 und 300 Euro zu leisten; Stipendien und Studierendenkredite stehen ebenfalls zur Verfügung. Während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erhalten Ärzte in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung gemäß einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und nach Konsultation mit der Bundesärztekammer (BÄK), eine finanzielle Förderung.[95] Der Betrag liegt derzeit im ambulanten Sektor bei 3.500 Euro (für eine Vollzeitstelle), wobei die Kosten hälftig von den Gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen werden. Zur Förderung der Facharztweiterbildung in unterversorgten Gebieten kann eine zusätzliche finanzielle Unterstützung in Höhe von 500 Euro hinzukommen.[87] Im Jahr 2012 wurden im ambulanten und stationären Bereich insgesamt 3.531 Vollzeitstellen durch dieses Programm gefördert, was deutlich unter den 5.000 Stellen liegt, die gemäß der Vereinbarung vorgesehen sind.[87]

2.2.6. Qualitätsstandards für die medizinische Aus- und Weiterbildung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der medizinischen Aus- und Weiterbildung variieren sowohl innerhalb der Länder als auch zwischen den Ländern.

In England liegt die gesetzliche Verantwortung für die Qualitätssicherung der medizinischen Aus- und Weiterbildung beim *General Medical Council* (GMC), die entsprechenden Anforderungen sind in einem Rahmenprogramm zur Qualitätsverbesserung festgelegt.[60] Der GMC sieht im Rahmen der Qualitätssicherung eine Reihe von Aktivitäten vor. Dazu zählen beispielsweise vor dem Hintergrund der

vom GMC festgelegten Anforderungen die regelmäßige Berichterstattung durch die medizinischen Fakultäten und der Local Education and Training Boards über deren Tätigkeiten, Routinebesuche des GMC an den medizinischen Fakultäten und den Local Education and Training Boards oder landesweite Befragungen der Auszubildenden und Ausbilder.

Um die Qualität der Praxen, die sich an der Ausbildung in der Allgemeinmedizin beteiligen, sicherzustellen, legen die medizinischen Fakultäten unter anderem Mindestanforderungen für Ausbildungspraxen fest und führen Studierendenbefragungen und Praxisinspektionen durch. Im Hinblick auf die Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin führt der GMC ein Register der weiterbildenden Praxen. Die Anforderungen für die Weiterbilder sind im Laufe der Zeit zunehmend formalisiert worden. Zum Beispiel wird erwartet, dass der Weiterbildungsbefugte ein *Postgraduate Certificate in Medical Education* besitzt ebenso wie mindestens drei Jahre praktische Berufserfahrung in der Allgemeinmedizin nach der abgeschlossenen Weiterbildung.[51]

Im Gegensatz dazu scheint es in Frankreich keine separate Organisation oder zentrale Aufsicht für die Qualitätssicherung in der medizinischen Ausbildung zu geben. Die landesweite einheitliche Prüfung (ECN), die die medizinische Ausbildung abschließt, könnte als indirekte Qualitätssicherungsmaßnahme gesehen werden, da diese für die medizinischen Fakultäten einen Anreiz darstellt, ihre Studierenden durch eine qualitativ hochwertige Ausbildung auf diese Prüfung vorzubereiten. Eine Reihe von Maßnahmen trägt zu einer Harmonisierung der Aus- und Weiterbildungsstandards bei. Dazu gehören Formulare für die Validierung der Praktikumsplätze während der Facharztweiterbildung oder Standards für die Aufsicht über die Auszubildenden während der Praktika in niedergelassenen Praxen. Aus- oder weiterbildungsbefugte Ärzte müssen sich bei einer medizinischen Fakultät einschreiben, um den Titel *Maitre de stage universitaire* (MSU) führen zu können. Voraussetzung zum Erhalt des MSU sind eine Grundausbildung in Pädagogik, die regelmäßige Teilnahme an beruflichen Fortbildungsveranstaltungen und die Bereitschaft, sich regelmäßigen Evaluierungen zu unterziehen.[96] Außerdem muss der Ausbilder eine der Aus- und Weiterbildung angemessene Arbeitsumgebung schaffen. Die Zahl der Aus- und Weiterbilder in der Allgemeinmedizin wird derzeit als zu niedrig eingestuft, um der Nachfrage von Studierenden gerecht zu werden; gleichzeitig scheinen Allgemeinmediziner in Frankreich nicht unbedingt bereit zu sein, ihre Arbeitsbelastung durch Weiterbildungsaktivitäten weiter zu erhöhen.

In den Niederlanden ist eine Reihe von Organisationen an der Qualitätssicherung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung beteiligt. Im Bereich der medizinischen Ausbildung gehören dazu: die Niederländische Ärztekammer (*Royal Dutch Medical Association*, KNMG), die Landesvereinigung der Hausärzte (*Landelijke Huisartsen Vereniging*, LHV), der Niederländische Verband der Hausärzte (*Nederlands Huisartsen Genootschap*, NHG), die Stiftung für die Hochschulausbildung von Allgemeinmedizinern (*Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen*, SVUH), die Kommission für die Registrierung der Fachärzte (*Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten*, RGS) und die nationale Organisation der in Weiterbildung befindlichen Allgemeinmediziner. Für die Qualitätssicherung in der beruflichen Weiterbildung ist die Kommission für die Registrierung der Allgemeinmediziner (*Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie*, HVRC), die seit Kurzem Teil der Kommission für die Registrierung der Fachärzte (RGS) ist, zuständig. Der Nationale Verband der Ausbilder in Allgemeinmedizin (*Landelijke Huisartsen Opleiders Vereniging*, LHOV) ist für die Qualitätssicherung der Auszubildenden in der Praxis verantwortlich; er setzt die Standards und Kompetenzen für ausbildende Allgemeinmediziner

sowie die Akkreditierungsanforderungen fest. Das Qualitätssicherungssystem für die Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin beinhaltet regelmäßige Umfragen unter den Ärzten in Weiterbildung und ihren Ausbildern, um die Zufriedenheit mit der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu beurteilen.[97] Eine ergänzende Befragung von Ärzten in Weiterbildung wird nach jedem Ausbildungsjahr durchgeführt. Die Umfrageergebnisse werden den medizinischen Fakultäten zugeführt, damit sie in den Lehrplänen und bei der Auswahl der Weiterbilder berücksichtigt werden können.

Wie bereits erwähnt wird das Medizinstudium in Deutschland durch die vom Gesundheitsministerium verabschiedete Approbationsordnung geregelt. Die Umsetzung der Approbationsordnung unterscheidet sich bei den einzelnen medizinischen Fakultäten. Qualitätssicherungsmaßnahmen, die von den einzelnen Fakultäten angewandt werden, auch im Hinblick auf Praktika in der Allgemeinmedizin, sind nicht einheitlich, da die Ausbildungsstandards örtlich festgelegt werden. Die Verantwortung für die Weiterbildung zum Facharzt liegt bei den Landesärztekammern.[98] Auf Landesebene zur Verbesserung der Koordination und Organisation der Weiterbildung eingerichtete Koordinierungsstellen sollen unter anderem Ärzte in Weiterbildung und auch die zur Weiterbildung befugten Ärzte unterstützen. Ihr Aufgabenbereich schließt die Beurteilung der Qualität der Weiterbildungseinrichtungen sowie die Organisation der Weiterbildung bzw. die Weiterbildungsabschnitte, beispielsweise eine Unterstützung bei der Umsetzung spezifischer Rotationspläne, mit ein.[87]

2.2.7. Governance-Regelungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Tabelle 8 enthält eine Zusammenfassung der beteiligten Organisationen, die in den vier Ländern mit der Aufsicht über die bzw. Steuerung der medizinische(n) Aus- und Weiterbildung betraut sind.

In England regelt der GMC alle Ausbildungsstufen sowie die berufliche Weiterbildung von Ärzten. Dies geschieht in der Regel durch die Festlegung von Standards und Zielsetzungen in einem zentralen Dokument für jede Phase, wie zum Beispiel *Tomorrow's Doctors* und *The Trainee Doctor*. [51, 78] Die Entwicklung und Umsetzung der Lehrpläne und Prüfungen sowie das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung werden dann, wie oben beschrieben, anderen Einrichtungen überlassen, so zum Beispiel den medizinischen Fakultäten, den *Local Education and Training Boards* und den *Royal Colleges*. Die Organisationen, die zentral an der Umsetzung beteiligt sind, haben dem GMC gegenüber Rechenschaftspflicht, diese kann darüber hinaus auch andere Institutionen betreffen. Unter Umständen ist eine große Zahl von Organisationen an der Gestaltung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in England beteiligt. Die jeweiligen Verantwortlichkeiten sind aber in den vom GMC verfassten Dokumenten festgelegt. Das NHS regelt die Bereitstellung und Registrierung von Allgemeinmedizinern.

In Frankreich erlassen das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung gemeinsam Verordnungen, die den Inhalt der medizinischen Ausbildung regeln. Die Inhalte des zweiten Studienabschnittes sind im Wesentlichen durch die Veröffentlichung der landesweiten ECN-Prüfung geprägt. Diese wird auf der gemeinsam vom Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Hochschulwesen betreuten Webseite des *Centre National des Concours d'Internat (CNCI)* bekannt gemacht.[99] Lehrpläne für die Weiterbildung zum Facharzt werden ebenfalls im Auftrag des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für Hochschulwesen entwickelt und veröffentlicht. Das

nationale Kollegium der Dozenten für Allgemeinmedizin (*Collège National des généralistes Enseignants*, CNGE) spielt im dritten Abschnitt eine wichtige Rolle. Da aber die Anerkennung der Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet erst kürzlich eingeführt wurde, wird der Einfluss des Kollegiums, im Vergleich zu dem anderer Fachgebiete, als gering eingeschätzt.

Tabelle 8 Aufsichts- und Steuerungsorgane in der Aus- und Weiterbildung in Allgemeinmedizin

	Ausbildung	Weiterbildung	Niederlassung
England	<ul style="list-style-type: none"> • General Medical Council (GMC) (national) • Medizinische Fakultäten (örtlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • General Medical Council (GMC) (national) • Royal College of General Practitioners (RCGP) (national) • Local Education Training Boards (regional) 	<ul style="list-style-type: none"> • NHS (national) – Regulierung • Royal College of General Practitioners (RCGP) (national) – Unterstützung
Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerium und Ministerium für Hochschulwesen und Forschung (national) • Medizinische Fakultäten (örtlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Collège national des généralistes enseignants (CNGE) (national) • Medizinische Fakultäten (örtlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordre des Médecins (national) – Regulierung • Regionale Gesundheitsbehörden (ARS) (regional) – Unterstützung
Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerium (national) • Für die Fakultäten zuständige Landesregierungen (regional) • Medizinische Fakultäten (örtlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesärztekammer (BÄK) (national) • Landesärztekammern (LÄK) (regional) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (national) – Unterstützung • Kassenärztliche Vereinigungen (KV) (regional) – Regulierung und Unterstützung
Niederlande	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft • Medizinische Fakultäten (örtlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Niederländische Ärztekammer (KNMG), Landesvereinigung der Hausärzte (LHV), und Niederländischer Verband der Hausärzte (NHG) (national) • Medizinische Fakultäten (örtlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (national) – Regulierung • Kommission für die Registrierung der Fachärzte (RGS) – Anmeldung

In den Niederlanden wird die medizinische Aus- und Weiterbildung von mehreren Organisationen geregelt. Die Niederländische Ärztekammer (KNMG) ist für die medizinische Weiterbildung, die Akkreditierung von Fachärzten (einschließlich der Fachärzte für Allgemeinmedizin) und die Förderung der Berufsstandards für die verschiedenen Fachbereiche verantwortlich.[100] Das medizinische

Fachkomitee (CGS) der KNMG bestimmt die Anforderungen für die Aus- und Weiterbildung in allen 33 Fachgebieten einschließlich der Allgemeinmedizin. Die Landesvereinigung der Hausärzte (LHV), Mitglied der KNMG, legt gemeinsam mit dem Niederländischen Verband der Hausärzte (NHG) die Leitlinien für Hausärzte fest.[101] Die Leitung der medizinischen Fakultäten erfolgt durch Fakultätsräte, welche für die Mindestanforderungen zum Erhalt eines Bachelor- oder Master-Abschlusses in Medizin, verantwortlich sind.[37] Die Qualität der medizinischen Ausbildung wird von der Kommission für die Registrierung von Allgemeinmedizinern (Teil der 2013 neu gegründeten Kommission für die Registrierung von Fachärzten) beaufsichtigt; diese führt die (Wieder-)Zulassung von Ärzten durch und setzt die Beschlüsse des medizinischen Fachkomitees um. [102]

In Deutschland wird die medizinische Aus- und Weiterbildung von einer Vielzahl von Akteuren und Organisationen geregelt, die für verschiedene Aspekte, von der Zulassung zum Medizinstudium bis zur Weiterbildung zum Facharzt, verantwortlich sind. Die in Deutschland geltenden Voraussetzungen, in die Ärzteschaft aufgenommen zu werden, sind in der Bundesärzteordnung von 1987 (BÄO) geregelt. Bestandteil der BÄO ist die Approbationsordnung, die die Struktur und die Inhalte des Medizinstudiums festlegt.[65] Im Rahmen dieser übergreifenden Verordnungen bleibt den medizinischen Fakultäten ein gewisser Grad an Freiheit in der Umsetzung und Lehrplangestaltung vorbehalten. Seit 1999 ist es diesen auch möglich, in Modellstudiengängen mit verschiedenen Ansätzen in Bezug auf die Umsetzung der Ausbildungsziele zu experimentieren. Die sich daraus ergebenden divergierenden Ansätze in der Umsetzung der Approbationsordnung auf Landesebene haben zu Unterschieden in Inhalt und Struktur der medizinischen Ausbildung geführt. Die Rahmenordnung für die fachärztliche Weiterbildung wird, wie oben erwähnt, von der Bundesärztekammer bereitgestellt und auf Landesebene durch die Landesärztekammern, die auch die Aufsicht über die Abschlussprüfung haben, mit dem Recht zur Abweichung umgesetzt.[103] Medizinische Fakultäten sind an der Weiterbildung nicht beteiligt, was von mehreren der in dieser Studie befragten Experten bemerkt wurde. Einige Experten sprachen das bislang ungenutzte Potenzial einer Einbindung der medizinischen Fakultäten in die Weiterbildung an. Allerdings gibt es sowohl strukturelle als auch politische Hindernisse, die eine solche Einbindung derzeit erschweren.

2.3. Ansätze zur Gewährleistung einer flächendeckenden Primärversorgung

Die von uns für diese Studie befragten Experten in den verschiedenen Ländern haben unterschiedliche Ansichten darüber geäußert, inwieweit das jeweilige Aus- und Weiterbildungssystem dem sich verändernden Versorgungsbedarf der Bevölkerung gerecht wird. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und eine alternde Bevölkerung stellen eine besondere Herausforderung für die ambulante Versorgung dar und obwohl die medizinische Aus- und Weiterbildung zunehmend auf eine Patientenzentrierung und, in einigen Ländern, frühere klinische Praxiserfahrung Wert legt, gibt es weitere Verbesserungsmöglichkeiten. Experten aus England, die für diese Studie befragt wurden, merkten an, dass die derzeitige Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von guter Qualität sei, zumindest was die Kommunikationsfähigkeit betreffe, dass aber die zunehmende Komplexität der Fälle Schwierigkeiten bereite; ähnliche Bedenken wurden auch von niederländischen Experten geäußert.

Während es in allen vier Ländern als problematisch angesehen wurde, eine genügende Anzahl an Medizinabsolventen für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, sind die spezifischen Problemlagen unterschiedlich. Für Frankreich wird neben einem Risiko der beruflichen und geografischen Isolation beispielsweise der schlechte Ruf der Allgemeinmedizin in Bezug auf Einkommen und sozialer Absicherung, als eines der größten Hindernisse wahrgenommen. Dementsprechend werden finanzielle Anreize zum Beispiel als eine entscheidende Maßnahme angesehen, obwohl Experten darauf hinwiesen, dass solche Anreize allein nicht ausreichend seien, um die erforderliche Anzahl an Absolventen für die Allgemeinmedizin zu gewinnen. Die befragten Experten schlugen vor, durch organisatorische Maßnahmen die Gründung von multiprofessionellen Gesundheitszentren zu fördern, um so ein Support-Netzwerk zu schaffen und der beruflichen Isolation der Hausarztpraxis entgegenzuwirken.

In England gibt es ebenfalls Bedenken, ob eine ausreichende Zahl von Absolventen für die Allgemeinmedizin gewonnen werden kann. Es gibt eine Zielvorgabe, dass sich 50 Prozent der Medizinstudierenden in der Allgemeinmedizin weiterbilden. Diese wird als äußerst ambitioniert angesehen, insbesondere vor dem Hintergrund der im Vergleich zu anderen Fachrichtungen abnehmenden Bewerbungszahlen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Obwohl die englische Primärversorgung im Vergleich zu anderen Ländern als gut entwickelt angesehen wird, besteht eine Besorgnis in Bezug auf die Stellung und die Attraktivität der Allgemeinmedizin. Experten, die für diese Studie befragt wurden, meinten, dass eine grundlegende Umverteilung der Mittel von der fachärztlichen Versorgung zur primärärztlichen Versorgung notwendig sei. Des Weiteren merkten sie an, dass andere Aspekte, wie beispielsweise ein Mangel an Flexibilität in der Weiterbildung, in der eine frühe Entscheidung bezüglich des Fachgebiets gefordert wird und es wenig Gelegenheit für den Wechsel zwischen Fachgebieten gibt, Ärzte ebenfalls abschrecken könnte, die Allgemeinmedizin zu verfolgen. Als weitere problematische Aspekte wurden die Arbeitszeitregelungen sowie eine negative Wahrnehmung der Allgemeinmedizin, die von den Medien gefördert werde, genannt.

Im Gegensatz dazu gibt es in den Niederlanden weniger Bedenken in Bezug auf eine ausreichende Anzahl von Hausärzten. Gleichzeitig äußerten Experten Sorge über die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von allgemeinmedizinischen Ausbildungsplätzen. Dieser letzte Punkt wurde auch von Experten aus Frankreich erwähnt, die ebenfalls auf die Notwendigkeit hinwiesen, die Allgemeinmedizin innerhalb der medizinischen Fakultäten durch die Etablierung allgemeinmedizinischer Lehrstühle und Lehrkräfte zu fördern.

Auf Grundlage der für diese Studie durchgeführten Expertenbefragungen und einer Literaturübersicht hat diese Studie fünf Maßnahmen identifiziert, die zu einer Verbesserung der Position der hausärztlichen Versorgung beitragen könnten.

Erhöhung der Zahl zukünftiger Fachärzte für Allgemeinmedizin

Für die Mehrheit der Medizinstudierenden in den untersuchten (und wahrscheinlich auch anderen) Ländern ist eine Laufbahn als Hausarzt nicht die erste Wahl. Nach den Ergebnissen einer in Deutschland durchgeführten Studie gaben weniger als 10 Prozent der Medizinstudierenden das Fachgebiet Allgemeinmedizin als erste Wahl an.[104] Dies wurde in der jüngsten landesweiten Umfrage unter Medizinstudierenden aus dem Jahr 2014 bestätigt, obwohl ein Drittel der Befragten grundsätzlich ein Interesse an einer Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin äußerte.[23] In Frankreich war im Jahr

2012 die Allgemeinmedizin unter den unbeliebtesten Fachgebieten unter Medizinstudierenden, in seiner Unbeliebtheit nur noch von der Arbeitsmedizin übertroffen.[81] Umgekehrt zeigen Daten für England und die Niederlande, dass etwa 30 Prozent der Absolventen eine Präferenz für die Allgemeinmedizin äußern; laut einer aktuellen prospektiven Studie von Medizinstudierenden in England erhöht sich dieser Anteil fünf Jahre nach Studienabschluss auf 35 Prozent.[105]

Lösungsansätze zur Erhöhung der Anzahl der Fachärzte für Allgemeinmedizin beinhalten unter anderem eine bessere überregionale oder landesweite Planung, die den Zugang zu den einzelnen medizinischen Fachgebieten regelt. Wie oben erwähnt wird in England, Frankreich und den Niederlanden die Zulassung von Ärzten zur Weiterbildung in den unterschiedlichen Fachgebieten begrenzt, beispielsweise durch eine erhöhte Anzahl der angebotenen allgemeinmedizinischen Weiterbildungsplätze im Vergleich zu anderen Fachgebieten (Radiologie, Orthopädie etc.). In diesen drei Ländern wird der Zugang zu Beginn der Weiterbildung beschränkt; dies geschieht in England nach dem *Foundation Programme*, in Frankreich im dritten Abschnitt und in den Niederlanden nach dem Masterabschluss. Dies scheint ein vielversprechender Ansatz zur effektiven Planung und Steuerung des Zulaufs junger Ärzte zu den verschiedenen Facharztgebieten zu sein, da ein Wechsel zwischen unterschiedlichen Fachgebieten während der Weiterbildung sehr schwierig ist.

Des Weiteren sind positive Erfahrungen in der Allgemeinmedizin während der Ausbildung für die weitere Berufswahl bedeutsam. Diese können während des Medizinstudiums oder nach dem Abschluss erfolgen. In England absolvieren angehende Ärzte während der ersten zwei Foundation-Jahre nach Studienabschluss sechs viermonatige Rotationen, wobei vorgesehen ist, dass alle Ärzte bis zum Jahr 2017 mindestens eine Rotation in einer gemeindenahen Einrichtung verbringen. Dadurch sollen alle Ärzte direkte Erfahrung in der medizinischen Primärversorgung sammeln, unabhängig davon, ob sie später eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben oder nicht. [106]

Es ist ebenfalls denkbar, Medizinstudierende auf der Grundlage ihrer Eignung zur hausärztlichen Tätigkeit auszuwählen. Diese Option wird derzeit aktiv in den Niederlanden diskutiert. In Ländern wie Australien, Kanada und den Vereinigten Staaten wurden medizinische Fakultäten gegründet, die einen Schwerpunkt auf die Ausbildung von Absolventen legen, die eine verstärkte Bereitschaft zur Tätigkeit in der primärärztlichen Versorgung zeigen (Textbox 1).

Daneben gibt es eine Reihe weiterer Faktoren, die die Attraktivität einer allgemeinmedizinischen Laufbahn und insbesondere eine Tätigkeit als Hausarzt beeinflussen; hierzu gehören die im Vergleich zu anderen Fachgebieten relativ niedrigen Einkünfte als Hausarzt, das geringere Ansehen der Allgemeinmedizin, schwierige Arbeitsbedingungen und ein mangelndes Interesse, in unterversorgten Gebieten zu arbeiten.

Finanzielle Anreize

In vielen Ländern werden niedergelassene Hausärzte schlechter bezahlt als Fachärzte. Abbildung 2 vergleicht die Nettoeinkommen von Hausärzten und anderen Fachärzten mit den Durchschnittseinkommen in den einzelnen Ländern im Jahr 2011.[107] Dies zeigt, dass im Jahr 2011 selbständige Fachärzte in den Niederlanden im Durchschnitt das Fünffache, selbständige Hausärzte das Dreifache und angestellte Hausärzte knapp das Zweifache (1,9) des niederländischen Durchschnittslohn

verdient haben. Die entsprechenden Zahlen für Frankreich waren 3,6 für niedergelassene Fachärzte verglichen mit 2,1 für niedergelassene Hausärzte. Im Vereinigten Königreich verdienen niedergelassene Ärzte (die meistens Allgemeinmediziner sind) hingegen deutlich mehr als angestellte Fachärzte, das heißt, dass im NHS Hausärzte oft ebenso viel oder mehr verdienen als Fachärzte. Die Zahlen für Deutschland waren nur für angestellte Fachärzte verfügbar, und es ist nicht möglich, auf Grundlage dieser Daten die relativen Einkommen von Haus- und Fachärzten zu ermitteln. Andere Quellen legen aber nahe, dass in Deutschland das durchschnittliche Nettogehalt für niedergelassene Hausärzte zwischen zehn Prozent und einem Drittel niedriger sind als das niedergelassener Fachärzte.[47]

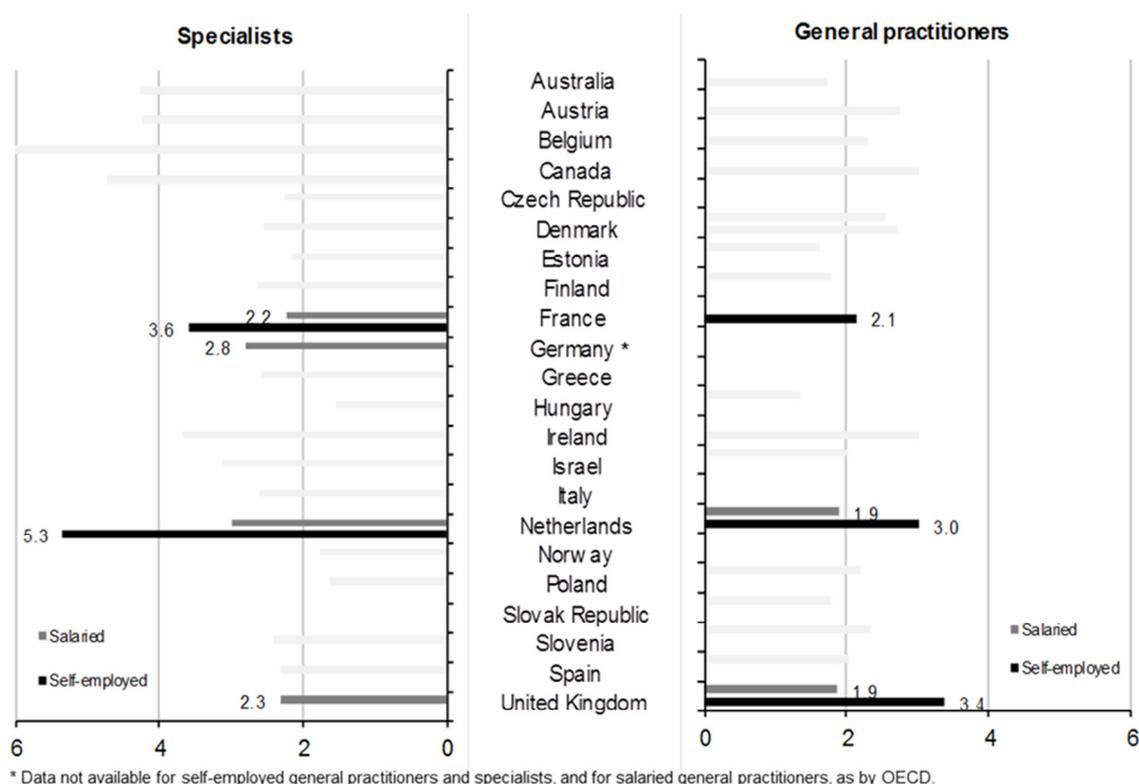


Abbildung 2 Ärztevergütung (Haus- und Fachärzte) im Verhältnis zum Durchschnittslohn für 2011, in ausgewählten OECD-Ländern

Quelle: OECD (2013)[107]

Einer Befragung von Medizinstudierenden in Frankreich zufolge waren die Radiologie und die Augenheilkunde sehr beliebte Fächer;[78] in diesen beiden Gebieten wird das Einkommen gemäß Einzelleistungsvergütung berechnet und kann somit sehr hoch ausfallen. Obwohl die Zahlen schwer zu vergleichen sind, war das Durchschnittseinkommen eines Allgemeinmediziners in den Vereinigten Staaten im Jahr 2012 rund 158.000 US-Dollar pro Jahr, während ein Radiologe rund 315.000 verdiente.[105] Ein möglicher Ansatz, den Beruf des Hausarztes attraktiver zu gestalten, ist daher, das Einkommen im Vergleich zu den Verdienstmöglichkeiten in anderen medizinischen Fachgebieten zu erhöhen.

Verbesserung des Ansehens der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Tätigkeit

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor bei der Berufswahl von Medizinstudierenden ist, wie oben erwähnt, das Ansehen der Allgemeinmedizin. Die Gründe für das geringe Ansehen der Allgemeinmedizin sind vielschichtig und teilweise einkommensgebunden. Gleichzeitig sind die Erfahrungen der Studierenden

während des universitären Medizinstudiums für die Bewertung der unterschiedlichen Fachrichtungen bedeutsam. Beispielsweise wird an vielen medizinischen Fakultäten ein Großteil des Unterrichts von spezialisierten Fachärzten durchgeführt, die implizit oder explizit die Allgemeinmedizin geringerschätzen.

Ein historisches Beispiel für diese Haltung spiegelt sich in „Lord Morans Leiter“ wieder. Lord Moran, ein angesehener Arzt in England, wurde im Jahr 1958 von einer königlichen Kommission gefragt: „Es wurde an uns herangetragen, dass die beiden Sparten der Medizin, Allgemeinmedizin und spezialisierte Medizin nicht einander über- oder untergeordnet, sondern ebenbürtig sind. Stimmen Sie dem zu?“ Lord Morans berühmte Antwort war: „Von wenigen Ausnahmen abgesehen strebten alle, die herausragende Verdienste leisteten, eine Anstellung im Krankenhaus an. Es gab kein anderes Ziel und manche fielen von dieser Leiter. Wie können Sie behaupten, dass diejenigen, die an der Spitze der Leiter angekommen sind, die gleichen sind wie die, die von der Leiter gefallen sind? Das scheint mir so aberwitzig.“[109] Wenn vielleicht auch nicht ganz so direkt, ist anzunehmen, dass eine solche Haltung noch immer an den medizinischen Fakultäten weit verbreitet ist.

Ein Lösungsansatz zu diesem Problem liegt im Ansehen der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten. In England und den Niederlanden hat jede Fakultät für Medizin ordentliche Professuren für die Allgemeinmedizin eingerichtet, solche mit führenden Abteilungen in der Allgemeinmedizin oft sogar mehrere. Diese spielen oft eine zentrale Rolle bei der Entwicklung der medizinischen Lehrpläne und beeinflussen somit die Erfahrungen, die Studierende in der medizinischen Ausbildung sammeln. Auch ist die Forschungsproduktivität in der Allgemeinmedizin in Ländern wie England und den Niederlanden tendenziell höher als in allen anderen Ländern (einschließlich den Vereinigten Staaten).[110] Im Gegensatz dazu sind in Frankreich und Deutschland Professuren in der Allgemeinmedizin nur an ausgewählten medizinischen Fakultäten etabliert, und das Ansehen der allgemeinmedizinischen Forschung ist, mit wenigen Ausnahmen, gering. Eine Studie über Medizinstudierende in Deutschland zeigte, dass das Vorhandensein eines Lehrstuhls in Allgemeinmedizin die Berufswahl zugunsten der Allgemeinmedizin klar beeinflussen kann.[111]

Die Verbesserung des akademischen Ansehens der Allgemeinmedizin ist keine leichte Aufgabe, aber die englische Erfahrung zeigt, dass es möglich ist, dies zu erreichen. Zum Beispiel folgte einem im Jahr 1997 veröffentlichten Bericht über die Forschung in der Primärversorgung[112] ein erhebliches staatliches Engagement in der Finanzierung entsprechender Forschung. Nachfolgende Regierungen haben den Bereich weiter gestärkt und unterstützt, was schließlich einen beruflichen Weg für Allgemeinmediziner, die eine akademische Laufbahn einschlagen wollen, eröffnet hat. Begleitend wurden Unterrichtspraxen geschaffen und finanziert, die medizinischen Fakultäten offene Stellen anbieten können. Die Wahrscheinlichkeit, Absolventen für die Allgemeinmedizin zu begeistern, ist größer, wenn sie als Studierende eine positive Erfahrung in einer hausärztlichen Praxis gesammelt haben.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Vorbehalte gegen eine Niederlassung in einer Hausarztpraxis, die Medizinstudierende äußern, schließen unter anderem ein: hohe Arbeitsbelastung und Verantwortung, berufliche und geografische Isolation, bürokratischer Aufwand einer Praxis. In England, wo die Hausarztpraxis traditionellerweise als selbständiges Unternehmen geführt wird, bevorzugen Jungärzte, trotz der damit verbundenen niedrigeren Einkünfte, das Angestelltenverhältnis ohne Verwaltungsaufgaben.[113] In Frankreich wird daran

gearbeitet, bestimmte Leistungen wie Krankenstand oder Mutterschaftsurlaub für Ärzte in selbständiger Niederlassung einzuführen, um das wahrgenommene Risiko, dem sich junge Allgemeinmediziner bei der Führung einer eigenen Praxis ausgesetzt sehen, zu reduzieren.[114] In Deutschland bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen jungen Ärzten Unterstützung bei der Einrichtung einer eigenen Praxis sowie Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte an, die sich nicht selbständig machen wollen.[115]

Die Reduzierung der beruflichen Isolation in der Niederlassung spielt eine wichtige Rolle: Die Situation eines niedergelassenen Arztes wird von Medizinstudierenden als das extreme Gegenteil zur Kollegialität bei den im Krankenhaus angestellten Ärzten gesehen. Dieser Isolation wirkt, zu einem gewissen Grad, die zunehmende Gründung von Gemeinschaftspraxen entgegen. In England praktizieren nur 10 Prozent der Allgemeinmediziner in Einzelpraxen, während mehr als die Hälfte der Ärzte in Gemeinschaftspraxen mit vier oder mehr Ärzten praktizieren.[116] Eine weitere Entwicklung in England ist die Bildung von Praxisnetzwerken, um ein breiteres Spektrum von Versorgungsleistungen anbieten zu können. In Frankreich werden Praxisnetzwerke auch mit dem Ziel entwickelt, die hausärztliche Isolation zu verringern und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu stärken.[117]

Die berufliche Isolation ist insbesondere in den Anfangsjahren für Jungärzte deutlich spürbar, wenn sie von dem relativ behüteten Krankenhausumfeld in die Hausarztpraxis wechseln. Dieser kann durch spezifische Programme zur Unterstützung von Ärzten gezielt entgegengewirkt werden. Ein Beispiel hierfür ist das vom Royal College of General Practitioners im Vereinigten Königreich organisierte Programm *First Five* (First5[®]), das auf fünf Säulen aufbaut: Entwicklung lokaler Netzwerke von Kollegen zur gegenseitigen Unterstützung und Beratung; Förderung eines Zugehörigkeitsgefühl zwischen den Teilnehmern des First5[®]-Jahrgangs und Präsenz innerhalb des *Royal College of General Practitioners*; Mentoring; Unterstützung bei der Revalidierung sowie berufliche Fortbildung (CPD).[118]

Des Weiteren ist es notwendig, demografische Veränderungen in der Ärzteschaft zu berücksichtigen. In vielen Ländern, einschließlich Deutschlands, sind mehr als die Hälfte der neu qualifizierten Ärzte Frauen. Einige werden sich dafür entscheiden, für einen gewissen Zeitraum nur in Teilzeit zu arbeiten, und es müssen Berufschancen geschaffen werden, die für diese Gruppe attraktiv sind. Es ist wenig wahrscheinlich, dass sich diese demografisch wichtige Gruppe für das traditionelle Modell des Hausarztes in Einzelpraxis mit langen Arbeitsstunden gewinnen lässt.

Das beschriebene traditionelle Hausarztmodell ist auch zunehmend problematisch im Hinblick auf die Dauer, mit der Ärzte in der Praxis bleiben. Vor allem in Ländern mit guter Altersversorgung (z.B. England) wird es wichtig sein, die Arbeitsbedingungen von älteren Ärzten zu verbessern, um eine Reduzierung der Ärztezahlen durch Frühberentungen zu verhindern. Dies ist besonders wichtig in Ländern, in denen ein Großteil der derzeit niedergelassenen Ärzte sich dem Rentenalter nähert, wie zum Beispiel in Deutschland, wo im Jahr 2013 69 Prozent der Hausärzte über 50 Jahre alt waren.[119]

Aus den hier beschriebenen Gründen sowie wegen der immer komplexer werdenden Anforderungen durch eine alternde Bevölkerung ist es unwahrscheinlich, dass die hausärztliche Einzelpraxis den Bedürfnissen von Patienten und Ärzten in Zukunft gerecht wird. Die zukünftige Entwicklung der hausärztlichen Versorgung muss diesen veränderten Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten

Die Sicherstellung der Versorgung, insbesondere in ländlichen und sozioökonomisch benachteiligten Regionen, stellt eine besondere Herausforderung dar. Sibbald (2005) beschreibt drei grundlegende Strategien, um diese Probleme anzugehen:[120]

- Normative oder „missionarische“ Strategien, die an das Verantwortungsgefühl appellieren, um Ärzte für unterversorgte Gebiete zu gewinnen. Beispiele hierfür sind spezifische Aus- und Weiterbildungsprogramme; sie greifen häufig auf symbolische Belohnungen, die persönliche Werte oder das Prestige ansprechen, zurück.
- Utilitaristische Strategien, die darauf abzielen, Ärzte für die zusätzlichen Kosten, die mit der Versorgung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen verbunden sind, finanziell zu entschädigen und andere Nachteile durch die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Einrichtungen, guten Arbeitsstrukturen und Zusatzleistungen auszugleichen.
- Zwangsmaßnahmen, die Ärzte dazu verpflichten, im Gegenzug für die Ausbildung, finanzielle Unterstützung oder Lizenzerteilung, über einen festgelegten Zeitraum hinweg in unterversorgten Gebieten zu praktizieren.

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über das von Sibbald (2005) beschriebene Spektrum an verwendeten Strategien.

Tabelle 9 Strategien zur Anwerbung und Bindung von Ärzten in unterversorgten Gebieten

Ebene, auf die die Strategie abzielt	Strategische Ausrichtung		
	Supportiv	Utilitaristisch	Normativ
Individuum	Professionelle Unterstützung und Weiterbildungsmaßnahmen	Einmalzahlungen zur Gewinnung oder zum Halten von Ärzten; höheres Einkommen; mehr Flexibilität bei der Arbeit und / oder Zusatzleistungen	Rückzahlung von Studierendenkrediten im Gegenzug für die Verpflichtung, in unterversorgten Gebieten zu arbeiten
Versorgungsorganisation		Niedrige Gebäudekosten und Förderkredite	
Nationale Ebene	Bildungsprogramme, die der Auswahl und Vorbereitung für Ärzte in unterversorgten Gebieten dienen		Verpflichtung zur Tätigkeit in zugewiesenen Gebieten für alle zugelassenen Ärzte Zulassungs- oder Visa-Beschränkungen für ausländische Ärzte zur Berufsausübung in unterversorgten Gebieten

Quelle: Adaptiert von Sibbald (2005)[120]

Neben den Strategien der Länder, die wir in unserem Bericht untersuchen, sind auch Erfahrungen anderer Länder relevant. Zum Beispiel haben Australien, Kanada, Norwegen und die Vereinigten Staaten *rural medical school programmes* geschaffen, die Studierenden aus ländlichen Gegenden bevorteilen und

eine Ausbildung in ländlichen Gebieten anbieten (Textbox 1). Studien haben gezeigt, dass eine Ausbildung in ländlichen Regionen die Niederlassungsquote in diesen Gebieten erhöht,[121] obwohl es natürlich auch möglich ist, dass die Medizinstudierenden sich ohnehin für eine Praxis in einer ländlichen Region entschieden hätten.

Textbox 1 Rural medical school programme in Australien, Kanada und den Vereinigten Staaten

Ein im Jahr 2009 veröffentlichter systematischer Literaturüberblick von Interventionen, die darauf abzielten, die Zahl der Gesundheitsfachkräfte in ländlichen und anderen unterversorgten Gebieten zu erhöhen, fand keinen eindeutigen Nachweis für einen effektiven Umverteilungsmechanismus.[122] Gleichzeitig deutet eine kleine Anzahl von qualitativen Studien drauf hin, dass *rural medical school programmes* das Potenzial haben, mehr Ärzte für ländliche Gebiete zu gewinnen. Die Literatur hat sich besonders auf Australien, Kanada und die Vereinigten Staaten konzentriert, wo seit den 1970er Jahren versucht wird, mit solchen Programmen Rekrutierungsproblemen im ländlichen Raum entgegenzuwirken (z.B. Norris et al., 2006 [123]). Tesson et al. (2005) haben Initiativen in den drei oben genannten Ländern untersucht und eine Typologie mit drei Kategorien entwickelt: (i) städtische medizinische Fakultäten, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, auch auf die Bedürfnisse der spezifischen ländlichen und entlegenen Gebiete einzugehen, (ii) de facto ländliche Fakultäten für Medizin, die insbesondere für Gebiete mit umfangreicher Landbevölkerung zuständig sind, und (iii) selbständige ländliche medizinische Fakultäten, die geschaffen wurden, um den Bedürfnissen speziell ländlicher und abgelegener Gebiete gerecht zu werden.[124] Gemäß dieser Studie hatten alle drei Programmarten das Potenzial, positive Ergebnisse zu erzielen. Die Wahrscheinlichkeit lag jedoch bei neugeschaffenen selbständigen Fakultäten auf Grund ihres eindeutigen Auftrags und der entsprechenden Schwerpunktsetzung deutlich höher.

Ein Beispiel für die erste Kategorie ist das *Flinders University Parallel Rural Community Curriculum* (PRCC) in Australien.[125] Als Teil des Programms absolvieren Medizinstudierende ein volles Jahr in ländlichen Praxen. Eine Studie von 2008 zeigte, dass 70 Prozent der Studierenden, die das PRCC gewählt hatten, sich für eine Niederlassung in ländlichen Gebieten entschlossen, im Vergleich zu 18 Prozent der Studierenden, die in Universitätskliniken ausgebildet wurden. In den Vereinigten Staaten hat WWAMI (Washington, Wyoming, Alaska, Montana, Idaho) ein ähnliches Programm entwickelt und die ländliche Berufslaufbahn wird gemeinhin als Erfolg bezeichnet.[123–126]

In einer systematischen Literaturstudie über *rural medical school programmes* in den Vereinigten Staaten zeigten Rabinowitz et al. (2008) den Einfluss der Programme auf die Berufswahl.[127] *Rural programmes* wurden als Programme definiert, die (i) als Hauptziel die Erhöhung der Ärztezahlen in der ländlichen Versorgung haben und (ii) entweder das Zulassungsverfahren speziell auf Studierende aus ländlichen Gebieten zugeschnitten haben oder eine mindestens sechsmonatige klinische (Vollzeit)Praxis während der letzten zwei Jahre an der medizinischen Fakultät vorsehen. Die Autoren zeigten, dass in zehn Studien 26 bis 92 Prozent (mit einem gewichteten Durchschnitt von 57 Prozent) der Absolventen dieser Programme in ländlichen Gemeinden tätig geworden sind, verglichen mit 3 Prozent aller Studierenden, die die Absicht geäußert hatten, in ländlichen Gemeinden zu praktizieren. Laut Berechnungen in zwei dieser Studien praktizierten mehrere Jahre nach Studienabschluss noch 87 Prozent bzw. 79 Prozent der Ärzte in ländlichen Regionen. Ein auf konservativen Schätzungen basierendes Modell von Rabinowitz et al. kam zu dem Schluss, dass 1.139 neue Allgemeinmediziner für ländliche Gebiete gewonnen werden könnten, wenn 125 medizinische Fakultäten bis zu 10 Studierenden jährlich ähnliche Programme anbieten würden (mehr als das Doppelte der aktuellen Zahl).[127]

Jüngere amerikanische Studien haben diese positiven Ergebnisse bestätigt. Rabinowitz et al. (2012) zeigten, dass Absolventen dieser Programme zehnmal häufiger als Allgemeinmediziner in ländlichen Gebieten praktizierten als andere Absolventen (relatives Risiko [RR] = 10.0, Konfidenzintervall [CI] 8,7 bis 11,6, p <.001) und fast viermal so

häufig in nicht allgemeinmedizinischen Fachgebieten in ländlichen Regionen tätig waren (RR 3,8, CI 3,5-4,2, p <.001).[128] Insgesamt brachten diese Programme mehr praktizierende Allgemeinmediziner in ländlichen Gebieten hervor als alle anderen Programme zusammengenommen (376 im Vergleich zu 254). Glasser et al. (2011) kamen in einer Untersuchung des Rural Medical Education Programme (RMED) in Illinois zu dem Ergebnis, dass von Studierenden, die aus ländlichen Gegenden rekrutiert wurden, 76 Prozent der Studierenden ihre *residence* in der Primärversorgung absolvierten und 64,4 Prozent der Befragten in kleinen Städten oder ländlichen Gemeinden praktizierten – mehr als in anderen *rural medical education programmes*. [129]

Ein gemeinsames Merkmal dieser Programme ist die Vorgabe, längere Praktika in der ambulanten Versorgung zu absolvieren. Es wurde gezeigt, dass der Ausbildungsort Einfluss auf die Berufswahl von Medizinstudierenden hat (z.B. Dunbabin et al., 2006[130]). Daher kann die Praxiserfahrung im ambulanten Bereich die Wahrscheinlichkeit einer Laufbahn in der ländlichen Primärversorgung erhöhen. Dick et al. (2011) untersuchten die Pläne von 451 Absolventen dieser Programme zum Zeitpunkt des Studienabschlusses.[131] Sie identifizierten die folgenden Faktoren, die mit einer beabsichtigten Laufbahn in der Primärversorgung zusammenhängen: Primärversorgung-Ausbildungszweig (OR 4,5, 95 % CI 2,4-8,6) und Praxiserfahrung in ländlichen Gebieten (OR 2.1, 95% CI 1,3-3,4).

Es gibt nur wenig Literatur über unterversorgte städtische Gebiete, aber eine qualitative Studie über die medizinische Ausbildung in der Bronx (New York) zeigte, dass die Ausbildung mit dem Schwerpunkt Sozialmedizin und gemeindeorientierte Medizin von den Studierenden als sehr wertvoll angesehen wurde. [132]

In England regelt *Health Education England* die Zahl der Weiterbildungsplätze auf Landesebene und stellt sicher, dass genügend Stellen in unterversorgten Gebieten zur Verfügung stehen. So werden beispielsweise begehrte Weiterbildungsplätze in großen Universitätskliniken regelmäßig mit weniger angesehenen Plätzen an regionalen Krankenhäusern kombiniert. Dies kann potenziell die Zahl der Ärzte, die sich nach ihrem Facharztabschluss für eine Niederlassung in diesen Regionen entscheiden, beeinflussen. England hat auch finanzielle Anreize eingeführt, um Ärzte für unterversorgte und vor allem sozioökonomisch benachteiligte Gebiete zu gewinnen. Ein Beispiel sind die sogenannten *golden hello*-Prämien in Höhe von 7.000 Pfund, die Anfang der 2000er Jahre für den Umzug in ein unterversorgtes Gebiet angeboten wurden; diese Prämien sind inzwischen eingestellt worden.[133] Ein ähnliches Programm gibt es in Frankreich, wo Ärzten in unterversorgten Gebieten für die ersten zwei Jahre ein Mindesteinkommen garantiert wird.[114] Ein weiteres Programm sieht für unterversorgte Gebiete Einkommensgarantien für bis zu drei Jahre vor.[134] Evaluierungen dieser Programme haben jedoch gezeigt, dass diese Anreize von weniger Ärzten in Anspruch genommen wurden als erwartet.[135] Sowohl England als auch die Niederlande haben Anreize eingeführt, die langfristige Zusatzeinkommen für Ärzte in unterversorgten Gebieten vorsehen. In England wird dies durch eine Gewichtung der Pro-Kopf-Pauschalen nach Besiedlungsdichte und sozioökonomischem Status der Region versucht, während die Niederlande (Zusatz-)Einkommensbeihilfen eingeführt haben. Es ist anzunehmen, dass diese eher langfristig angelegten Anreize effektiver in der Anwerbung und Bindung von Ärzten in unterversorgten Gebieten sind als kurzfristige Interventionen.[120]

Neben monetären können auch nicht monetäre Anreize wirkungsvoll sein. Australien und Kanada haben zum Beispiel umfassende persönliche und berufliche Unterstützungsprogramme für Ärzte eingeführt, die bereit sind, in unterversorgten Gebieten zu praktizieren.[136] Diese Anreize beinhalten Hilfe bei der Wohnungssuche, finanzielle Unterstützung beim Umzug, die Finanzierung von medizinischen

Fortbildungen, die Bereitstellung von Praxis-Vertretungen sowie die Einrichtung von ländlichen Praxisnetzwerken. In den Niederlanden werden derzeit Vorschläge diskutiert, Ärzten, die ihre Weiterbildung in Allgemeinmedizin in weniger beliebten Gebieten durchführen, subventionierten Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Die Möglichkeit der Anstellung an öffentlich geförderten Einrichtungen wie zum Beispiel Kliniken, als Alternative zur privaten Praxis, kann einen zusätzlichen Anreiz bieten, da sie Einkommenssicherheit garantiert und damit das finanzielle Risiko, das mit der Niederlassung verbunden ist, reduziert. Solchen Programmen wird zugeschrieben, zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen Gebieten beizutragen, aber es gibt bislang wenig robuste Nachweise über ihre Wirtschaftlichkeit.[137]

Zwangsmaßnahmen betreffen unter anderem die Bereitstellung von Zahlungen zur Tilgung von Krediten, die angehende Ärzte im Studium aufgenommen haben, wenn sie sich dazu verpflichten, über einen festgelegten Zeitraum hinweg in unterversorgten Gebieten zu praktizieren. Weitere Möglichkeiten sind, ausländische Ärzte, die um eine Berufserlaubnis ansuchen, zu verpflichten, für eine festgelegte Zeit in einem unterversorgten Gebiet zu arbeiten, oder die Bereitstellung von Stipendien für Ärzte, die in sehr ländlichen Gebieten arbeiten. In Australien wird beispielsweise ein *Medical Rural Bonded Scholarship* für Ärzte angeboten, die nach Abschluss ihrer Aus- und Weiterbildung sechs Jahre lang in ländlichen Gebieten praktizieren.[138] Frankreich hat einen *contrat d'engagement de service public* (CESP) eingeführt. Hierbei handelt es sich um eine Vereinbarung, in der sich Studierende verpflichten, für eine festgelegte Zeit in unterversorgten Gebieten zu arbeiten. Die Dauer richtet sich nach dem Zeitraum, für den sie einen staatlichen Zuschuss zu ihrer Ausbildung erhalten haben.[139] Programme dieser Art begünstigen die kurzfristige Bereitstellung von medizinischem Personal in unterversorgten Gebieten. Allerdings sind sie weniger wirksam, was die langfristige Bindung von Ärzten in solchen Gebieten angeht, da viele nach Abschluss der Pflichtzeit in städtische Regionen zurückkehren.[140]

Die Wirtschaftlichkeit dieser verschiedenen Anreizsysteme ist weitgehend unbekannt. Es ist jedoch anzunehmen, dass eine Kombination verschiedener Ansätze, die sowohl monetäre wie auch nicht monetäre Anreize beinhaltet, den größten Erfolg in der Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten verspricht.

2.4. Optionen für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung für die primärärztliche Versorgung in Deutschland

Das Hauptziel dieser Studie ist es, Erkenntnisse zur weiteren Entwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung im Bereich der primärärztlichen Versorgung in Deutschland zu liefern. Wir haben in den vorhergehenden Abschnitten eine zusammenfassende Übersicht über die allgemeinen Ansätze für die medizinische Aus- und Weiterbildung mit dem Schwerpunkt auf der Allgemeinmedizin in England, Frankreich und den Niederlanden gegeben und diese mit Deutschland verglichen. Für jedes Land haben wir die wichtigsten Merkmale der Aus- und Weiterbildungswege, von der Zulassung zum Medizinstudium bis zur Erlangung einer allgemeinmedizinischen Facharztqualifikation, dargestellt und die betreffenden Regulierungs- und Finanzierungsstrukturen diskutiert. Wir haben ferner Ansätze skizziert, die verschiedene Länder eingeführt haben, um die flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherzustellen.

Viele der in diesem Bericht aufgezeigten Probleme werden in Deutschland bereits diskutiert. Es sind eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen oder bereits eingeführt worden, um diesen Problemen entgegenzutreten. Im Zentrum vieler Lösungsansätze steht die Förderung einer ausreichenden Zahl von Ärzten, die sich in der Allgemeinmedizin weiterbilden, um so den zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem, die sich aus dem demografischen Wandel und dem daraus resultierenden Anstieg von multiplen chronischen Erkrankungen ergeben, gerecht zu werden. Ein Beispiel ist der Koalitionsvertrag der Bundesregierung aus dem Jahr 2013, welcher die medizinische Aus- und Weiterbildung zu einem Schwerpunktthema gemacht hat.[141] Der Vertrag plädiert für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, die Förderung der Praxisnähe in der Ausbildung und die Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium. Dies soll im Rahmen eines „Masterplans Medizinstudium 2020“ realisiert werden, der von einer Länderkonferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister ausgearbeitet werden soll. Der Koalitionsvertrag sieht weiter eine 50-prozentige Erhöhung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vor, ebenso wie die Möglichkeit, diese länderübergreifend zu koordinieren. Zudem soll die ärztliche Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in ambulanten Einrichtungen gefördert werden.

Die medizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland war auch das Thema zweier bedeutender Gutachten, die im Jahr 2014 vom Wissenschaftsrat[142] und vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgelegt wurden.[47] Der Bericht des Wissenschaftsrats analysierte medizinische Modellstudiengänge und inwiefern die bislang gewonnenen Erfahrungen für die Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland genutzt werden können. Der Bericht enthält einige zentrale Empfehlungen wie zum Beispiel die Stärkung von integrierten, patientenorientierten Lehrplänen, eine kompetenzorientierte und teambasierte Ausbildung, die Stärkung des Stellenwerts der primärärztlichen Versorgung im Kerncurriculum und die Berücksichtigung der Allgemeinmedizin bei der Umgestaltung der Lern- und Prüfungsinhalte sowie eine flächendeckende Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten, um so Studierende mit den spezifischen Problemen der primärärztlichen Versorgung vertraut zu machen.[142] Der Fokus auf Kernkompetenzen steht auch im Mittelpunkt der laufenden Entwicklung eines Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM), welcher derzeit von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) gemeinsam mit einer Vielzahl von Akteuren erarbeitet wird.[143] Der Lernzielkatalog soll einheitliche und verbindliche Standards für die medizinische Ausbildung festlegen. Das übergreifende Ziel ist, einen Konsens zu finden, der die Grundlage für die Lehre der Medizin im Rahmen der bestehenden Approbationsordnung für Ärzte bildet. Der NKLM wird voraussichtlich im Jahr 2015 fertiggestellt und genehmigt werden.

Schließlich betont der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland im Rahmen einer umfassenderen Beurteilung des Gesundheitssystems und dessen Fähigkeit, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in ländlichen und unterversorgten Gebieten zu gewährleisten.[47] In diesem Zusammenhang hebt der SVR besonders die Stärkung der Allgemeinmedizin während des gesamten Ausbildungsweges hervor und gibt Empfehlungen, die sich sowohl auf die Ausbildung wie auch auf die Weiterbildung beziehen. Diese reichen von der Zulassung zum Medizinstudium und der Stärkung

des Stellenwertes der Allgemeinmedizin im Medizinstudium bis hin zur Schaffung eines koordinierten und gesondert finanzierten Förderungssystems für die Weiterbildung.

2.4.1. Medizinische Aus- und Weiterbildung für die primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Kontext

Diese Studie untersucht die medizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland im internationalen Kontext und greift dabei viele der eingangs beschriebenen Vorschläge und Empfehlungen auf. Die folgenden Abschnitte erörtern zentrale Beobachtungen sowie bestimmte Merkmale der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland im Vergleich zu England, Frankreich und den Niederlanden. Wir beschreiben die unterschiedlichen Ansätze, die in den verschiedenen Ländern verfolgt werden, ohne ein Werturteil abgeben zu wollen. Die folgende Analyse versucht ebenfalls nicht zu beurteilen, ob ein bestimmter Ansatz besonders erstrebenswert ist. Eine solche Beurteilung ist angesichts des Mangels an empirischen Daten über die relativen Vor- und Nachteile der verschiedenen Systeme und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die Gesundheit der Bevölkerung nicht möglich.

Wenn wir den gesamten Weg – von der Zulassung zum Medizinstudium über die medizinische Ausbildung, die allgemeinmedizinische Weiterbildung bis hin zum Erhalt der Facharztqualifikation – betrachten, ergeben sich drei zentrale Bereiche, in denen sich Deutschland von den Vergleichsländern unterscheidet: (i) die Rahmen für die Festlegung von Studienplätzen an medizinischen Fakultäten und von fachärztlichen Weiterbildungsstellen; (ii) die Beteiligung der medizinischen Fakultäten an der gesamten Aus- und Weiterbildung; und (iii) die Finanzierung der Facharztweiterbildung in der (ambulanten) Versorgung.

Wir betrachten zunächst den Prozess, welcher die Zahl der Studierenden, die jährlich an den Fakultäten für Medizin aufgenommen werden, festlegt. Hier scheint Deutschland das einzige der in dieser Studie berücksichtigten Länder zu sein, in dem diese Zahl auf Landes- und nicht auf Bundesebene festgelegt wird. Außerdem erfolgt im Gegensatz zu Deutschland in allen drei Ländern die Festlegung der jährlichen Studienplatzzahlen für Medizin unter Einbeziehung der Gesundheitsversorger; dies erfolgt in Frankreich auf regionaler Ebene, in England und den Niederlanden auf Landesebene. Der deutsche Ansatz spiegelt das Hochschulsystem in Deutschland wider, das verfassungsgemäß in der Zuständigkeit der 16 Bundesländer liegt. Die Verantwortung für das Gesundheitssystem wird jedoch von der Bundesregierung, den Ländern und der Selbstverwaltung getragen.

Es gibt verschiedene Ansichten darüber, ob und wie die Zulassungsbestimmungen zum Medizinstudium in Deutschland geändert werden sollten (siehe Kapitel 5, Abschnitt 5.4). Die aktuelle Diskussion konzentriert sich vor allem auf die Zulassungskriterien und nicht auf die Festlegung der jährlich verfügbaren Studienplatzzahlen. Zum Beispiel hat der Sachverständigenrat Gesundheit (2014) die Möglichkeit betont, bei der Zulassung von Medizinstudierenden die Eignung und das Engagement für eine (zukünftige) Arbeit in der Allgemeinmedizin zu berücksichtigen.[47] Der zuvor erwähnte Koalitionsvertrag (2013) spricht sich ebenfalls für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber aus, obwohl noch nicht klar ist, wie dies in der Praxis aussehen soll.[141] Der Wissenschaftsrat merkte in seinem oben erwähnten Bericht von 2014 an, dass die zur Verfügung stehende Evidenz dem derzeitigen

Auswahlverfahren von Studierenden eine prognostische Validität für den erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums zuerkennt,[144] und hob insbesondere die Vorhersagekraft der Abiturnote hervor.[142] Der Rat stellte jedoch weiter fest, dass bislang nur wenig darüber bekannt ist, in welchem Umfang unterschiedliche Auswahlverfahren die spätere Berufswahl beeinflussen. Aus diesem Grund empfiehlt der Rat, das gegenwärtige Zulassungsverfahren, das besonderen Wert auf die Abiturnote legt, nicht zu ändern, legt aber den medizinischen Fakultäten nahe, über die bestehenden Kriterien hinaus die Möglichkeiten des Auswahlverfahrens dahingehend zu nutzen, die Studierendenauswahl am eigenen Lehrplan und wissenschaftlichen Profil der Fakultät zu orientieren.

In Bezug auf die Feststellung der verfügbaren Stellen für die Weiterbildung haben England, Frankreich und die Niederlande ebenfalls Planungsprozesse eingeführt, die die Zulassung zu den einzelnen medizinischen Fachgebieten regeln. In Frankreich und den Niederlanden liegt dies in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums, die Planung erfolgt unter Einbeziehung der regionalen (Frankreich) oder landesweiten (Niederlande) Arbeitskräfteplanung. In England legt das Department of Health die Anzahl der Weiterbildungsplätze auf Basis der landesweiten Arbeitskräfteplanung fest. In allen drei Ländern erfolgt die Auswahl der Medizinabsolventen für die Weiterbildung durch ein wettbewerbsorientiertes Auswahlverfahren, das auf Landesebene koordiniert wird.

In Deutschland wird im Gegensatz dazu die Zahl der Weiterbildungsplätze nicht zentral geplant. Eine Vereinbarung auf Bundesebene zwischen den wichtigsten Akteuren (Krankenkassen und Berufsverbände) über die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin legt die finanzielle Unterstützung für mindestens 5.000 Weiterbildungsplätze pro Jahr fest (diese Zahl ist in Artikel 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz ausgewiesen).[95] Eine länderübergreifende Koordination der Weiterbildung erfolgt derzeit nicht. Ärzte in der Weiterbildung müssen sich in der Regel um die verschiedenen Etappen der Rotationen, die für das Fachgebiet erforderlich sind, selbst kümmern. Es gibt jedoch zunehmend Weiterbildungsverbände für die Allgemeinmedizin, um die Rotation zu erleichtern.

Wir haben bereits argumentiert, dass eine länderübergreifende Strategie oder ein Koordinierungsmechanismus, der die Anzahl der Ärzte, die für die Facharztweiterbildung in der jeweiligen Fachrichtung zugelassen werden regelt, ein effektiver Weg sein kann, um die Zahl von Jungärzten in den Fachgebieten besser am Versorgungsbedarf auszurichten. Ein solcher Ansatz könnte, unter Einbeziehung von mittel- bis langfristigen Prognosen, helfen, die Anzahl der benötigten Fachärzte in verschiedenen Fächern zu steuern und so einem möglichen prognostizierten Mangel in einzelnen Fachgebieten zu begegnen. Dies wurde in den Niederlanden vorgeführt, wo es aufgrund der Gesundheitspersonalplanung in den vergangenen zehn Jahren gelang, einem vorhergesagten Mangel an Hausärzten entgegenzusteuern.[49]

Eine länderübergreifende Strategie, die die Anzahl von Weiterbildungsplätzen in den verschiedenen Facharztgebieten bestimmt und somit zu einem verbessertem Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Facharzttrichtungen beitragen könnte, scheint in Deutschland derzeit nicht zur Diskussion zu stehen. Allerdings unterstreichen Experten insbesondere die Notwendigkeit einer besseren Koordination der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.[86] Eine Reihe von Aktivitäten wird derzeit verfolgt, um diese Koordination zu stärken. Dazu gehört die Einrichtung von Koordinierungsstellen bei den Landesärztekammern, die mit der Organisation und Koordination der allgemeinmedizinischen

Weiterbildung auf Landesebene beauftragt sind.[87] Der Sachverständigenrat für Gesundheit geht in seinem Bericht von 2014 noch weiter, indem er die Forderung nach verbesserter Unterstützung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zum Kernpunkt der Empfehlungen für die medizinische Aus- und Weiterbildung erklärt.[47] Er empfiehlt unter anderem die Schaffung einer länderübergreifend koordinierten Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die auch eine Bereitstellung von zweckgebundenen Finanzmitteln vorsieht (siehe unten); die Empfehlung schließt ein personengebundenes und bundesweit übertragbares Förderbudget für jeden Arzt in allgemeinmedizinischer Weiterbildung über die gesamte Weiterbildungsdauer von 60 Monaten ein. Hierdurch würde Ärzten in Weiterbildung die Berufsplanung erleichtert und das Ansehen der Allgemeinmedizin verbessert.

In diesem Zusammenhang haben Experten, die wir für diese und andere Studien befragt haben, betont, dass die Facharztausbildung in Deutschland fast ausschließlich *training on the job* sei,[145] welche keine formalen Lehrveranstaltungselemente beinhaltet.[86] Dies steht im Gegensatz zu den drei Vergleichsländern, in denen die medizinischen Fakultäten (in unterschiedlichem Ausmaß) an der Weiterbildung zum Facharzt beteiligt sind. England und die Niederlande haben darüber hinaus spezielle Weiterbildungseinrichtungen geschaffen, die an die medizinischen Fakultäten gekoppelt sind (die *Foundation Schools* in England und die Institute für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin in den Niederlanden). Die verfügbare Evidenz lässt es derzeit nicht zu, festzustellen, inwieweit die Beteiligung medizinischer Fakultäten an der Weiterbildung zum Facharzt die ärztliche Kompetenz oder die Versorgungsqualität beeinflusst. Gleichzeitig haben Absolventen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland ihre Besorgnis über den Mangel an regelmäßigen Fortbildungsseminaren während der Weiterbildung geäußert.[145] Sie stellen fest, dass entsprechende Fortbildungsseminare für die Facharztausbildung im Krankenhaus üblich seien und dazu beitragen würden, einen Mindeststandard an Kenntnissen für Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin sicherzustellen. Der Sachverständigenrat empfiehlt in seinem Bericht aus dem Jahr 2014 die Stärkung regionaler, universitär angebundener Kompetenzzentren zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die derzeit an einer kleinen Anzahl von medizinischen Fakultäten in Deutschland eingerichtet werden. Diese zielen darauf ab, verbesserte Weiterbildungs- und Betreuungsmöglichkeiten für Ärzte in Weiterbildung und deren Ausbilder zu schaffen sowie die Koordination der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu verbessern (siehe auch Kapitel 5, Abschnitt 5.4). Solche Zentren, so wird argumentiert, würden die Vernetzung und das Mentoring von Ärzten in Weiterbildung unterstützen. Eine solche Unterstützung wird insbesondere für die Weiterbildung Allgemeinmedizin als notwendig angesehen, da diese Ärzte den Weiterbildungsplatz häufiger als ihre Kollegen in anderen Fachgebieten wechseln müssen,[47] um die geforderten Fähigkeiten und Kompetenzen zu erwerben.[31] Neben den oben genannten Koordinierungsstellen an den Landesärztekammern könnten solche Ansätze vielleicht auch dabei helfen, der von den Ärzten in Weiterbildung empfundenen fachlichen Isolierung entgegenzuwirken und dem Wunsch nach strukturierten Mentoringprogrammen gerecht zu werden.[145]

Eine dritte zentrale Beobachtung unserer Studie betrifft die Finanzierung der Weiterbildung zum Facharzt. Wir stellten fest, dass alle drei Vergleichsländer ein dediziertes Budget bereitstellen, um Ärzte in Weiterbildung zu vergüten oder finanziell zu unterstützen. In den Niederlanden fungiert eine eigens hierfür eingerichtete Stiftung als Arbeitgeber für alle Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Alle drei Länder haben ebenfalls landesweite Vorgaben, die die Vergütung der

Ausbilder (sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung) sicherstellen. In Deutschland ist die Verpflichtung zur finanziellen Förderung von Ärzten in allgemeinmedizinischer Weiterbildung in Kliniken und Praxen gesetzlich festgeschrieben.[95, 146] Der Sachverständigenrat betont jedoch in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014, dass es Probleme bei der Umsetzung dieser Bestimmungen gebe, die teilweise zu Verzögerungen in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zu zeitweiliger Arbeitslosigkeit führen können, was wiederum die Zeit bis zum Abschluss der Facharztausbildung verlängert.[47] Dies trage wahrscheinlich dazu bei, die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu untergraben und das Anwerben von Absolventen in diesen Berufsweg zu erschweren. Um diesem Problem entgegenzuwirken, empfiehlt der Sachverständigenrat, wie oben bereits erwähnt, die Einführung einer länderübergreifend koordinierten Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die die Weiterbildungsplätze in Allgemeinmedizin während der gesamten Weiterbildungszeit sicherstellt.[47] Er schlägt verschiedene Möglichkeiten vor, wie eine solche Förderung finanziert werden könnte, beispielsweise, ähnlich dem niederländischen Modell, durch eine auf Bundesebene eingerichtete Stelle bzw. Stiftung („Förderstiftung Allgemeinmedizin“), welche Fördergelder zentral einnimmt, verwaltet und an die Weiterbildungsstätten (länderübergreifend) auszahlt. Der Sachverständigenrat betont jedoch, dass unabhängig von dem gewählten Modell die Fördermittel unabhängig von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Steuereinnahmen bereitgestellt werden sollten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass etliche Komponenten, in denen sich das medizinische Aus- und Weiterbildungssystem in Deutschland von denen anderer europäischer Länder unterscheidet, derzeit in einer Reihe von Vorschlägen und Empfehlungen von verschiedenen Akteuren in Deutschland behandelt werden. Im Mittelpunkt vieler dieser Vorschläge steht die Stärkung der Allgemeinmedizin und der ambulanten primärärztlichen Versorgung, um so der veränderten Krankheitslast und den sich hierdurch wandelnden gesundheitlichen Bedürfnissen besser gerecht zu werden. Neben den oben genannten Empfehlungen haben sowohl der Wissenschaftsrat als auch der Sachverständigenrat Gesundheit eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen, um den Stellenwert der Allgemeinmedizin als ein Kernfach der medizinischen Ausbildung zu stärken. Dazu zählen zum Beispiel die Einführung eines Pflichtpraktikums in der Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (ein Vorschlag des SVR) oder die Einführung von Instituten für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten.[47, 142] Die Dringlichkeit umfassender Maßnahmen, um eine ausreichende Anzahl von jungen Ärzten für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu gewinnen, wird von den Ergebnissen der jüngsten bundesweiten Umfrage unter Medizinstudierenden in Deutschland aus dem Jahr 2014 unterstrichen, welche die Notwendigkeit umfassender Maßnahmen illustriert.[147] Beispielsweise denkt mehr als die Hälfte der Studierenden, dass Allgemeinmediziner wenig verdienen; rund 52 Prozent assoziieren die Niederlassung als Hausarzt mit beruflicher Isolation und 51 Prozent sagten, dass Allgemeinmediziner rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen. Etwa die Hälfte der Befragten beurteilte die Allgemeinmedizin als interessant und abwechslungsreich. 20 Prozent sahen das anders.[23, 147] Unter Studierenden im Praktischen Jahr hatten sich nur knapp 7 Prozent für die Allgemeinmedizin als Wahlfach entschieden und unter den Studierenden, die kurz vor dem Praktischen Jahr stehen, sagte nur ein Fünftel, sie würden die Allgemeinmedizin wählen, während knapp die Hälfte erklärte, dieses Fach nicht wählen zu wollen.

Die Befragung zeigte auch, dass ein Großteil der Medizinstudierenden versucht, Fragen zur späteren ärztlichen Tätigkeit überwiegend durch Gespräche mit bereits praktizierenden Ärzten zu klären und dass diese Gespräche einen hohen Stellenwert genießen (~75 Prozent). Über die Wahrnehmung der verschiedenen Fachrichtungen unter den praktizierenden Ärzten befragt, sagte nur ein Viertel der Studierenden, dass die Allgemeinmedizin ein hohes Ansehen genieße, während drei Viertel dachte, dass das Ansehen der Allgemeinmedizin eher gering sei. Umgekehrt wurden die Facharzttrichtungen Neurologie (88 Prozent), Innere Medizin (87 Prozent) und Chirurgie (75 Prozent) als sehr erstrebenswert angesehen.[23] Dies deutet darauf hin, dass es, um das Ansehen der Allgemeinmedizin unter Medizinstudierenden zu erhöhen, eines mehrdimensionalen Ansatzes bedarf; dieser muss die Bedingungen schaffen, den Medizinstudierenden schon sehr früh in ihrer Ausbildung eine positive Erfahrung in der Allgemeinmedizin zu vermitteln, um so ihre zukünftige Berufswahl positiv zu beeinflussen.[148, 149]

3. England

3.1. Gesundheitssystem

In England wird die gesundheitliche Versorgung weitgehend durch den *National Health Service* (NHS) erbracht. Leistungen des NHS werden vorwiegend durch allgemeine Steuern einschließlich eines kleinen Versicherungsbeitrags finanziert. Innerhalb des NHS sind die Versorgungsleistungen für alle Einwohner kostenlos (mit einigen wenigen Ausnahmen wie z.B. Medikamente und zahnärztliche Versorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen). Im Jahr 2011 lagen die Gesamtausgaben für Gesundheit im Vereinigten Königreich bei 9,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Rund 83 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben waren steuerfinanziert; 1,1 Prozent entfielen auf die Private Krankenversicherung. Zuzahlungen privater Haushalte machten knapp 10 Prozent der Gesamtausgaben aus.[150]

Mit der jüngsten Gesundheitsreform im Jahr 2012 (*Health and Social Care Act*) hat die Gesundheitsversorgung im Rahmen des NHS einige Veränderungen erfahren, wobei sich einzelne Reformelemente noch in der Umsetzung befinden. Das Gesundheitsministerium bleibt als zentrale Behörde für die Gesundheits- und Sozialpolitik verantwortlich, die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung durch den NHS wurde jedoch im April 2013 an eine neu eingerichtete Stelle, den *NHS England* (auch als *NHS Commissioning Board* bekannt), übertragen.[151] Der *NHS England* ist eine unabhängige Einrichtung mit Exekutivfunktion; gemeinsam mit dem Gesundheitsminister hat er die gesetzliche Verpflichtung, eine umfassende gesundheitliche Versorgung sicherzustellen.[152] Der *NHS England* hat eine breite Palette gesetzlicher Verantwortlichkeiten und ist dem Gesundheitsminister und der Öffentlichkeit gegenüber verantwortlich; er beaufsichtigt die Gesundheitsversorgung, die innerhalb des NHS geleistet wird.[33]

Ein Großteil des NHS Budgets wird seit April 2013 von 211 sogenannten *clinical commissioning groups* (CCG) verwaltet. Es handelt sich um Gruppen von primärärztlichen Praxen in einer Region, die die gesundheitliche Versorgung für die regionale Bevölkerung verantworten. Die Versorgungsleistungen umfassen unter anderem die Akut- und Notfallversorgung, elektive stationäre Versorgung, kommunale Pflegedienste, Dienstleistungen im Bereich psychischer Gesundheit, Geburtshilfe, sowie Neugeborenen- und pädiatrische Versorgung.[153] Den CCG stehen 19 *commissioning support units* zur Seite. Die Vergabe bestimmter fachärztlicher Leistungen, der Primärversorgung, der medizinischen Versorgung im Strafvollzug und einiger Versorgungsleistungen für die Streitkräfte liegen im Verantwortungsbereich des NHS England. Öffentliche Gesundheitsdienste werden von der neu gegründeten Public Health England (PHE) und den Kommunen erbracht, während NHS England, im Auftrag von Public Health England, viele der öffentlichen Gesundheitsdienste, die vom NHS erbracht werden, vergibt.

Die öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung des NHS wird vor allem durch Hausärzte, die die erste Anlaufstelle für die primärärztliche Versorgung sind, und fachärztliche und hochspezialisierte Versorgung wird durch die in öffentlichen Krankenhäusern angestellten Ärzte und Krankenpfleger erbracht.[154] Hausärzte agieren als *gatekeeper* für die fachärztliche und hochspezialisierte Versorgung. Ein Teil der öffentlich finanzierten Versorgung wird auch von privaten und gemeinnützigen Anbietern geleistet.

3.2. Primärversorgung

Die Primärversorgung erfolgt in England zumeist durch Versorgungsteams in niedergelassenen Hausarztpraxen oder Gesundheitszentren. Diese Teams setzen sich aus Allgemeinmedizinerinnen, *practice nurses* und anderen Gesundheitsfachkräften zusammen. Die meisten Hausärzte sind unabhängige Vertragspartner, die als Selbständige oder Partner eine Gemeinschaftspraxis führen. Bei dem Fachpersonal, das direkt bei Arztpraxen angestellt ist oder mit diesen zusammenarbeitet, handelt es sich beispielsweise um *practice nurses*, Hebammen, Gesundheitsberater, Physiotherapeuten oder Podologen sowie Praxismanager und andere Mitarbeiter, die sich um den administrativen Bereich kümmern.

Die meisten Hausärzte arbeiten auf Basis des *General Medical Services*-Vertrags (GMS), der auf Landesebene zwischen *NHS Employers* und dem *General Practitioners Committee* der *British Medical Association* abgeschlossen wird. Der *NHS Employers* handelt dabei im Auftrag des *NHS England*, der für die Ausarbeitung von Verträgen für die medizinische Primärversorgung verantwortlich ist.[155] Der GMS deckt die Basisfinanzierung (*global sum*) der Hausarztpraxen ab, die die Bereitstellung der routinemäßigen primärmedizinischen Leistungen für alle in der Praxis registrierten Patienten vergütet; das *Quality and Outcomes Framework* (QOF), eine freiwillige pay-for-performance-Vereinbarung, welche medizinische Leistungen wie auch Leistungen der öffentlichen Gesundheit abdeckt; sowie die sogenannten *enhanced services*, dies sind Versorgungsleistungen, die Praxen wahlweise bereitstellen können.[156]

Die Basisfinanzierung erfolgt auf Basis einer Pro-Kopf-Pauschale, die je nach Gesundheitsbedürfnissen der Patientenpopulation variiert. Dabei wird zwischen notwendigen (*essential*) und zusätzlichen Leistungen unterschieden. Notwendige Versorgungsleistungen umfassen das Patientenmanagement einschließlich der Versorgung chronisch kranker und Palliativ-Patienten. Zu den zusätzlichen Leistungen, die Arztpraxen anbieten können (und dies in der Regel auch tun) gehören die Gebärmutterhalskrebsvorsorge, die Empfängnisverhütung, Impfungen, die Gesundheitsvorsorge für Kinder, die Schwangerschaftsvorsorge und kleinere chirurgische Eingriffe. Die Pauschalen basieren auf Faktoren, die Einfluss auf die Arbeitsbelastung in der Praxis haben, wie zum Beispiel die demografische Zusammensetzung, das Morbiditäts- und Mortalitätsprofil der zu versorgenden Bevölkerung, die Besiedlungsdichte sowie Lebenshaltungskosten.[157] Im Jahr 2012 hatten etwas mehr als die Hälfte der Arztpraxen (und 51 Prozent der in einer Einzelpraxis praktizierenden Ärzte) GMS-Verträge.[155] Über 40 Prozent der Praxen arbeiteten auf der Basis von *Personal Medical Services* (PMS)-Verträgen. Diese Verträge wurden 1998 eingeführt und werden zwischen NHS England und einzelnen Arztpraxen abgeschlossen. PMS-Vertragsvereinbarungen ermöglichen es, spezifische regionale Bedürfnisse im Gesundheitswesen zu berücksichtigen, indem Anbieter die Dienstleistungen und Zahlungen selbst verhandeln können.[158] Die verhandelten Vereinbarungen im Rahmen der PMS-Verträge werden derzeit geprüft. [159]

Das *Quality and Outcomes Framework* (QOF) wurde im Jahr 2004 mit dem Ziel eingeführt, die Qualität der Versorgung durch eine leistungsorientierte Vergütung zu verbessern.[160] Das QOF basiert auf einem System von Indikatoren, die seit 2009 vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) erarbeitet und jährlich aktualisiert werden. Die QOF-Indikatoren decken vier Hauptbereiche ab: klinische Versorgung (z. B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck), Prävention und Vorsorge (z. B. Krebsvorsorge, Versorgungsleistungen im Bereich der Empfängnisverhütung), Qualität und Produktivität (d. h. organisatorische Indikatoren) und Patientenerfahrung (auf Basis der Wartezeit für einen Routinearzttermin). Die Qualität der Versorgung wird auf Grundlage dieser Indikatoren bewertet und Praxen werden, je nachdem, wie viele Punkte sie für jeden Indikator erzielen, finanziell vergütet.[160]

Die im Jahr 2008 eingeführten *enhanced services* werden als primärärztliche Versorgungsleistungen definiert, die zusätzliche Leistungen oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Teile einer Leistung, die ein erweitertes Leistungsspektrum erfordern, beinhalten.[161] Diese werden von *NHS England* vergeben. Dazu gehören klinische Leistungen wie kleinere chirurgische Eingriffe, aber auch organisatorische Leistungen, wie die Verlängerung der Öffnungszeiten der Praxis. Die QOF-Indikatoren und die Liste der erweiterten Leistungen werden jedes Jahr aktualisiert und können sowohl im Rahmen des GMS als auch der PMS-Verträge vereinbart werden.

3.2.1. Charakteristika primärärztlicher Praxen

Im Jahr 2012 gab es rund 8.090 primärärztliche Praxen in England mit 55,7 Millionen registrierten Patienten.[158] Im Durchschnitt sind 6.890 Patienten in einer Hausarztpraxis registriert. Diese Anzahl variiert nach Region, wobei das südliche Zentralengland im Durchschnitt die höchsten Patientenzahlen pro Praxis hat (8.760), der Nordwesten die niedrigsten (5.993).[39] Mehr als die Hälfte der Praxen (57 Prozent) besteht aus vier oder mehr Allgemeinmedizinern, während 18 Prozent als Einzelpraxis (ohne Partner) betrieben werden. Es ist möglich, dass Einzelpraxen weitere Ärzte anstellen; nur 10 Prozent der Praxen arbeiten mit nur einem Allgemeinmediziner. Praxen, die unter dem GMS-Vertrag arbeiten, haben im Durchschnitt 1.570 registrierte Patienten pro Allgemeinmediziner.

Abbildung 3 stellt die Zahl der Angestellten in Hausarztpraxen seit dem Jahr 2002 dar. Es zeigt sich, dass die Zahl der *practice nurse*-Vollzeitäquivalente seit dem Jahr 2010 relativ stabil geblieben ist; im Jahr 2012 waren es 14.695. Die Vollzeitäquivalente anderer Mitarbeitergruppen, die von den Praxen in der direkten Patientenversorgung (einschließlich Gesundheitspflegeassistenten) beschäftigt sind, ist jedoch seit dem Jahr 2010 deutlich gestiegen (bis zum Jahr 2012 um mehr als 18 Prozent auf 8.327).

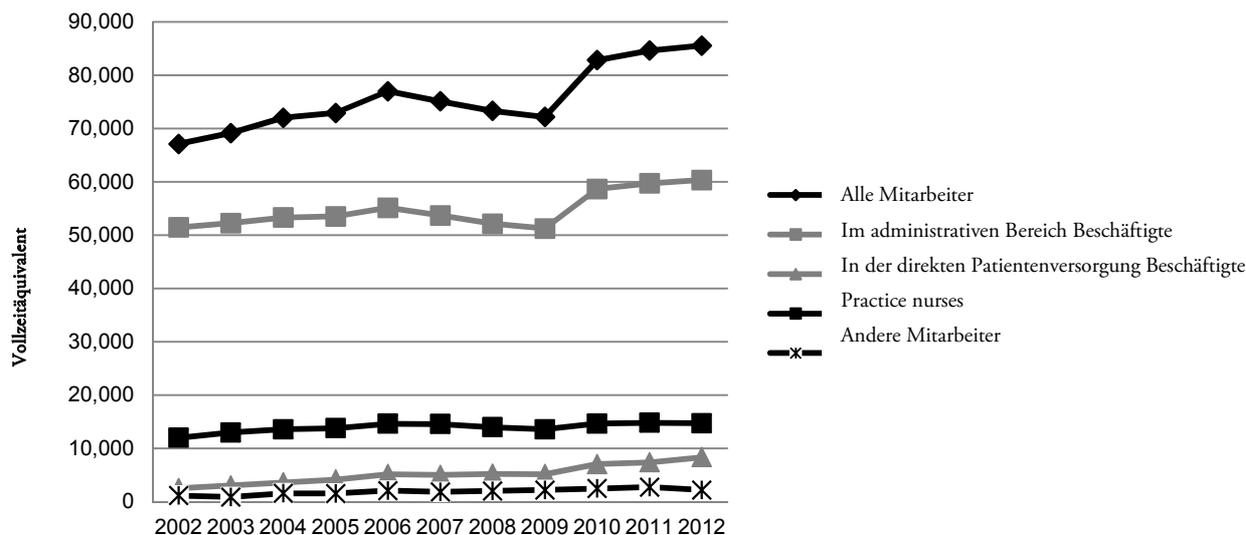


Abbildung 3 Beschäftigte in primärärztlichen Praxen in England am 30. September 2012 (nach Berufskategorie getrennt)

Hinweis: Seit 2012 gab es eine Änderung in der Datenerhebung; Daten für den Zeitraum 2010-2012 wurden auf Praxisebene und nicht auf der Ebene der Primary Care Trusts (PCT) gesammelt.

Quelle: The Health and Social Care Information Centre (2013)[116]

3.2.2. Beschäftigte in der primärärztlichen Praxis

Die Zahl der Allgemeinmediziner ist in den vergangenen zehn Jahren (zwischen 2003 und 2013) um 17 Prozent (5.203 Vollzeitäquivalente) angestiegen (Abbildung 4).[39] Die Zahl der angestellten Ärzte und anderer praktizierender Ärzte hat sich im gleichen Zeitraum um 7.441 auf 9.153 erhöht. Dies deutet auf einen seit der Einführung des neuen Vertrags für Allgemeinmediziner im April 2004 anhaltenden Trend weg von der Selbständigkeit in Richtung Angestelltenverhältnis .[158]

Seit dem Jahr 2007 hat sich aber die Wachstumsrate im Vergleich zu der von Ärzten anderer Fachrichtungen verlangsamt. Deren Zahl hat sich zwischen 2003 und 2013 um 43 Prozent erhöht.[113] Die Wachstumsrate betrug zwischen 2012 und 2013 0,1 Prozent für Allgemeinmediziner und 2,0 Prozent für Ärzte anderer Fachrichtungen.[39] *Health Education England* (siehe unten) hat eine Reihe von Faktoren identifiziert, die das Anwachsen der Ärztezahl in der primärärztlichen Praxis weiter verlangsamen wird. Hierzu gehören längere Ausbildungszeiten, das Altern der Ärzteschaft und die *work-life-balance* für jüngere Ärzte. Auch wenn es keine zentral vorgegebenen Ziele bezüglich einer Erhöhung der Zahl von Primärärzten gibt, herrscht Konsens darüber, dass eine erhebliche Steigerung erforderlich ist. *Health Education England* geht davon aus, dass sich 50 Prozent der Medizinstudierenden für die Allgemeinmedizin entscheiden müssten, um die zukünftige primärärztliche Versorgung sicherzustellen.[46] Dies bedeutet, dass bis zum Jahr 2015 etwa 3.250 Weiterbildungsplätze für die Allgemeinmedizin bereitgestellt werden müssten. Laut *Local Education and Training Boards* (LETB, siehe unten) sind zusätzliche 222 Plätze erforderlich, selbst wenn kein weiterer Anstieg der Zahl der Allgemeinmediziner geplant ist.

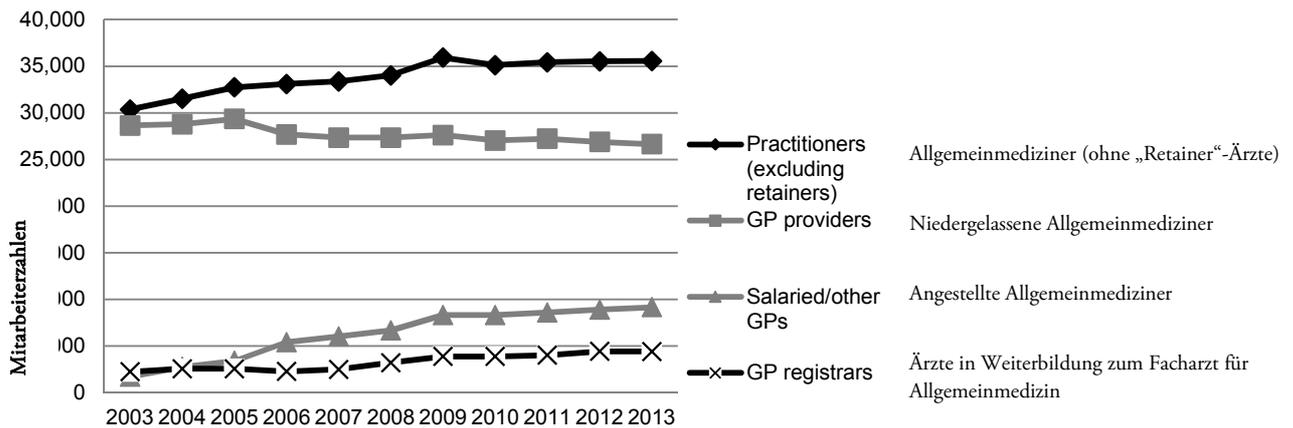


Abbildung 4 Allgemeinmediziner in England, 2003-2013

Hinweis: Seit 2010 wird eine neue Methode verwendet, um die Anzahl der Mitarbeiter festzustellen. Diese wird als strikter angesehen und lässt einen direkten Vergleich mit früheren Jahren nicht zu. „Retainer“-Ärzte sind Praktiker, die von einer Hausarztpraxis beschäftigt werden und nur eine begrenzte Anzahl von Einheiten pro Woche in der Hausarztpraxis arbeiten dürfen (bis zu vier Trainingseinheiten pro Woche).

Quelle: Health and Social Care Information Centre (2014)[39]

Die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin hat sich mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 7 Prozent zwischen 2002 (2.235) und 2013 (4.404) mehr als verdoppelt. Ein wachsender Anteil diese Ärzte ist weiblich, bei den unter 30-Jährigen ist das die Mehrheit (61 Prozent). Das spiegelt sich in der veränderten Zusammensetzung des ärztlichen Personals wider. Unter den Ärzten über 50 Jahre machen Männer noch immer 72 Prozent aus.[158]

3.2.3. Regionale Verteilung der Hausärzte

In England kamen im Jahr 2012 im Durchschnitt 66,9 Hausärzte (Vollzeitäquivalente) auf 100.000 Einwohner. Allerdings gibt es erhebliche geografische Unterschiede, die von 53 bis zu 89 Ärzten je 100.000 Einwohner reichen. Ländliche Gebiete haben in der Regel eine höhere Dichte, während eher städtische Gebiete tendenziell weniger Allgemeinmediziner pro Einwohner haben. Die niedrigste Dichte findet sich in den östlichen Midlands und im Osten von England.[39] Diese Regionen weisen im Vergleich zu anderen englischen Regionen eine höhere Gesamt mortalität, eine höhere vermeidbare Sterberate sowie eine kürzere Lebenserwartung aus.[162]

Ähnliche Unterschiede finden sich in der geografischen Verteilung von angestellten *practice nurses*. Die Anzahl, berechnet auf 1.000 Einwohner, variierte im Jahr 2012 zwischen 0,16 und 0,41. Auch hier ist die Dichte in städtischen Gebieten tendenziell niedriger als auf dem Land. Darüber hinaus unterscheiden sich die Gebiete auch in Bezug auf den vorherrschenden Praxistyp, wobei der Anteil an Praxen, die von einem oder zwei Ärzten geführt werden, in städtischen Gebieten meist höher ist.

3.2.4. Konzepte für die Bereitstellung von Arbeitskräften in der Primärversorgung auf nationaler und regionaler Ebene

In England wurde die Zuständigkeit für die Planung der Gesundheitsberufe und die Organisation der medizinischen Aus- und Weiterbildung für alle Gesundheitsberufe an *Health Education England* (HEE) übertragen.[163] Damit übernimmt zum ersten Mal eine einzige Behörde die Arbeitskräfteplanung.

Entscheidungen werden nicht, wie zuvor, weitgehend aus der Perspektive einer einzelnen Berufsgruppe getroffen.[46] *Health Education England* wurde im Juni 2012 als Sondergesundheitsbehörde gegründet und übernahm bereits einige Aufgaben im Oktober desselben Jahres. Im April 2014 übernahm die Behörde die volle operative Zuständigkeit. HEE ist landesweit für die Planung und Entwicklung aller im Gesundheitswesen beschäftigten Arbeitskräfte zuständig. Das ausdrückliche Ziel ist eine qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung, die auf die sich verändernden Bedürfnisse von Patienten und Bevölkerung zugeschnitten ist und den Standards der Aufsichtsbehörden entspricht.[46] Auf regionaler Ebene gibt es 13 *Local Education and Training Boards* (LETB), die für die Aus- und Weiterbildung der in ihrem Gebiet arbeitenden (klinischen und nicht klinischen) NHS-Mitarbeiter verantwortlich sind. LETB haben die Aufgabe, die Qualität der Aus- und Weiterbildung zu verbessern, um den Bedürfnissen der Patienten, der Öffentlichkeit und der Versorger in ihrer Region gerecht zu werden. Aufsichtsbehörde ist *Health Education England*.

Health Education England veröffentlichte im Jahr 2013 die erste landesweite Arbeitskräfteplanung im Gesundheitswesen.[164] Planungsziele wurden vorerst unter Berücksichtigung des besonderen prognostizierten Bedarfs an Allgemeinmedizinern, bislang hauptsächlich im Hinblick auf die Angebotsseite (z.B. Pensionsalter, aktueller Bestand), festgelegt. Die Annahme, dass die Hälfte der Medizinstudierenden sich für die Allgemeinmedizin entscheiden müsste, um den Bedarf in diesem Bereich zu decken, basiert auf einer eingehenden Untersuchung des Arbeitskräftepotenzials in der Allgemeinmedizin. Diese wurde, bevor das HEE die komplette operative Verantwortung für die Personalplanung übernahm, vom *Centre for Workforce Intelligence* im Auftrag von *Health Education England*, dem Gesundheitsministerium, dem *Royal College of General Practitioners* und einigen weiteren Organisationen erstellt.[165] Das *Centre for Workforce Intelligence* ist Englands Autorität auf dem Gebiet der Arbeitskräfteplanung und -entwicklung, versorgt das Gesundheitssystem mit Informationen und spricht Empfehlungen aus. Das Zentrum stellt fest, dass zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Bereitstellung von Gesundheitspersonal notwendig sind, so zum Beispiel Maßnahmen zur attraktiveren Gestaltung der Allgemeinmedizin als Berufswahl für Medizinstudierende.[165]

Anreizsysteme für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten

England hat vor allem versucht, durch finanzielle Anreize die Anwerbung von Allgemeinmedizinern in unterversorgten Gebieten zu verbessern. So wurden im Jahr 1990 für jeden Patienten, der in einem ausgewiesenen unterversorgten Gebiet lebt, mit dem *General Medical Services*-Vertrag zusätzliche Pauschalzahlungen eingeführt. Die Zahlungen wurden auf Basis des Jarman-Index für deprivierte Gebiete berechnet und zielten darauf ab, niedergelassene Ärzte für die erhöhte Arbeitsbelastung zu entschädigen.[166] Dieser Ansatz stieß allerdings im Laufe der Zeit auf Kritik und so wurde in einer Revision des *General Medical Services*-Vertrag aus dem Jahr 2004 eine neue Berechnung eingeführt, die auch Unterschiede in der betroffenen Bevölkerung und regionsspezifische Faktoren, wie beispielsweise höhere Praxiskosten in ländlichen Gebieten, berücksichtigt.[120] Es scheint, dass auch dieser Berechnungsansatz kritisiert wird, und so ist anzunehmen, dass es diesbezüglich im Jahr 2015 zu weiteren Verbesserungen kommen wird.[167] Ein weiterer Anreiz, in unterversorgten und ländlichen Gebieten zu praktizieren, liegt in dem zusätzlichen Einkommen, welches niedergelassene Ärzte durch Medikamentenabgabe erzielen können. Primärärzte, die in schwer erreichbaren und ländlichen Gebieten

praktizieren (was basierend auf der Entfernung zur nächstgelegenen Apotheke festgelegt wird), können sich um die Berechtigung, Medikamente abgeben zu dürfen, bewerben und erhalten im Gegenzug dafür eine zusätzliche Vergütung für diese Tätigkeit. Die Höhe dieser Vergütung ist in den letzten Jahren allerdings zurückgegangen.[168] Im Jahr 2012 hatten 1.096 (13,6 Prozent) der englischen Praxen eine Medikamentenabgabeberechtigung.[39]

Eine weitere finanzielle Initiative des NHS war das 2001 eingeführte *golden hello*, eine Einmalzahlung von zunächst 5.000 und später 7.000 Pfund an niedergelassene Ärzte bei Antritt einer Stelle in einem unterversorgten Gebiet. Diese Zahlungen wurde jedoch im Jahr 2005 eingestellt.[133] Des Weiteren wurde im Jahr 2000 der *NHS Local Improvement Finance Trust* gegründet, der die Verbesserung primärärztlicher Praxen und die Niederlassung in unterversorgten Gebieten (insbesondere in städtischen Problemvierteln) durch zinsgünstige Darlehen unterstützen sollte.[120, 169]

Auch die oben erwähnten *Personal Medical Service*-Verträge (siehe oben) waren in der Pilotphase als Maßnahme konzipiert, flexiblere und attraktivere Arbeitsplätze zu schaffen und die Anwerbung in unterversorgte Gebiete zu verbessern. Diese Strategie war anfangs erfolgreich, aber mit der landesweiten Ausdehnung der Verträge ging das Potenzial für die Anwerbung in unterversorgten Gebieten zurück.[120]

3.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung

Der *General Medical Council* (GMC) ist die unabhängige Regulierungsbehörde für Ärzte im Vereinigten Königreich. Er erfüllt seine Aufgaben durch die:

- Aufsicht über das medizinische Register,
- Erlassung von Standards für medizinische Fakultäten und für die Weiterbildung zum Facharzt,
- Festlegung der Grundsätze und Werte der medizinischen Praxis und Ergreifung von Maßnahmen, wenn von diesen abgewichen wird.

Obwohl im Vereinigten Königreich die gesundheitliche Versorgung in den vier Ländern (England, Nordirland, Schottland und Wales) separat geregelt wird, hat der GMC die Verantwortung für die gesamte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte im Vereinigten Königreich. Der GMC wurde durch den *Medical Act* von 1858 geschaffen und verfügt über umfangreiche rechtliche Befugnisse, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

3.3.1. Zulassung als Arzt

Um im Vereinigten Königreich als Arzt arbeiten zu können, sei es im Rahmen des NHS oder im privaten Sektor, müssen Ärzte beim GMC registriert sein und über eine Zulassung zur selbständigen Ausübung des Arztberufs verfügen. Zugelassene Ärzte sind rechtlich befugt, Medikamente zu verschreiben und gesetzlichen Zwecken dienende Bescheinigungen (z. B. Sterbeurkunden) auszufertigen.[170] Die Zulassung ist für Ärzte aller Fachrichtungen identisch. Es ist möglich, ohne die Zulassung registriert zu werden. Ärzte, die nicht im Vereinigten Königreich arbeiten oder keine Tätigkeiten wie das Verschreiben

von Medikamenten ausüben, benötigen keine Zulassung. Im Jahr 2012 hatten rund 6 Prozent (16.315) der im medizinischen Register eingetragenen 252.533 Ärzte keine Zulassung.

3.3.2. Revalidierung

Das aktuelle Revalidierungssystem trat im Dezember 2012 in Kraft und verpflichtet Ärzte, in regelmäßigen Abständen nachzuweisen, dass sie auf dem neuesten Stand und praxistauglich sind. Alle zugelassenen Ärzte müssen sich in der Regel alle fünf Jahre diesem Revalidierungsprozess unterziehen. Ärzte sind verpflichtet, die notwendigen Dokumente für die jährlichen Bewertungen zusammenzutragen.[171] Das Gutachten wird gemäß einem vom GMC veröffentlichten Rahmen ausgearbeitet.[170] Dieser Rahmen behandelt vier Hauptbereiche: Wissen, Fähigkeiten und Leistung, Sicherheit und Qualität, Kommunikation, Partnerschaft und Teamarbeit; und Vertrauensbildung.

3.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

3.4.1. Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Abbildung 5 gibt eine Übersicht über den Aus- und Weiterbildungsweg für Allgemeinmedizin in England. In der Regel dauert die Aus- und Weiterbildung von der Zulassung zum Medizinstudium bis zum Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zwischen neun und elf Jahren. Die Dauer der Facharztausbildung unterscheidet sich von der in Allgemeinmedizin und anderen Fachrichtungen.

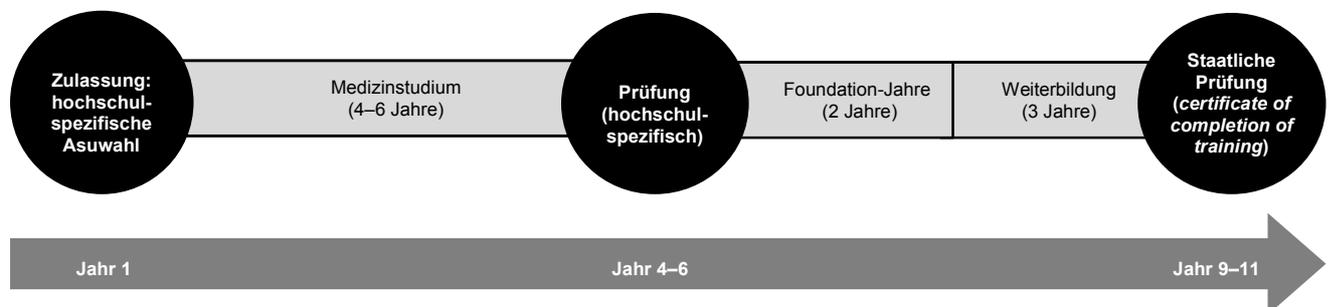


Abbildung 5 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in England

Hinweis: Die angegebenen Zeiten sind Richtwerte und basieren auf der Annahme, dass es zu keinen Fehlzeiten oder anderen Abweichungen kommt.

Quelle: Adaptiert von Shape of Training (2013)[172]

Medizinstudium

Der Hochschulabschluss in Medizin muss durch eine medizinische Fakultät vergeben werden; dies geschieht in der Regel nach einem fünfjährigen Studium. Es gibt auch kürzere vierjährige Programme sowie längere sechsjährige Programme. Letztere dienen dem Erwerb eines zusätzlichen BSc oder sind Teil eines Programms mit erweitertem Zugang zum Medizinstudium. Der GMC entscheidet, welche medizinischen Fakultäten medizinische Qualifikationen oder den medizinischen Bachelor vergeben dürfen. Derzeit gibt es in England 26 medizinische Fakultäten. Das Dokument *Tomorrow's Doctors*, das

der GMC im Jahr 2009 veröffentlicht hat, beschreibt die Standards und Zielsetzungen für Zulassung, Lehrplangestaltung sowie Bewertung des Medizinstudiums.[173]

Zulassung zum Medizinstudium

Medizinische Fakultäten legen selbständig die Kriterien und Verfahren für die Zulassung zum Medizinstudium fest. Sie sind aber dem GMC gegenüber dafür verantwortlich, dass das Zulassungsverfahren fair, transparent und objektiv ist.[173] Der *Medical Schools Council* stellt ebenfalls Leitlinien für die Zulassung bereit, wobei er sich auf *Tomorrow's Doctors* und den *Schwartz Report* (ein unabhängiges Gutachten über die Zulassung zur Hochschulausbildung in England) stützt.[174] Die von uns für diese Studie befragten Experten merkten an, dass es wichtig sei, innerhalb dieser Leitlinien den einzelnen medizinischen Fakultäten die individuelle Gestaltung der Zulassungsanforderungen und -verfahren zu überlassen, auch wenn einige Akteure sich für eine Harmonisierung bei der Zulassung aussprechen (IntEN04). Medizinische Fakultäten können von Bewerbern die Teilnahme an standardisierten Tests wie dem *UK Clinical Aptitude Test* (UKCAT) oder dem *Biomedical Admissions Test* (BMAT) fordern. Der *UK Clinical Aptitude Test* zielt darauf ab, die Eignung für die klinische Arbeit, aber nicht unbedingt die akademische Leistung als solche zu testen, indem eine Reihe von Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die für Ärzte und Zahnärzte wichtig sind, geprüft werden. Der *Biomedical Admissions Test* ist eine fachspezifische Prüfung, die Eignung, Fähigkeiten, wissenschaftliche Kenntnisse sowie deren Anwendung beurteilt.[175]

Die Anzahl der Studienplätze an medizin- und zahnmedizinischen Fakultäten wird durch das Gesundheitsministerium und den *Higher Education Funding Council for England* (HEFCE) festgelegt.[176] Das Gesundheitsministerium bestimmt die Gesamtzahl der Plätze, während das HEFCE die Zuteilung der Plätze zu den einzelnen Fakultäten übernimmt. Von den späten 1990er Jahren bis 2005/2006 wurde eine Reihe von Maßnahmen eingeführt, um die jährliche Anzahl an Medizinstudierenden zu erhöhen. Dazu zählten die Einrichtung neuer medizinischer Fakultäten, die Erhöhung der Gesamtaufnahmezahlen und die Einführung von Programmen für Bewerber mit Hochschulabschluss (*graduate entry programmes*).[176] Zwischen 2005/2006 und 2011/2012 blieb die als Ziel festgelegte Gesamtzahl der Medizinstudierenden in England mit insgesamt 6.195 Studierenden konstant, wengleich diese Zahl in der Praxis jedes Jahr um rund 200–300 Studierenden überschritten wurde. Eine im Jahr 2012 veröffentlichte Untersuchung der Zulassungszahlen empfahl, diese ab 2013 um jährlich 2 Prozent zu kürzen, wobei ebenfalls vorgeschlagen wurde, diese Maßnahme in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.[52] Die Autoren der Untersuchung arbeiteten mit dem *Centre for Workforce Intelligence* an der Entwicklung eines verlässlichen Modells für medizinische und zahnmedizinische Arbeitskräfte. Man war sich der Schwierigkeiten bei der Prognostizierung des Arbeitskräftebedarfs jedoch bewusst, insbesondere wenn diese langwierige Ausbildungszeiten wie im Falle des Medizinstudiums einschließt.[177]

Der HEFCE kann gegen Institutionen, die das Zulassungsziel überschreiten, aktiv werden. Die für unsere Studie befragten Experten hatten unterschiedliche Auffassungen darüber, inwiefern entsprechende Maßnahmen wirksam seien (IntEN01, IntEN03). Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass der Druck in den vergangenen Jahren gestiegen ist und sich die Einhaltung der vorgegebenen Zielwerte verbessert hat.[52] Aus Sicht der Fakultäten gibt es dennoch einige Probleme hinsichtlich der Erfüllung der Aufnahmequote:

Die medizinischen Fakultäten dürfen nur eine vorgegebene Anzahl von Studierenden zulassen. Aber Studierende bewerben sich in der Regel jedoch bei mehreren Fakultäten und sie teilen ihre Wahl erst dann mit, wenn sie sich [für eine Universität] entschieden haben. Das bedeutet, dass die Fakultäten mehr Plätze anbieten, als sie tatsächlich zur Verfügung haben, da sie sonst Bewerber verlieren würden. Es ist eine Art „dunkle Kunst“, aber die Fakultäten scheinen dies irgendwie hinzubekommen. Die Anzahl der Studierenden pro Jahr variiert etwas, aber es wird recht problematisch, wenn die Zulassungszahl überschritten wird. Dies war in den vergangenen Jahren in der Tat bei einigen Fakultäten der Fall. Diese sind dann ziemlich unter Druck geraten. (IntEN01)

Erhöhte Aufnahmezahlen stellen für die weiteren Phasen der medizinischen Aus- und Weiterbildung eine Herausforderung dar. So war die Anzahl der Bewerbungen für die Plätze im Rahmen des *Foundation Programme* regelmäßig zu hoch (IntEN03) und es mussten zusätzliche Plätze geschaffen werden, um der staatlichen Verpflichtung, allen qualifizierten Absolventen von britischen medizinischen Fakultäten einen Platz im *Foundation Programme* zur Verfügung zu stellen, nachzukommen.[178] Während sich die Einhaltung der vorgegebenen Zahlen an den Fakultäten verbessert zu haben scheint, muss bedacht werden, dass in den kommenden Jahren weitere private medizinische Fakultäten gegründet werden. Diese sind nicht an die vom Gesundheitsministerium und HEFCE festgelegten Zulassungszahlen gebunden.

Lehrplan

Tomorrow's Doctors beschreibt die Anforderungen für die Ausbildung von Medizinern.[173] Die medizinischen Fakultäten sind dafür zuständig, einen Lehrplan und Prüfungsverfahren zu entwickeln, die den Standards und Zielsetzungen von *Tomorrow's Doctors* und EU-Richtlinien entsprechen. Der GMC beschreibt drei Bereiche:

- (i) Der Arzt als Gelehrter und Wissenschaftler
- (ii) Der Arzt als Praktiker
- (iii) Der Arzt als Experte

Jedem dieser Bereiche sind bestimmte Zielsetzungen zugeordnet; für den ersten Bereich, der Arzt als Gelehrter und Wissenschaftler, gibt es beispielsweise fünf Zielsetzungen, die ihrerseits mehrere Unteraspekte abdecken. Wie diese spezifischen Ergebnisse erreicht werden, können die Fakultäten im Rahmen ihrer individuellen Lehrpläne festlegen.

Traditionell war an den Fakultäten die vorklinische von der klinischen Lehre getrennt. Obwohl einige Fakultäten im Wesentlichen dieses Modell beibehalten haben, gehen andere zunehmend dazu über, bereits früh in der Ausbildung Patientenkontakte zu integrieren. Dieser Trend wird vom GMC unterstützt. *Tomorrow's Doctors* schreibt diesbezüglich vor, dass der Lehrplan durchgehend praktische Arbeit mit Patienten vorsehen sollte, um so Absolventen besser auf ihre zukünftige Tätigkeit vorzubereiten.[173] Während sich alle medizinischen Fakultäten an die vom GMC festgelegten Grundsätze und Qualitätssicherungsstandards halten müssen, können zwischen den Universitäten erhebliche Unterschiede in der Form und Umsetzung der Lehrpläne bestehen. So bieten beispielsweise einige Fakultäten das problemorientierte Lernen an oder stellen nichtklinische Materialien im Rahmen

der klinischen Praxis bereit. Andere verwenden systemorientierte, integrierte Lehrpläne, in denen klinische Kontakte frühzeitig eingeführt und sich die vollklinische Ausbildung über die ersten zwei Jahre hinaus verlängert. Wieder andere halten an einem Format fest, das im Wesentlichen auf der eher traditionellen Trennung in vorklinische und klinische Ausbildung aufbaut.[179] Ein für diese Studie befragter Experte erklärte, dass Lehrpläne verstärkt Wert auf frühen Patientenkontakt und Erfahrung im Bereich der primärärztlichen Versorgung legen:

Sie sind nicht dazu verpflichtet, aber alle medizinischen Fakultäten haben Praktika in der ambulanten Versorgung eingeführt; der GMC setzt sich dafür ein, dass Studierende die primärärztliche Versorgung verstehen und erleben, da ein Großteil der medizinischen Versorgung hier stattfindet, und hier leben die Leute. Es ist ziemlich schwierig zu rechtfertigen, warum solche Erfahrungen nicht angeboten werden; dies ist ein Thema, das *Tomorrow's Doctor* sehr, sehr deutlich hervorhebt. Die Primärversorgung hat einen hohen Stellenwert im Lehrplan, und dies kommt vom GMC. (IntEN01)

Die Veröffentlichung und die Umsetzung der Grundsätze von *Tomorrow's Doctors* hatte auf die Lehrplangestaltung im Vereinigten Königreich einen großen Einfluss, insbesondere auf den Anteil der medizinischen Ausbildung, der von Instituten für Allgemeinmedizin und verwandten Disziplinen durchgeführt wird sowie auf das *setting* der Ausbildung, mit einer zunehmenden Verlagerung in ambulante Einrichtungen.[180] Trotzdem gibt es erhebliche Unterschiede in der Wahl der Absolventen der unterschiedlichen Fakultäten in Bezug auf die Fachrichtung. In einer im Jahr 2011 veröffentlichten Studie gaben nur 11,9 Prozent der Absolventen der Universitäten Oxford oder Cambridge an, eine Laufbahn als Hausarzt anzustreben.[181] Neu etablierte Fakultäten für Medizin (27,6 Prozent) und Fakultäten außerhalb von London (23,3 Prozent) schienen einen größeren Anteil an Absolventen zu haben, die eine Laufbahn als Hausarzt einschlagen wollen. Diese Unterschiede sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass das Medizinstudium in Cambridge und Oxford eine stärker naturwissenschaftliche Ausrichtung hat. Andererseits ist es auch möglich, dass andere Fakultäten, vor allem junge Fakultäten für Medizin, die Allgemeinmedizin als attraktive Berufswahl wirksamer darstellen.[182]

Tomorrow's Doctors beschreibt auch die Anforderungen, die NHS-Einrichtungen erfüllen müssen, wie die Bereitstellung von Personal, Einrichtungen und praktische Unterstützung für die klinischen Aspekte des Lehrplans. Allerdings hängt es von den einzelnen Fakultäten ab, wie weit diese Aspekte in den Lehrplan eingebaut werden. Änderungen in der Finanzierung haben es erleichtert, Allgemeinmediziner für Lehraufträge zu gewinnen (siehe auch unten). Trotzdem hängt das Ausbildungssystem nach wie vor vom Engagement einzelner Ärzte ab, was eine Herausforderung für die Beständigkeit der Lehre und der Betreuung sowie für das Gleichgewicht zwischen Qualitätssicherung und einer ausreichenden Anzahl von Lehrbeauftragten darstellt (IntEN01).

Prüfung

Tomorrow's Doctors legt ebenfalls die Grundsätze für die medizinische Prüfung fest, lässt aber auch hier den Fakultäten die Möglichkeit, Anforderungen individuell zu gestalten. Dies beinhaltet im Wesentlichen das Demonstrieren der in *Tomorrow's Doctors* festgelegten Zielvorgaben. Darüber hinaus schreibt der GMC vor, dass Prüfungen fristgerecht, verlässlich, stichhaltig, zuverlässig sowie fair zu sein haben; dass

Studierende über das Format der Prüfung informiert sind; dass Prüfer und Beisitzer entsprechend ausgewählt, geschult, unterstützt und bewertet werden; und dass die Bewertungskriterien den in der Gesetzgebung gegen Diskriminierung von behinderten Menschen festgelegten Anforderungen, entsprechen.[173] Fakultäten müssen die Erfüllung aller Anforderungen dokumentieren und führen darüber hinaus auch ihre eigene interne Qualitätssicherung durch (siehe Abschnitt 3.4.4). Es gibt derzeit keine einheitliche oder landesweite Abschlussprüfung für das Medizinstudium. Es gab Überlegungen, ob eine solche Prüfung im Vorfeld der ärztlichen Registrierung beim GMC sinnvoll wäre. Als Vorteil einer einheitlichen Regelung wurde die verbesserte Patientensicherheit genannt. Des Weiteren könnte eine solche Beurteilung auf sehr strengen und zuverlässigen Kriterien aufbauen.[67] Der *Medical Schools Council* hat ein Positionspapier veröffentlicht, in dem er Einwände gegen einen solchen Vorschlag vorbringt. Er argumentiert, dass eine solche Prüfung den Schwerpunkt in der Ausbildung zu mehr Wissensaneignung verschieben könnte, was wiederum zulasten der praktischen Erfahrung und der Anwendung von Wissen ginge.[67] Die von uns für diese Studie befragten Experten betonten, dass die Fakultäten die Autonomie in diesem Bereich beibehalten wollen (IntEN01, IntEN03).

Eine grundsätzliche Schwierigkeit für das derzeitige System liegt darin, dass Absolventen auf Grundlage des *Educational Performance Measure* bei der Bewerbung für die nächste Stufe der Ausbildung, das *Foundation Programme*, eingestuft werden müssen. Dabei werden drei Komponenten berücksichtigt, wobei die erzielten hochschulischen Leistungen am wichtigsten sind. Auf Basis mehrerer Prüfungen ordnen die Fakultäten die Absolventen einem Dezil der Studierenden zu.[183] Diese Rangordnung ist deshalb wichtig, da Studierende mit einem besseren Ranking eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, einen Platz im *Foundation Programme* ihrer Wahl zu bekommen. Die Abschlussprüfungen an medizinischen Fakultäten finden in der Regel aber erst im Frühsommer statt, zu spät, um die Prüfungsergebnisse für die Vergabe der *Foundation*-Plätze heranzuziehen. Stattdessen behilft man sich mit Beurteilungen früherer Jahre. Einer der von uns befragten Experten hat hierzu angemerkt, dass formativen Prüfungen nun eine größere summative Bedeutung zugeschrieben wird (IntEN01).

Foundation Programme

Nach dem Studienabschluss absolvieren die in der Ausbildung befindlichen Ärzte ein zweijähriges *Foundation Programme*. Das GMC setzt die Anforderungen und Ziele für die Weiterbildung sowie das *Foundation Programme* fest. Diese sind im *The Trainee Doktor* veröffentlicht.[78] Der Lehrplan für das *Foundation Programme* wurde in Anlehnung an die Vorgaben der *Academy of Medical Royal Colleges* (der Dachorganisation der 20 medizinischen Royal Colleges und medizinische Fakultäten im ganzen Vereinigten Königreich und in Irland), des englischen Gesundheitsministeriums sowie der dafür in den anderen Ländern des Vereinigten Königreiches zuständigen Stellen entwickelt.[73] Im jüngsten, im Jahr 2012 veröffentlichten und vom GMC genehmigten *Foundation*-Lehrplan sind die Ziele des *Foundation Programme* wie folgt beschrieben:

- Aufbauend auf der abgeschlossenen universitären Ausbildung soll jungen Ärzten Professionalität und die Vorrangstellung des Wohlergehens der Patienten nahegebracht werden, um eine sichere und wirksame Patientenversorgung bei akuten und chronischen Erkrankungen zu gewährleisten.
- Die Grund-Weiterbildung soll gewährleisten, dass, unabhängig von der weiteren Spezialisierung, *Foundation*-Ärzte bei der Behandlung von Patienten mit akuten oder chronischen

Gesundheitsproblemen eine Reihe von wichtigen persönlichen und klinischen Fähigkeiten erwerben und diese unter Beweis stellen.

- Junge Ärzte sollen Führungsqualitäten, Teamfähigkeit sowie die Fähigkeit, andere bei der Arbeit zu beaufsichtigen, entwickeln, um so eine Versorgung in multiprofessionellen Teams sicherzustellen; sie sollen ebenfalls befähigt werden, mit entsprechender Unterstützung unabhängige klinische Entscheidungen zu treffen.
- Jedem *Foundation*-Arzt soll die Berufswahl durch das Angebot verschiedenartiger Praktika erleichtert werden.

Das *Foundation Programme* soll, unabhängig von der endgültigen Berufswahl des einzelnen Arztes, sicherstellen, dass jeder Arzt die Versorgung im ambulanten Bereich versteht. Darüber hinaus soll der Mehrheit der Absolventen Praktikumsplätze in Einrichtungen der ambulanten hausärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen.

Zulassung zum *Foundation Programme*

Wie oben erwähnt, erfolgt die Zulassung zum *Foundation Programme* durch einen Auswahlprozess, in dem vor allem die im Medizinstudium erzielten Leistungen zählen. Des Weiteren gehen andere Leistungen, wie zum Beispiel wissenschaftliche Publikationen, in die Bewertung ein. Bewerber müssen außerdem einen *situational judgement test* bestehen. Über ein landesweit koordiniertes Online-Zulassungportal reichen die Bewerber ihre Bewerbung mit einer Präferenzangabe bei den Einrichtungen ein, die an dem *Foundation Programme* teilnehmen. Die Zahl der verfügbaren Plätze wird von jedem *Local Education and Training Board* auf Grundlage der Personalplanung des Gesundheitsministeriums festgelegt. In Bereichen, in denen es nicht genügend Plätze gibt, werden die Bewerber gemäß ihrer Gesamtpunktezahl zugelassen. Dies bedeutet, dass Bewerber mit besseren hochschulischen Leistungen im Medizinstudium eher einen Platz im *Foundation Programme* ihrer Wahl bekommen.[74] Zum Zeitpunkt der Zulassung zum *Foundation Programme* besitzen Ärzte eine Teilregistrierung beim GMC.

Lehrplan

Die Betonung der wohnortnahen Versorgung im *Foundation Programme* spiegelt eine zunehmende Schwerpunktsetzung auf die Behandlung von chronischen Krankheiten wider. Bis zum Jahr 2017 soll jeder Arzt im *Foundation Programme* ein Praktikum im ambulanten Sektor (*community placement*) absolvieren. Ein im Rahmen dieser Studie befragter Experte erklärte, dass es diesbezüglich derzeit große Unterschiede zwischen den einzelnen *Local Education and Training Boards* gebe. Diese Unterschiede hingen zum Teil mit der Finanzierung des Programms zusammen:

Als [die Verpflichtung für das *community placement*] eingeführt wurde, wurde eine 100-prozentige Finanzierung zugesagt, aber die Finanzierung war aber geringer und Praktika in der Primärversorgung erfordern die Vergütung der Ausbilder und als Ergebnis variiert die Anzahl der *community placements* zwischen den [*Local Education and Training Boards*]; der Nordwesten erreicht 100 Prozent [der Zielvorgabe], wir sind bei etwa 42 Prozent, und es gibt einige, die sind bei 10 Prozent oder 20 Prozent, und HEE [Higher Education England] sagt, dass, beginnend im Jahr 2017, glaube ich, 70 Prozent erreicht werden sollen. (IntEN03)

Im Jahr 2012 lag der Anteil von Ärzten mit Erfahrung in hausärztlicher Praxis bei 0,1 Prozent im ersten Foundation-Jahr und 40,7 Prozent im zweiten Foundation-Jahr. [74]

Der Lehrplan beschreibt den Inhalt der Lehrveranstaltungen und die Prüfungsmodalitäten für das erste und zweite Foundation-Jahr. Absolventen des ersten Foundation-Jahres sollen in die Lage versetzt werden, Verantwortung für die Patientenversorgung zu übernehmen und die an der Fakultät erlernten Fähigkeiten zu festigen. Im zweiten Jahr übernehmen Foundation-Ärzte zunehmend ärztliche Verantwortung und beginnen, Entscheidungen bezüglich der Patientenversorgung zu treffen. Das zweite Jahr dient auch dazu, die allgemeinen Fähigkeiten des Arztes zu stärken und zur Aus- und Weiterbildung anderer im Gesundheitssektor Beschäftigten (z.B. Pflegepersonal, Medizinstudierende und weniger erfahrene Ärzte) beizutragen.[106] Nach erfolgreichem Abschluss des ersten Foundation-Jahres kann die Ausbildungsstätte beim GMC die vollständige Registrierung des Arztes beantragen; der registrierte Arzt ist dann ermächtigt, Medikamente zu verschreiben. Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Foundation-Jahres ist der Arzt befähigt, die Weiterbildung zum Facharzt anzutreten.

Umsetzung des Foundation Programme

Die Foundation-Jahre beinhalten normalerweise jeweils drei viermonatige Rotationen in verschiedenen Fachrichtungen; in manchen Gebieten werden längere oder kürzere Rotationen von sechs- oder dreimonatiger Dauer angeboten. Im Jahr 2013 waren 91 Prozent der Rotationen im ersten Foundation-Jahr und 97 Prozent der Rotationen im zweiten Foundation-Jahr nach dem gängigen System (drei viermonatige Rotationen) organisiert.[72] Basierend auf Zahlen für das Vereinigte Königreich wurden im Jahr 2013 die meisten Rotationen im ersten Foundation-Jahr in der Chirurgie (79,6 Prozent), der Inneren Medizin (61,3 Prozent) und der Geriatrie (24 Prozent) absolviert. Im zweiten Foundation-Jahr waren die führenden Fachbereiche die Notfallmedizin (43 Prozent), die Allgemeinmedizin (40,7 Prozent) sowie die Trauma- und orthopädische Chirurgie (21,2 Prozent).[74]

Das gegenwärtige System wurde von den von uns befragten Experten im Hinblick auf die Allgemeinmedizin als problematisch angesehen. Ärzte im *Foundation Programme* müssen sich bereits zu Beginn des zweiten Foundation-Jahres für die Fachrichtung, die sie anstreben, entscheiden. Wie die oben genannten Zahlen belegen, absolviert die Mehrheit der Foundation-Ärzte die Rotation in Allgemeinmedizin jedoch erst im Laufe des zweiten Jahres. Ein Grund, warum die Fachrichtung Allgemeinmedizin üblicherweise erst im zweiten Jahr des *Foundation Programme* durchlaufen wird, ist, dass Ärzte erst nach Abschluss des ersten Foundation-Jahres dazu berechtigt sind, Medikamente zu verschreiben, dies aber notwendige Voraussetzung für das Praktizieren in der Primärversorgung ist (IntEN04).

Prüfung

Die Bewertung der erzielten Leistungen im *Foundation Programme* ist im Wesentlichen ergebnisorientiert. Laut Lehrplan hat eine formale Beurteilung der Lernerfolge am Ende jeder Rotation und am Ende des ersten sowie des zweiten Foundation-Jahres stattzufinden. Die im Lehrplan (entsprechend dem *The Trainee Doctor*) festgelegten Zielkriterien sind Mindestanforderungen. Es wird erwartet, dass Foundation-Ärzte diese Anforderungen übertreffen.[78] Die Bewertung erfolgt durch einen klinischen Ausbilder oder Dozenten auf Basis eines eingereichten Portfolios, des Feedbacks von leitenden Ärzten, der Team-

Einschätzung über das Verhalten, des Einsatzes bei Lehrveranstaltungen, des Verhaltens während der Praktika und eines zufriedenstellenden Nachweises der vom GMC geforderten Kernkompetenzen.[73] Die Beurteilung wird durch die Anwendung eines E-Logbuchs erleichtert.

Eine Variante des üblichen *Foundation Programms* ist das *Academic Foundation Programme* (AFP), das etwa 5 Prozent aller Foundation-Plätze ausmacht. Das *Academic Foundation Programme* bietet Foundation-Ärzten die Möglichkeit, neben den im regulären Programm erlernten Kernkompetenzen weitere Fähigkeiten im Bereich der Forschung und Lehre sowie im Management zu entwickeln. Die Ausgestaltung des *Academic Foundation Programme* wird in der Regel bei den verschiedenen Fakultäten, die diese Programme koordinieren, unterschiedlich gehandhabt. Durch die Hochschulbindung stehen Ärzten im *Academic Foundation Programme* zusätzliche Möglichkeiten zur Verfügung, wie zum Beispiel Forschungsmethodik oder Kurse in Statistik sowie die Möglichkeit, an der Lehre teilzunehmen.[184]

Verknüpfung der Aus- und Weiterbildung

Experten, die für diese Studie befragt wurden, äußerten Bedenken bezüglich eines Mangels an Koordination und Integration von medizinischer Ausbildung und ärztlicher Weiterbildung, von Medizinstudium und *Foundation Programme* sowie dem *Foundation Programme* und der Facharztweiterbildung. Beispielsweise gibt es derzeit keinen Informationsaustausch über Studierende zwischen den verschiedenen Phasen, so dass Probleme oder Bedenken, die eventuell während des Studiums aufgetreten sind, den entsprechenden Einrichtungen im *Foundation Programme* nicht bekannt sind. Ein von uns für diese Studie befragter Experte sprach sich für die Einführung eines *training passport* („Aus- und Weiterbildungspass“) aus, der den Studierenden während der gesamten Aus- und Weiterbildungszeit begleitet (IntEN03). Darüber hinaus wurde ein verbesserter Austausch zwischen Einrichtungen der medizinischen Versorgung und den für die Ausbildung verantwortlichen Organisationen angesprochen, um sicherzustellen, dass Studierende besser auf den aktuellen Versorgungsbedarf vorbereitet werden. Die Etablierung des *Health Education England* und die Rolle der *Local Education and Training Boards* in der Bedarfsplanung wurden diesbezüglich als vielversprechende Ansätze angesehen (IntEN02). Aus der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur, die sich mit diesem Thema befasst hat, geht hervor, dass diese Übergangphasen als kritische Lernzeiten berücksichtigt werden sollten und dass die Erfahrungen damit, inwieweit Studierende in diesen Phasen unterstützt werden, sehr unterschiedlich sind.[185]

Ansätze der Anwerbung von Ärzten in unterversorgten Gebieten

Es gibt wenig direkte Evidenz über Ansätze in der Aus- und Weiterbildung, die der Anwerbung von Ärzten (insbesondere Fachärzten für Allgemeinmedizin) in unterversorgten Gebieten dienen. Die durchgeführten Expertenbefragungen wiesen darauf hin, dass die *Local Education and Training Boards* einen (begrenzten) Spielraum hätten, um während des *Foundation Programme* und der Facharztweiterbildung eine Niederlassung in solchen Gebieten zu fördern. Dies könnte beispielsweise dadurch geschehen, dass bestimmte Einrichtungen, wie Allgemeine Krankenhäuser in Randgebieten oder Hausarztpraxen in unterversorgten Gebieten, als Aus- und Weiterbildungseinrichtungen designiert werden. Dabei könnten entsprechende finanzielle Anreize dazu verwendet werden, die Räumlichkeiten auf den für die Aus- und Weiterbildung notwendigen Stand zu bringen. Des Weiteren wurde auf die

Problematik verwiesen, Ärzte als Aus- und Weiterbilder zu gewinnen (IntEN02, IntEN04). Es wurde bemerkt, dass *Health Education England* unterschiedliche Strategien anwende, um die Unterbringung von Ärzten in Weiterbildung in weniger attraktiven Regionen zu gewährleisten und sicherzustellen, dass die besten Absolventen nicht nur in den attraktivsten Regionen ausgebildet werden. So hat eine Region ein System entwickelt, mit welchem die „unteren“ 10 Prozent der Bewerber den Foundation-Plätzen in der gesamten Region zugeordnet werden, um sicherzustellen, dass auch weniger erfolgreiche Bewerber an den beliebteren Programmen teilnehmen können (IntEN02). Das Ziel ist, ein Gleichgewicht zwischen dem Wunsch, mehr Bewerber zu gewinnen, und dem Wunsch, die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in unterversorgten Gebieten auszubauen, herzustellen. Ein Experte berichtete, dass eine Region verstärkt in den Ausbildungsfonds für ein als *black spot* bezeichnetes Gebiet investiert hatte, dies aber unerwarteterweise zu einem Rückgang der Bewerbungen in der gesamten Region geführt hatte (IntEN02). Der Experte beschrieb ein weiteres Beispiel, das die Bemühungen, akademisch-klinische Kollegen in weniger attraktiven Gebieten unterzubringen, betrifft: „Also die Idee hier ist, dass Ausbildungsgelder zur Finanzierung eines weiteren Ausbildungsjahres für ein oder zwei Ärzte innerhalb des [Foundation-] Programms verwendet werden, und dass diese Möglichkeit eine attraktive Option für „bessere“ Ärzte darstellt“ (IntEN02).

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Nach Abschluss des *Foundation Programme* beginnen Ärzte in der Regel die Weiterbildung zum Facharzt.

Zulassung

Seit 2002 gibt es das *National Recruitment Office for General Practice Training*, das die Zulassung zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in ganz England, Wales, Schottland und Nordirland koordiniert.[76] Die Zahl der Weiterbildungsplätze für Allgemeinmedizin wird zwischen den *Local Education and Training Boards* und dem Gesundheitsministerium festgelegt. Die Bewerber können sich bei bis zu vier *Local Education and Training Boards* bewerben. Im Anschluss müssen sie einen computerbasierten Test ablegen, um in die engere Auswahl aufgenommen zu werden. Erfolgreiche Bewerber werden ihrem Ranking nach dem präferierten *Local Education and Training Board* zugeteilt. Das Verfahren ist wettbewerbsorientiert, aber von den Antragstellern, die in die engere Wahl gelangen, werden in der Regel rund 90 Prozent dem *Local Education and Training Board* zugeordnet, das sie als erste Wahl angegeben hatten.[76] Wie bereits erwähnt, ist man sich der Notwendigkeit, mehr Bewerber für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, bewusst. Die für das Jahr 2014 verfügbaren Zahlen weisen jedoch auf einen Rückgang der Bewerber um 15 Prozent im Vergleich zum Jahr 2013 hin (IntEN04).

Die für diese Studie befragten Experten stellten fest, dass ein grundsätzliches Problem generell in der Anwerbung von Ärzten für Allgemeinmedizin liege und weniger in der Anwerbung von Ärzten in unterversorgten Gebieten. Das Ziel, 50 Prozent der Medizinstudierenden für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, wurde als sehr ambitioniert angesehen, insbesondere angesichts der rückläufigen Bewerbungen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Obwohl das System der primärärztlichen Versorgung in England als vergleichsweise gut entwickelt und gut angesehen gilt, (IntEN01) äußerten Experten Bedenken in Bezug auf das Ansehen und die Attraktivität der Allgemeinmedizin. Sie wiesen auf die Notwendigkeit einer Mittelumverteilung von der Sekundär- zur Primärversorgung hin, nannten aber auch

andere Aspekte, die ihrer Auffassung nach junge Ärzte abschrecken würde, die Allgemeinmedizin als Laufbahn zu verfolgen, so zum Beispiel:

- Mangelnde Flexibilität in der Weiterbildung seit der Einführung des *run through trainings*, das von Ärzten eine frühe Entscheidung bezüglich ihrer Fachrichtung verlangt und wenig Gelegenheit bietet, diese später zu ändern.
- Die Arbeitszeiten in der hausärztlichen Versorgung sind nicht in derselben Weise reguliert, wie dies für Ärzte im Krankenhaus oder Ärzte in Weiterbildung der Fall ist; außerdem haben Ärzte in der primärärztlichen Versorgung in der Regel lange Arbeitstage, welches die *work-life-balance* beeinträchtigt.
- Das in den Medien wahrgenommene negative Image der Allgemeinmedizin (IntEN04).

Lehrplan

Der GMC hat die Verantwortung für die allgemeinmedizinische Weiterbildung an das *Royal College of General Practitioners* (RCGP) übertragen. Derzeit dauert die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin drei Jahre; von diesen müssen mindestens 12 Monate in einer Hausarztpraxis absolviert werden. Im Lehrplan legt das RCGP die Lernergebnisse für das Fachgebiet fest und beschreibt die Kompetenzen, die erforderlich sind, um als Allgemeinmediziner im NHS zu praktizieren. Der Lehrplan beinhaltet eine zentrale Feststellung darüber, was es bedeutet, Arzt für Allgemeinmedizin zu sein, vier kontextbezogene Feststellungen und 21 klinische Beispiele.[186] Nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung erhalten Absolventen das *Certificate of Completion of Training* (CCT), das bestätigt, dass sie die Kompetenzen erworben haben, um als selbständiger Facharzt für Allgemeinmedizin zu praktizieren. Voraussetzung für das CCT (und die Vollmitgliedschaft im RCGP) ist der zufriedenstellende Abschluss der Prüfung des *Member of the Royal College of General Practitioners* (MRCGP), die einen angewandten Wissenstest, eine Bewertung der klinischen Fähigkeiten und eine Beurteilung der Kompetenzen im Umgang mit Patienten (*workplace based assessment*) umfasst.[77] Die MRCGP-Prüfung erfüllt die GMC-Standards der Validität, Zuverlässigkeit, Machbarkeit, Wirtschaftlichkeit sowie der Möglichkeit des Feedbacks und des Lernens. Nach Erhalt des CCT können Ärzte die Eintragung im Register für Fachärzte für Allgemeinmedizin ersuchen. Seit April 2006 ist der GMC gesetzlich verpflichtet, ein Register aller im Vereinigten Königreich praktizierenden Fachärzte für Allgemeinmedizin zu führen. Dies gilt nicht für Ärzte, die sich in der Aus- und Weiterbildung befinden, jedoch für Ärzte, die ausschließlich auf Vertretungsbasis arbeiten (*locum doctors*).[172]

Der gegenwärtige Inhalt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wurde im Jahr 2012 vom RCGP überarbeitet. Diese Überarbeitung war teils eine Reaktion darauf, dass im Vergleich zu 14 europäischen Ländern die allgemeinmedizinische Weiterbildungszeit im Vereinigten Königreich am kürzesten war; auch wurde bemängelt, dass die Dauer der Weiterbildung im Vergleich mit anderen medizinischen Facharztweiterbildungen im Vereinigten Königreich am kürzesten war. Ein weiterer Grund war die Erkenntnis, dass die Veränderung des gesundheitlichen Bedarfs der Bevölkerung eine Überarbeitung des Inhalts der Weiterbildungsordnung erforderlich machte.[79] Die Überarbeitung führte zu dem Vorschlag, die allgemeinmedizinische Weiterbildung auf vier Jahre auszudehnen, und resultierte im Jahr 2013 in der Veröffentlichung eines verbesserten und ausgeweiteten Weiterbildungsmodells.[80] Die von uns befragten

Experten waren der Auffassung, dass eine solche Ausdehnung der Weiterbildung letztlich von der Verfügbarkeit der Mittel abhängt und in einer Zeit knapper Ressourcen schwierig werden könnte (IntEN01, IntEN02, IntEN03). Es wurde empfohlen, die Änderungen im Jahr 2014 umzusetzen, dies ist allerdings noch nicht erfolgt.

Fortbildung

Das RCGP verfügt über ein Programm zur Unterstützung neu zugelassener Fachärzte für Allgemeinmedizin namens First5®. Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig. Es bietet eine Reihe von Ressourcen für neu qualifizierte Ärzte und baut auf fünf Säulen auf: Förderung von Netzwerken, Karriere mentoring, Unterstützung bei der Revalidierung, berufliche Fortbildung und Förderung des Zugehörigkeitsgefühls sowie Repräsentation innerhalb des RCGP.

Die für diese Studie befragten Experten betonten, dass der Übergang von der Weiterbildung zur selbständigen Tätigkeit einschneidend und eine fortlaufende Unterstützung auch nach Abschluss der Weiterbildung bedeutsam sei:

Wenn wir einfach mal betrachten, wie gut [neu zugelassene Ärzte] auf ihre Aufgaben vorbereitet sind [...] sie fühlen sich nicht wirklich vorbereitet, und dies ist verständlich, sie sind in der Weiterbildung ja in einer mehr oder weniger „behüteten“ Umgebung und dann müssen sie in die eigentliche Praxis. Also, [sie kommen aus einem Umfeld, in dem] die Zahl der Patienten, Arbeitsstunden usw. ist alles reguliert, und dann kommen sie in ein System, in dem sie üblicherweise selbständig arbeiten müssen, und das ist wirklich sehr schwierig. (IntEN04)

Ein Experte wies auch auf eine höhere Wahrscheinlichkeit von Patientenbeschwerden gegen Ärzte im ersten Jahr in der selbständigen Praxis hin (IntEN04).

In England gibt es keine spezifischen Fortbildungsprogramme, um Hausärzte in ländlichen Gebieten zu unterstützen. NHS Scotland bietet Unterstützung für Gesundheitsberufe in abgelegenen und ländlichen Gebieten an und hilft bei der beruflichen Fortbildung (des gesamten Personals) oder der Etablierung beispielsweise von Interessengemeinschaften, um einer möglichen ärztlichen Isolation zu begegnen.[187] Schottland hat ebenfalls ein *GP Rural Fellowship*-Programm eingeführt, das von NHS Scotland Education beaufsichtigt wird. Diese Stipendien werden üblicherweise an neu qualifizierte Ärzte vergeben, die als Teil eines geförderten Fortbildungsprogramms (das auch Kontakt mit Kollegen unterstützt) ein Jahr lang Erfahrung in der Landarztpraxis sammeln wollen.[188]

Reformvorschläge für den Aus- und Weiterbildungsweg in der Allgemeinmedizin

Eine kürzlich veröffentlichte, unabhängige Studie hat die medizinische Aus- und Weiterbildung im Vereinigten Königreich untersucht und Reformansätze skizziert, die Veränderungen in dem oben beschriebenen Aus- und Weiterbildungsweg mit sich bringen könnten.[189] Die Studie wurde gemeinsam vom GMC, der *Academy of Medical Royal Colleges*, der *Conference of Postgraduate Medical Deans of the UK*, *Health Education England*, *NHS Scotland*, *NHS Wales* und dem Nordirischen Ministerium für Gesundheit, Soziales und öffentliche Sicherheit in Auftrag gegeben. Sie folgt einer Reihe von vorangegangenen Gutachten, die die Notwendigkeit für Reformen, insbesondere im Hinblick auf

eine flexiblere und umfassender angelegte Ausbildung [190] sowie eine stärkere Berücksichtigung der sich verändernden Bedürfnisse der Bevölkerung hervorgehoben hatten. Die vorgeschlagene Struktur betont eine breiter angelegte Weiterbildung zum Facharzt, erhöhte Flexibilität in der Weiterbildung mit mehr Möglichkeiten, das gewählte Fachgebiet zu wechseln, sowie einen stärkeren Fokus auf interprofessionelle Teamarbeit. Weitere Reformvorschläge, die den Aus- und Weiterbildungsweg betreffen, beinhalten eine vollständige GMC-Registrierung bereits nach Abschluss des Medizinstudiums, und nicht, wie es gegenwärtig der Fall ist, erst nach Abschluss des ersten Foundation-Jahres. Eine solche Regelung setzt voraus, dass die Absolventen bereits mit Erreichen des Studienabschlusses befähigt sind, als vollständig registrierte Ärzte zu arbeiten. Dies setzt ebenfalls voraus, dass Studierende und Ärzte während des Studiums und des *Foundation Programme* Patienten entlang des gesamten Behandlungswegs begleiten. Darüber hinaus ist der Begriff der Spezialisierung in einer breiteren Art und Weise definiert und nach Themen der Patientenversorgung, wie zum Beispiel die Gesundheit von Kindern oder Frauen, gestaltet.[190]

3.4.2. Governance

Im Vereinigten Königreich regelt der GMC alle Phasen der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Dies geschieht in der Regel durch die Festlegung von Standards und Zielsetzungen für jede Phase der Ausbildung und wird in einem zentralen Dokument wie zum Beispiel *Tomorrow's Doctors* und *The Trainee Doctor* festgehalten.[51, 78] Wie oben beschrieben, werden die Entwicklung und Umsetzung der Lehrpläne die Prüfungen sowie das Qualitätsmanagement und -sicherung dann anderen Organisationen überlassen. Diese unterliegen dem GMC gegenüber einer Rechenschaftspflicht.

3.4.3. Finanzierung

In England wird die medizinische Ausbildung gemeinsam vom Ministerium für Wirtschaft und Innovation und dem Gesundheitsministerium finanziert.[88] Die Mittel werden durch den *Higher Education Funding Council for England* und den NHS in Form von Zuschüssen, die auf Basis der festgelegten Zulassungsziele berechnet werden, auf die einzelnen medizinischen Fakultäten verteilt. Darüber hinaus müssen Studierende eine jährliche Studiengebühr von derzeit 9.000 Pfund (der in England derzeit festgelegte Maximalbetrag) entrichten.

Leistungserbringer des NHS, die an der Ausbildung der Studierenden beteiligt sind, werden durch das sogenannte *Service Increment for Teaching* (SIFT) vergütet, um die Kosten für die Ausbildung, insbesondere die klinischen Praktika, zu decken. Die SIFT-Vergütung war bislang für die Ausbildung im Krankenhaus vorgesehen, ist nun aber auch auf die Hausarztpraxen ausgedehnt worden. Dies hat, nach Angaben eines für diese Studie befragten Experten, die Beteiligung von Hausärzten an der medizinischen Ausbildung positiv beeinflusst (IntEN01). Die SIFT-Zahlung erfolgt an die Hausarztpraxis und soll den ausbildungsbedingten Ausfall an Versorgungsleistungen ausgleichen.[89] Die Tarife werden zwischen den Fakultäten und den *Local Education and Training Boards* vereinbart. Die SIFT-Vergütung hat ihre historische Grundlage in den 1970er Jahren; die Höhe der Zahlung pro Medizinstudent variiert innerhalb Englands. Ein Experte hat auf die Problematik der mangelnden Transparenz hingewiesen (IntEN01) und das SIFT-System wird derzeit überprüft.[191] Die SIFT-Vergütung stellt nur eine Komponente des Gesamtbudgets dar, das für die Aus- und Weiterbildung bereitgestellt wird.

Die Weiterbildung nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums (*Foundation Programme* und Weiterbildung zum Facharzt) wird vom Gesundheitsministerium über *Health Education England* finanziert. Das Jahresbudget beträgt rund fünf Milliarden Pfund. *Health Education England* ist für die Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe verantwortlich; ein erheblicher Teil des Budgets, das durch die *Local Education and Training Boards* angewiesen wird, dient der Vergütung von Ärzten in der Weiterbildung. Die Finanzierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin unterscheidet sich von der in anderen Fachgebieten. Eine Reihe von Richtlinien aus dem Jahr 1976 legen die Gehälter, Weiterbildungsstipendien und anderen Elemente der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Allgemeinmedizin fest (IntEN03). Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfordert praktische Erfahrungen sowohl im Krankenhaus als auch in der Hausarztpraxis; Ärzte in Weiterbildung sind daher im Laufe ihrer Weiterbildung in der Regel bei mehreren Arbeitgebern beschäftigt. Die hiermit verbundenen zusätzlichen Kosten haben dazu geführt, dass einige Regionen dazu übergegangen sind, die Weiterbildung durch die Vereinbarung eines Dreijahresvertrags mit einem einzigen Hauptarbeitgeber über den gesamten Weiterbildungszeitraum zu vereinfachen (IntEN03).

Die für diese Studie befragten Experten merkten an, dass die derzeit bestehenden finanziellen Anreize für Hausärzte nicht ausreichend seien, um als Weiterbildungsstätte tätig zu werden; vielmehr seien diese Ärzte von einem persönlichen Engagement getrieben (IntEN02, IntEN04). Die Rolle eines weiterbildenden Hausarztes kann jedoch von Vorteil sein, um neue Ärzte für die Praxis anzuwerben.

Die Finanzierung der beruflichen Fortbildung liegt in der Verantwortung des Arbeitgebers oder der einzelnen Ärzte.

3.4.4. Qualitätssicherung

Der GMC ist für die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung verantwortlich. Die Qualitätssicherung wird als übergreifende Tätigkeit gesehen, die das Qualitätsmanagement und die Qualitätskontrolle umfasst und vom GMC in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen durchgeführt wird. Der GMC verantwortet die Entwicklung von Richtlinien und Standards sowie die Erstellung von Strukturen und Prozessen, die der Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Aus- und Weiterbildung dienen.[192] Das *Quality Improvement Framework* beschreibt die grundlegenden Anforderungen an die Qualitätssicherung; auf diese Weise sollen Einheitlichkeit und Transparenz gewährleistet werden, während zugleich die nötige Flexibilität geschaffen wird, die es einzelnen Fakultäten für Medizin und *Local Education and Trainings Boards* erlaubt, regionale Besonderheiten in ihrer Tätigkeit zu berücksichtigen.[60] Der Rahmen gibt drei Ebenen der Qualitätssicherung vor (Tabelle 10).

Tabelle 10 Übersicht über die Qualitätssicherungsebenen und Verantwortlichkeiten für die medizinische Aus- und Weiterbildung in England

Ebene der Qualitätssicherung (verantwortliche Organisation)	Definition der Ebene der Qualitätssicherung	Zusammenfassung der Aufgaben und Standards
Qualitätssicherung	Umfasst alle Richtlinien, Standards, Systeme und Prozesse, um die	Die Verantwortung des GMC umfasst drei Bereiche: (i) Einrichtungen für die medizinische Aus- und

Ebene der Qualitätssicherung (verantwortliche Organisation)	Definition der Ebene der Qualitätssicherung	Zusammenfassung der Aufgaben und Standards
(GMC)	Qualität der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu sichern und zu verbessern	Weiterbildung vor Ort (einschließlich der Fakultäten und <i>Local Education and Training Boards</i>); (ii) Ausbildungsplätze und Programme (<i>Foundation Programme</i> und alle Facharztgebiete, darunter die Allgemeinmedizin); (iii) Lehrpläne und Prüfungsordnungen für die Weiterbildung (<i>Foundation Programme</i> und alle Facharztgebiete, darunter die Allgemeinmedizin)
Qualitätsmanagement (medizinische Fakultäten und <i>Local Education and Training Boards</i>)	Vereinbarungen, durch die die Fakultät oder das <i>Local Education and Training Board</i> sicherstellen, dass die örtlichen Anbieter * die GMC-Standards erfüllen	Medizinische Fakultäten sind für die universitäre Ausbildung und die örtlichen Ausbildungsstätten im Medizinstudium verantwortlich. Lehrpläne und Prüfungsordnungen werden auf ihre Übereinstimmung mit den in <i>Tomorrow's Doctors</i> festgelegten Standards und Zielsetzungen überprüft.[51] Local Education and Training Boards (früher: <i>Deanaries</i>) sind für die Weiterbildung in den anerkannten <i>Foundation-</i> und <i>Facharztprogrammen</i> , einschließlich der Programme für Allgemeinmedizin, verantwortlich. Programminhalte werden auf ihre Übereinstimmung mit den in <i>The Trainee Doctor</i> festgelegten Standards und Zielsetzungen überprüft.[78]
Qualitätskontrolle (<i>Local Education Provider</i> [LEP])	Vereinbarungen durch die LEP sicherstellen, dass Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung die medizinische Aus- und Weiterbildung erhalten, die die örtlichen, landesweiten und professionellen Standards erfüllt	Örtliche Bildungsanbieter müssen nachweisen, wie die GMC-Standards erreicht werden; medizinische Fakultäten und <i>Local Education and Training Boards</i> müssen LEP hierbei unterstützen, um eine Einheitlichkeit aller Facharztgebiete und Anbieter zu gewährleisten

Hinweis: * *Local Education Providers* (LEP) umfassen NHS-Trusts und andere Organisationen, die Medizinstudierenden und Ärzten in Weiterbildung Aus- oder Weiterbildungsplätze anbieten.

Quelle: General Medical Council (2010)[60]

Das *Quality Improvement Framework* des GMC umfasst vier Elemente: (i) den Genehmigungsvorbehalt entsprechend der Standards; (ii) den Informationsaustausch; (iii) Begehungen einschließlich Kontrollen sowie (iv) das Beschwerdemanagement. Die Qualitätssicherung durch den GMC erfolgt durch eine Vielzahl von Aktivitäten. In Bezug auf die Sicherstellung der Standards in Fakultäten und *Local Education and Training Boards* werden die folgenden Aktivitäten vorgenommen:

- (i) Medizinische Fakultäten und *Local Education and Training Boards* berichten regelmäßig über ihre Aktivitäten zur Einhaltung und Sicherstellung einschlägiger Standards, Zielerreichungskriterien und Anforderungen.
- (ii) Der GMC führt Routinebesuche an Fakultäten und *Local Education and Training Boards* durch.
- (iii) Der GMC führt anlassbezogene Besuche durch, zum Beispiel aufgrund von Beschwerden.

- (iv) Die medizinischen Royal Colleges und medizinische Fakultäten übermitteln dem GMC Jahresberichte, um sicherzustellen, dass Lehrplan und Prüfungsordnung weiterhin dem GMC-Standard und seinen Anforderungen entsprechen.
- (v) Der GMC führt jedes Jahr landesweite Umfragen durch und überprüft andere verfügbare Informationsquellen, um sicherzustellen, dass die Normen eingehalten werden.
- (vi) Der GMC erneuert die Genehmigung der Lehrpläne und Prüfungsordnungen.

Das von den Fakultäten für Medizin durchgeführte Qualitätsmanagement kann verschiedene Elemente beinhalten, wie zum Beispiel den Peer-Review der Lehrpläne oder Prüfungsordnungen, in deren Rahmen Vertreter anderer Fakultäten als externe Prüfer der Programme oder als *critical friends* auftreten (IntEN01). Im Hinblick auf die Qualitätskontrolle der Ärzte, die während des Studiums als Ausbilder tätig sind, führen medizinische Fakultäten ebenfalls eine Reihe von Aktivitäten durch, wie zum Beispiel das Feedback von Studierenden (das dann im Zusammenhang mit dem Lehrplan und den Lernergebnissen ausgewertet werden kann), die Inspektion von Lehrpraxen oder die Erarbeitung von Mindestanforderungen für auszubildende Ärzte, wie beispielsweise die regelmäßige Teilnahme an Besprechungen (IntEN01). Eine der Herausforderungen besteht darin, dass jede Fakultät mit einer großen Zahl von Lehrpraxen arbeitet und dass das Qualitätsmanagement zwischen Präzision und Praktikabilität abwägen muss.

Die *Local Education and Training Boards* sind für das Qualitätsmanagement und die Qualitätskontrolle während der Weiterbildung verantwortlich. Auch diese greifen dabei auf eine Reihe von Maßnahmen zurück, um die Einhaltung der GMC-Standards und Zielerreichungsvorgaben sicherzustellen. Beispiele sind landesweite Befragungen der Weiterbilder und der Ärzte in Weiterbildung, regionale Umfragen nach Abschluss der unterschiedlichen Rotationen und Audits der Prozessergebnisse (wie zum Beispiel Transfers zwischen *Local Educational and Training Boards*), Teilzeitausbildung oder Ärzte in Weiterbildung mit Schwierigkeiten.[60] Die *Local Education and Training Boards* organisieren für die örtlichen Weiterbildungsanbieter auch ein Besuchsprogramm, das die partnerschaftliche Zusammenarbeit erleichtern und den GMC über die (Wieder)Zulassung von Lehrpraxen informieren soll. *Local Education and Training Boards* sammeln auch Routinedaten, um zu überprüfen, ob Aspekte wie Fairness und Vielfalt zufriedenstellend gewährleistet sind. Dazu können Prüfungsergebnisse, Ausfallraten oder der Transfer zwischen *Local Education and Training Boards* zählen.[60] Für diese Studie befragte Experten erwähnten auch, dass Elemente der Qualitätssicherung in der Weiterbildung zum Facharzt, wie das *annual review competence progression system* nunmehr auch für das *Foundation Programme* eingeführt würden (IntEN03).

Zur Sicherstellung der Qualität in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung führt der GMC ein Register der Weiterbilder, das sich auf die Evaluation und die Empfehlung der *Local Education and Training Boards* stützt. Ein für diese Studie befragter Experte bemerkte, dass Unterschiede in der Weiterbildung zum Facharzt der Allgemeinmedizin zum Teil durch den vom jeweiligen *Local Education and Training Board* durchgeführten Genehmigungsprozess für Allgemeinmediziner bedingt seien. Alle Weiterbilder müssen die in *The Trainee Doctor* festgelegten Standards erfüllen,[51] die Häufigkeit, mit der routinemäßige Besuche in Lehrpraxen vorgenommen werden, ist jedoch bei den jeweiligen *Local*

Education and Training Boards unterschiedlich. Selbstberichtete Bewertungen stellen ebenfalls eine wichtige Informationsquelle dar (IntEN02). Mehrere (aber nicht alle) *Local Education and Training Boards* erwarten von Weiterbildern eine zertifizierte Befähigung zur Postgraduiertenausbildung, während zuvor nur die Teilnahme an *Trainer Workshops* erforderlich war. Zur Weiterbildung befugte Ärzte müssen nach Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt darüber hinaus mindestens drei Jahre Praxiserfahrung nachweisen können (IntEN04). Seit dem Sommer 2014 muss verpflichtend eine Liste aller zur Weiterbildung befugten Ärzte in der Allgemeinmedizin, einschließlich der Tutoren im Medizinstudium, geführt werden. Es wird angenommen, dass dies zu einem einheitlichen Genehmigungsverfahren für befugte Aus- und Weiterbilder in der Aus- und Weiterbildung führen wird (IntEN03).

3.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in England

Die für diese Studie befragten Experten äußerten unterschiedliche Auffassungen darüber, wie gut das gegenwärtige System den sich wandelnden Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht wird. Einige teilten die Ansicht, dass die medizinische Aus- und Weiterbildung in den letzten 10 bis 15 Jahren deutliche Fortschritte gemacht habe, zumindest was die zentrale Rolle der Patientenversorgung und den frühen Patientenkontakt zu Beginn der Ausbildung angeht. Es wurde ebenfalls positiv angemerkt, dass mehr Gewicht auf multiprofessionelle Teamarbeit sowie Management gelegt werde, beides Aspekte, die als wesentlich für die Arbeit im NHS angesehen werden. Des Weiteren glaubten die befragten Experten, dass die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, insbesondere im Bereich der Kommunikationsfähigkeiten ausgezeichnet sei.

Gleichzeitig wurden einige wichtige Problembereiche beschrieben, wie zum Beispiel die zunehmende Komplexität in der primärärztlichen Versorgung. Aus diesem Grund befürworteten manche der befragten Experten eine auf vier Jahre verlängerte Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin (IntEN02, IntEN04). Wenn auch vielleicht erstrebenswert, so wiesen einige Experten auf die schwierige finanzielle Situation und die Kostendämpfungsmaßnahmen im NHS hin und betonten die Notwendigkeit, alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen mit einzubeziehen. Darüber hinaus wurde bemerkt, dass die Anwerbung von Ärzten in der Allgemeinmedizin generell eine der größten Herausforderung darstelle, weniger deren Anwerbung für unterversorgte Gebiete. Die für diese Studie befragten Experten hoben die Notwendigkeit einer grundlegenden Umverteilung von Ressourcen hin zur Primärversorgung hervor. Sie betonten außerdem, dass ohne diese Umverteilung die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe und die Anwerbung von Primärversorgern problematisch würden.

Als weitere Herausforderung für England wurde die Dezentralisierung angesehen. Unter den von uns erwähnten Organisationen haben einige ein Mandat, das sich nur auf England bezieht, während andere, wie der GMC und das *Royal College of General Practitioners* für das gesamte Vereinigte Königreich zuständig sind. Diese Diskrepanz geografischer Zuständigkeitsbereiche wurde als Hindernis für die Standardisierung und Vereinheitlichung von Systemen und Prozessen in der Aus- und Weiterbildung gesehen. Zum Beispiel hat das *Committee of General Practice Education Directors* seine UK-weite Perspektive beibehalten und zielt auf einheitliche Standards in der Allgemeinmedizin für alle vier Länder ab. Die zur Verfügung gestellten Mittel und die Bedürfnisse der Bevölkerung können aber erheblich

zwischen den Ländern variieren. Wie sehr unterschiedliche Perspektiven eine gemeinsame Herangehensweise erschweren können, zeige sich auch daran, dass England eine Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung auf vier Jahre unterstützt, Wales und Schottland diese aber ablehnen. So hat Schottland bereits vier Weiterbildungsjahre eingeführt, wovon jedoch zwei in einem Krankenhaus zu absolvieren sind (IntEN03). Der weiter oben beschriebene *Shape of Medical Training*-Bericht (2014), der die medizinische Aus- und Weiterbildung in den kommenden Jahren stark beeinflussen wird, wurde von den zuständigen Stellen im gesamten Vereinigten Königreich in Auftrag gegeben.[189] Die Umsetzung erfolgt in den vier Ländern jedoch auf unterschiedliche Weise und wird damit zur Erhöhung der Komplexität des Aus- und Weiterbildungssystems in den vier Ländern des Vereinigten Königreiches führen.

4. Frankreich

4.1. Gesundheitssystem

Das französische Gesundheitssystem basiert auf einem Sozialversicherungssystem, und alle Einwohner sind nach dem *Couverture maladie universelle* (CMU) von 1999 versichert.[193] Im Jahr 2012 machte die Sozialversicherung 71 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus; weitere Gesundheitsausgaben stammten aus Steuermitteln (5,9 Prozent), privaten Zuzahlungen (7,4 Prozent), privater Krankenversicherung (14 Prozent) und sonstigen Einnahmen (1,9 Prozent).[34] Im Jahr 2012 betrug die gesamten Gesundheitsausgaben 11,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Das Gesundheitsministerium hat die Aufsicht über die Planung der Gesundheitsversorgung und steuert die strategische Entwicklung des Gesundheitssystems. Landesregionen, vertreten durch die regionalen Gesundheitsbehörden (*Agence régionale de santé*, ARS), haben eine zunehmende gesundheitspolitische Bedeutung durch die ihnen übertragene Verantwortung für die Planung, Bereitstellung und Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung auf der regionalen Ebene sowie für die der Entwicklung von regionalen Gesundheitsprogrammen.[194] Die regionalen Gesundheitsbehörden wurden im Jahr 2010 eingeführt. Sie sind für das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Gesundheit und die Altenpflege zuständig. Sie koordinieren diese Bereiche und haben dabei sicherzustellen, dass die Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht und dass der Gesundheitsausgabenrahmen, der zentral festgelegt wird, eingehalten wird.

Die Patienten haben im Rahmen der Sozialversicherung Anspruch auf eine umfassende Gesundheitsversorgung. Diese umfasst die Krankenhausversorgung und die Versorgung in öffentlichen oder privaten Einrichtungen, die Rehabilitation oder Physiotherapie, die ambulante Versorgung, die Diagnostik, erstattungsfähige Heil- und Hilfsmittel sowie den Krankentransport, sofern dieser verordnet wurde.[54]

4.2. Primärversorgung

Bis vor kurzem wurde der Begriff Primärversorgung in Frankreich eher selten verwendet.[195] Stattdessen fasste man, ähnlich wie in Deutschland, Versorgungsleistungen außerhalb des Krankenhauses unter dem Oberbegriff „ambulante Versorgung“ zusammen. Diese beinhaltet die Versorgung durch Haus- und Fachärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten und Zahnärzte. Ärzte im ambulanten Sektor haben Niederlassungsfreiheit. Bis vor Kurzem konnten Patienten ohne Überweisung oder die Notwendigkeit einer Registrierung jeden ambulanten Arzt aufsuchen. Mit der Gesundheitsreform im Jahre 2004 wurde

die Rolle der Primärversorgung innerhalb der ambulanten Versorgung gestärkt.[196] Im Rahmen des Krankenhausgesetzes von 2009 wurde die Rolle der Primärversorger als Koordinatoren der Patientenversorgung offiziell festgelegt.[54]

Die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2004, die eine Neuregulierung und -finanzierung der gesundheitlichen Versorgung vorsah, führte im ambulanten Sektor das Konzept des „bevorzugten Arztes“ (*médecin traitant*) ein. Seit dem Jahr 2005 sind alle Einwohner aufgefordert, sich bei einem (bevorzugten) Arzt als erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung zu registrieren.[54] Sowohl Hausärzte als auch niedergelassene Ärzte anderer Fachgebiete können als bevorzugter Arzt fungieren; im Jahr 2007 waren 99,5 Prozent der bevorzugten Ärzte Fachärzte für Allgemeinmedizin.[197] Für die Patienten gibt es erhebliche finanzielle Anreize, sich bei einem bevorzugten Arzt einzuschreiben. Patienten, die einen Facharzt ohne Überweisung vom bevorzugten Arzt aufsuchen, bekommen nur etwa 30 Prozent der anfallenden Kosten erstattet; mit Überweisung beträgt die Kostenerstattung 70 Prozent.

Das System des „bevorzugten Arztes“ wird als relativ erfolgreich angesehen. Bis zum Ende des Jahres 2008 hatten sich über 85 Prozent der Versicherten eingeschrieben.[35] Dieser Erfolg ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass Versicherte glaubten, die Registrierung sei gesetzlich verpflichtend.[198] Diejenigen, die bereits vor der Einführung des Systems bei einem Hausarzt waren, neigten eher dazu, sich zu registrieren, als diejenigen, die keinen Hausarzt hatten. Versicherte, die sich registrierten, waren tendenziell jünger und hatten einen höheren Bildungsgrad. Erste Bewertungen dieses Systems ergaben, dass sich die Inanspruchnahme von Facharztbesuchen geändert hatte. So fiel der Anteil der Facharztbesuche ohne Überweisung (abzüglich solcher Facharztbesuche, die keine Überweisung erfordern) von 22 Prozent im Jahr 2004 auf 15 Prozent im Jahr 2006.[199] Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Facharztbesuche mit Überweisung von 39 Prozent auf 45 Prozent.

Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet

In Frankreich bezieht sich die Fachrichtung der Allgemeinmedizin auf die vom Hausarzt ausgeübte Tätigkeit. Eine Reform der medizinischen Ausbildung im Jahr 1982 beschrieb die Allgemeinmedizin ausdrücklich als „nichtfachärztliches Gebiet“.[200] Seitdem sind die Allgemeinärzte, vertreten durch ihre Berufsverbände (z.B. die Gewerkschaften *Confédération des Syndicats médicaux français*, CSMF, oder das *Syndicat des médecins généralistes*, MG France), die stärksten Verfechter einer Statusänderung der Allgemeinmedizin.[201] Unter anderem forderten sie, dass Allgemeinärzte, ebenso wie Fachärzte beispielsweise für Dermatologie oder Augenheilkunde, allgemeinärztliche Konsultationen in Rechnung stellen können.[202] Nach jahrelanger politischer Arbeit wurde praktizierenden Allgemeinmedizinern die Möglichkeit eingeräumt, unter bestimmten Bedingungen nachträglich als Facharzt anerkannt zu werden. Der medizinische Lehrplan wurde schrittweise dahingehend reformiert. Im Jahr 2000 wurde die Allgemeinmedizin gesetzlich als Fachgebiet anerkannt.[203] Die allgemeinmedizinische Facharztqualifikation (*diplôme d'études spécialisées*, DES) wurde im Jahr 2004 eingeführt. Seither müssen Studierende, die sich zum Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbilden wollen, die gleiche landesweit einheitliche Prüfung (*Epreuves Classantes Nationales*, ECN) ablegen wie Ärzte anderer Fachgebiete.[29] Mit der Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin (*filère universitaire de médecine générale*, FuMG) an den Universitäten im Jahr 2009 wurde die Allgemeinmedizin weiter aufgewertet, da nunmehr formell Dozenten und Professoren speziell für dieses Fachgebiet angestellt werden konnten.[194]

Vergütung von Ärzten im ambulanten Sektor

Ärzte im ambulanten Sektor werden auf Basis einer Einzelleistungsvergütung bezahlt. Die Honorare werden auf Landesebene im Rahmen von Vereinbarungen (*conventions*) zwischen den Berufsverbänden und der Sozialversicherung festgelegt. Allgemeinmediziner und andere Fachärzte praktizieren in drei Sektoren (*secteurs*). Der jeweilige Sektor bestimmt die Höhe der Honorare, die von der Sozialversicherung erstattet werden: [204]

- Sektor 1: Gebühren werden von der Sozialversicherung festgelegt, Ärzte sind sozial- und rentenversichert.
- Sektor 2: Ärzte können geleistete Dienste über die landesweite Honorarvereinbarung hinaus in Rechnung stellen (*avec tact et mesure*).
- Sektor 3: Ärzte praktizieren außerhalb der Sozialversicherung; Patienten müssen die Behandlungskosten fast vollständig selbst tragen.

Die Sozialversicherung legt die Honorare für die einzelnen Leistungen in zwei Listen fest. Diese sind zum einen die allgemeine Nomenklatur von Tätigkeiten (*Nomenclature Générale des Actes Professionnels*, NGAP), die von Ärzten, Zahnärzten, Hebammen und anderen Gesundheitsberufen praktiziert werden, zum anderen die Klassifikation medizinischer Verfahren (*Classification Commune des Actes médicaux*, CCAM), die von Ärzten durchgeführt werden.[54] Die NGAP wurde teilweise durch die CCAM aus dem Jahr 2005 ersetzt und es wird erwartet, dass die CCAM langfristig alle Leistungen umfassen wird.

Im Jahr 2010 praktizierten etwa 25 Prozent der Ärzte im Sektor 2, das heißt, sie berechneten einen Aufschlag auf die von der Sozialversicherung festgelegten Honorare. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Ärzte anderer Fachgebiete (40 Prozent), während dies nur auf 10 Prozent der Fachärzte für Allgemeinmedizin zutrifft.[205] Es gibt Bedenken, dass die Zunahme der in Sektor 2 praktizierenden Ärzte sich negativ auf den Zugang zur ärztlichen Versorgung auswirken könnte,[206] allerdings wird dies in Bezug auf Hausärzte als weniger problematisch angesehen.[207]

Grundsätzlich gibt es Bedenken, ob ein auf Einzelleistungsvergütungen basierendes System falsche Anreize setzt. Deshalb wurden neue Vergütungsmethoden eingeführt, zum Beispiel Pauschalen für Patienten mit chronischen Krankheiten (*affectations de longue durée*, ALD, 40 Euro pro Patient pro Jahr) oder für Ärzte (oder Pfleger), die einem Netzwerk angehören, das die multiprofessionelle Versorgung von Patienten koordiniert. Seit dem Jahr 2009 können Ärzte auch Einzelverträge mit der Sozialversicherung abschließen, wobei sie eine zusätzliche Vergütung für ausgewählte Qualitätsverbesserungsmaßnahmen erhalten.[54] Diese Verträge (*Contrats d'amélioration des pratiques individuelles*, CAPI) dienen der Verbesserung von Präventionsmaßnahmen und der Versorgung von Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen sowie der Erhöhung des Generikaanteils an Medikamentenverordnungen. Die zusätzliche Vergütung wird auf Basis der vom Arzt betreuten Bevölkerung und einer Reihe weiterer Leistungsindikatoren berechnet. Im Jahr 2012 wurde dieses Programm unter dem neuen Namen „Vergütung gemäß den gesundheitspolitischen Zielen“ (*Rémunération sur objectifs de santé publique*, ROSP) auch auf Ärzte anderer Fachgebiete ausgedehnt. Es legt dabei Ziele und Indikatoren in vier Bereichen fest: Praxismodernisierung, chronische Krankheit, Prävention und Effizienz.[208]

4.2.1. Charakteristika primärärztlicher Praxen

Die primärärztliche Praxis, die in der Regel von Fachärzten für Allgemeinmedizin geführt wird, ist die erste Anlaufstelle für Patienten und gewährleistet den kontinuierlichen Zugang zur medizinischen Versorgung für häufig auftretende Gesundheitsprobleme. Im Jahr 2013 arbeitete die Mehrheit der Hausärzte in eigener Praxis (59 Prozent), 34,5 Prozent waren in Gesundheitszentren oder Krankenhäusern angestellt und 6,3 Prozent kombinierten beide Tätigkeitsformen.[38]

Im Jahr 2009 praktizierten 54 Prozent der selbständigen Hausärzte in Gemeinschaftspraxen, das ist ein Anstieg gegenüber 1998, als dieser Anteil nur 43 Prozent betrug.[40] Gemeinschaftspraxen sind „niedergelassene Praxen, in denen sich mindestens zwei Ärzte die Räumlichkeiten teilen“.[40] In einer Gemeinschaftspraxis teilen sich die Ärzte die Kosten (Miete, Gehälter für Angestellte usw.), nicht aber die betreuten Patienten.[54] Ebenfalls im Jahr 2009 setzten sich drei Viertel der primärärztlichen Gemeinschaftspraxen ausschließlich aus Ärzten zusammen (selbständige Fachärzte für Allgemeinmedizin und andere Fachärzte).[40] Die Gemeinschaftspraxen sind in der Regel klein: Im Jahr 2011 hatten weniger als 10 Prozent der 35.248 Arztpraxen mehr als 5 Angestellte.[41] Von diesen Mitarbeitern waren 95 Prozent Frauen, die meist als Praxisassistentinnen arbeiteten. Die verbleibenden 25 Prozent arbeiteten in multiprofessionellen Gemeinschaftspraxen, die mindestens einen weiteren nichtärztlichen Mitarbeiter beschäftigten. Diese Praxen sind in der Regel größer; nur 0,4 Prozent haben weniger als 3 Mitarbeiter und zwischen 8 und 14 Prozent beschäftigen zwischen 3 und 10 Mitarbeiter.[40]

Ein Großteil der hausärztlichen Tätigkeit umfasst Patientenkontakte, die in 90 Prozent der Fälle in der Praxis stattfinden. Die übrigen 10 Prozent sind Hausbesuche.[209] Hausärzte können auch freiwillig Bereitschaftsdienste anbieten.[210] Ein durchschnittlicher Arzt-Patienten-Kontakt dauert ca. 16 Minuten (Hausbesuche ca. 30 Minuten).[211] Patienten in Frankreich besuchen im Durchschnitt viermal pro Jahr einen Hausarzt, wobei sie grundsätzlich verschiedene Ärzte aufsuchen können.[209] Hausärzte betreuen durchschnittlich etwa 800 Patienten, die sich bei dem „bevorzugten Arzt“ eingeschrieben haben.[212] Ein Hausarzt führt jährlich ca. 5.000 Konsultationen einschließlich Hausbesuchen durch.[54]

In jüngster Zeit wird den Herausforderungen, die eine selbständige Hausarztztätigkeit mit sich bringt, verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt. Fälle von Burn-out und Erschöpfung unter Ärzten haben zugenommen und die Auswirkung der medizinischen Tätigkeit auf die gesundheitliche Verfassung des Fachpersonals sowie die Versorgungsqualität werden insbesondere von den Medien aufgegriffen.[213] Berichten zufolge ist eine kleine Anzahl von Hausärzten (knapp über 900 im Jahr 2010) aus diesem Grund vorzeitig in den Ruhestand getreten oder hat die Selbständigkeit zugunsten eines Anstellungsverhältnisses aufgegeben.[214]

4.2.2. Beschäftigte in der primärärztlichen Praxis

Im Jahr 2013 lag das Durchschnittsalter der Hausärzte bei 52 Jahren. Rund 65 Prozent der Hausärzte waren über 50 Jahre und es wird damit gerechnet, dass 25 Prozent innerhalb von 5 Jahren in den Ruhestand treten. Weniger als 8 Prozent der Hausärzte waren zu Beginn ihrer Karriere jünger als 40 Jahre.[38]

Wie oben erwähnt, praktiziert die Mehrheit der Hausärzte ausschließlich im Rahmen einer eigenen Praxis, nur 34,5 Prozent sind angestellt. Anstellungsverhältnisse sind häufiger bei Frauen zu finden (49 Prozent)

als bei ihren männlichen Kollegen (24 Prozent). Ärztinnen arbeiten auch häufiger in Teilzeit.[211] Im Jahr 2013 waren 42 Prozent aller Hausärzte Frauen, unter neu qualifizierten Fachärzten für Allgemeinmedizin war der Anteil der Frauen mit 58 Prozent jedoch deutlich höher und es wird angenommen, dass sich dieser Anteil bis zum Jahr 2018 auf 60 Prozent erhöht.[38]

4.2.3. Regionale Verteilung der Hausärzte

In den vergangenen 30 Jahren hat die Zahl der Hausärzte stetig zugenommen, insbesondere in den 1980er und Anfang der 2000er Jahre. Seitdem hat sich der Trend stabilisiert, unter anderem auch infolge des Rückgangs der Zulassungszahlen für Medizinstudierende,[207] deren Wachstumsrate sich seit 2006/2007 verlangsamt hat.[81]

Anfang 2013 lag die durchschnittliche regionale Dichte bei 138,6 Hausärzten je 100.000 Einwohner. Allerdings variierte die Dichte auf der Ebene der *départements*, von 115 Ärzten je 100.000 Einwohner in Zentralfrankreich, 162 im Südosten, 101,6 in Eure und 207 in Hautes-Alpes.[38] Die regionale Verteilung ist durch ein deutliches Süd-Nord-Gefälle gekennzeichnet, mit einer höheren Hausärztdichte in den südlichen Regionen.[38]

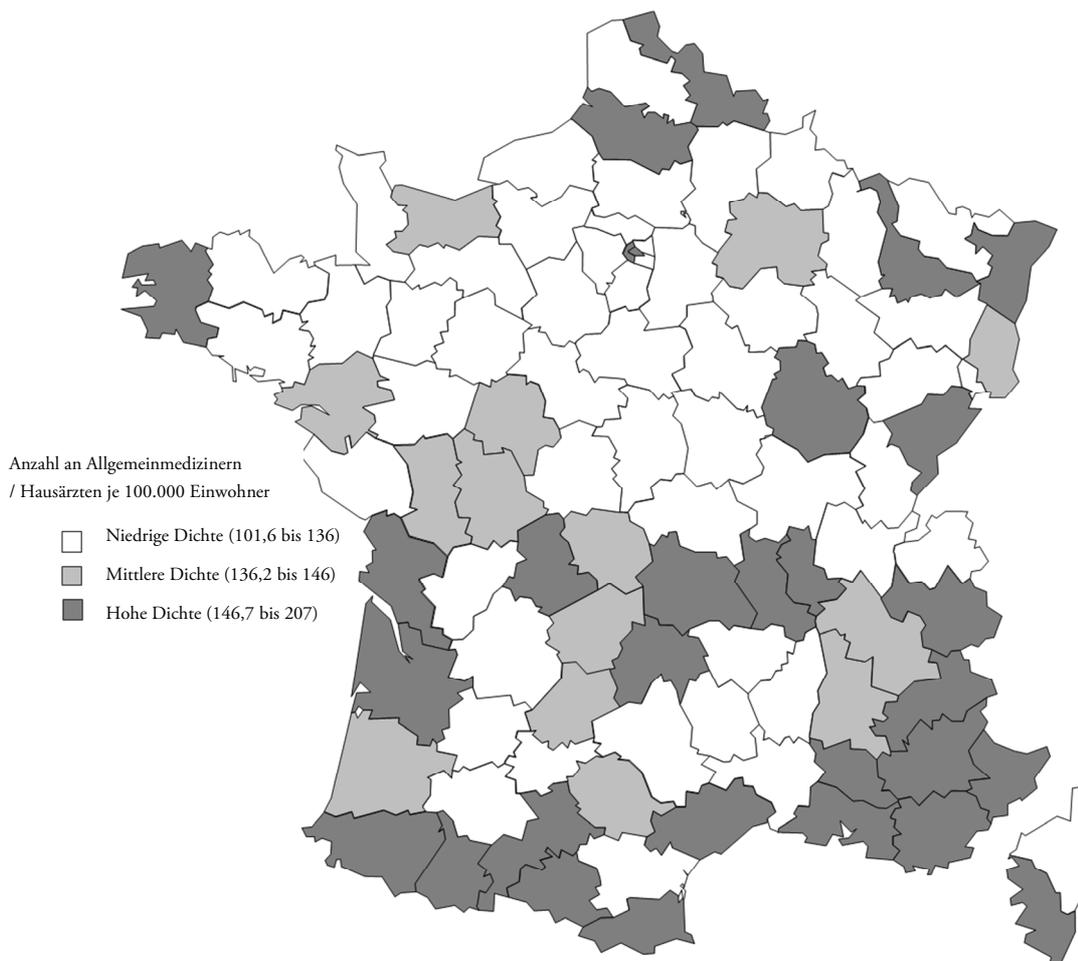


Abbildung 6 Anzahl der Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Region, Frankreich 2013

Quelle: Adaptiert von Le Breton-Lerouillois (2013)[38]

Eine Prognose aus dem Jahr 2009 errechnete, dass die Anzahl und Dichte der Hausärzte voraussichtlich bis 2022 stetig fallen wird, bevor wieder ein progressiver Anstieg erwartet wird.[215] Diese Prognose wurde durch andere Studien bestätigt, die vorhersagten, dass die Anzahl der Hausärzte im Jahr 2018 um 9 Prozent niedriger sein werde als im Jahr 2007, während die Zahl der Fachärzte im gleichen Zeitraum voraussichtlich um 10 Prozent zunehmen werde.[38] In mehr als 80 Prozent der Regionen (*départements*) wird in den nächsten fünf Jahren mit einem Rückgang an Hausärzten gerechnet; der größte Rückgang wird laut Prognosen die Ile de France betreffen, wo man von einem 10-prozentigen Rückgang ausgeht.

Die regionalen Unterschiede in der Verteilung der Hausärzte sind in den vergangenen 20 Jahren jedoch zurückgegangen. Beispielsweise hat sich zwischen 1990 und 2012 der Theil-Index, der regionale Ungleichheiten misst, halbiert.[216] Jedoch wird erwartet, dass es mittelfristig zu einer Trendumkehr kommen und die regionale Ungleichheit im Bezug auf die Hausarztdichte im Jahr 2030 wieder ein ähnliches Niveau wie in den 1980er Jahren erreichen wird.[215] Derzeit sind die Ungleichheiten in der Verteilung der Hausärzte innerhalb der Regionen größer als zwischen ihnen.[216]

Etwa 2,6 Millionen Einwohner (4 Prozent der Bevölkerung und 3 Prozent der Hausärzte) leben in medizinisch unterversorgten Gebieten.[54] Diese sind als Gebiete mit sehr geringer Hausarztdichte und hoher Inanspruchnahme definiert.[217] Barlet et al. (2012) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Entfernung zum nächsten Hausarzt und dem Zugang. Sie zeigten, dass im Jahr 2010 84 Prozent der Bevölkerung Zugang zu einem Hausarzt hatten und 100 Prozent der Bevölkerung einen Hausarzt innerhalb von 15 Autominuten erreichen konnten.[209] Für 7 Prozent der Bevölkerung lag der Zugang zu einem Hausarzt deutlich geringer als der Landesdurchschnitt.

4.2.4. Konzepte für die Bereitstellung von Arbeitskräften in der Primärversorgung auf nationaler und regionaler Ebene

Numerus clausus

Der Numerus clausus ist in Frankreich das wichtigste Instrument zur Steuerung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen.[215] Dieser bestimmt seit 1971 die Anzahl der verfügbaren Plätze an den medizinischen Fakultäten; die Zahl der Plätze wird für jedes Fachgebiet sowohl auf Landes- als auch auf regionaler Ebene (und für jede Fakultät) festgelegt.[54] Auf Landesebene sind dafür die Generaldirektion der Gesundheitsversorgung (*Direction générale de l'offre de soin*, DGOS) des Gesundheitsministeriums und das Ministerium für Hochschulwesen zuständig.[218] Die Festlegung der Anzahl der Plätze berücksichtigt Empfehlungen mehrerer Akteure, einschließlich des nationalen Observatoriums für die demografische Entwicklung der Gesundheitsversorger (*Observatoire national de démographie des professions de santé*, ONDPS)[219] und der jeweiligen regionalen Gesundheitsbehörden, die gemeinsam mit den regionalen Interessengruppen einen regionalen Versorgungsplan entwickeln (*Schéma régionaux d'organisation des soins*, SRO).[220]

Die drei wichtigsten Kriterien, die in die Festlegung des Numerus clausus einfließen, sind:[218]

- Die Anzahl der Studierenden und verfügbaren Plätze an den medizinischen Fakultäten des Vorjahres;
- Versorgungsstatus in der Region (Anzahl und Alter der Hausärzte);

- Lehr- und Betreuungskapazitäten an den Universitäten und Krankenhäusern.

Der Numerus clausus kann indirekt durch die Zuweisung einer maximalen Anzahl an Plätzen in Allgemeinmedizin an den Fakultäten zur Umverteilung des Versorgungsangebotes im ganzen Land beitragen. Beispielsweise wurde der Numerus clausus für Allgemeinmedizin auf nationaler Ebene zwischen 2011 und 2012 um 9,85 Prozent reduziert.[218] Allerdings verbirgt diese Zahl große regionale Unterschiede: über den gleichen Zeitraum (2011–2012) sank die Zahl der Plätze in Allgemeinmedizin in Besançon um 51 Prozent, während sie in Ile-de-France um 8 Prozent zunahm.[218] Der Einfluss des Numerus clausus auf die Verteilung der praktizierenden Hausärzte wird gemeinhin als begrenzt angesehen, da die Niederlassung nach Erwerb der Zulassung örtlich nicht beschränkt ist.[221] Gleichzeitig beginnen im Durchschnitt 76 Prozent der Allgemeinärzte in der Region zu praktizieren, in welcher sie anfänglich registriert waren.[38]

Anreizsysteme für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten

Es gibt derzeit drei finanzielle Anreizsysteme, um die regionale Verteilung der Hausärzte zu steuern. Allerdings sind diese Systeme erst kürzlich eingeführt worden und betreffen nur einen kleinen Anteil der Ärzteschaft.[135]

Die erste Regelung zielt auf Medizinstudierende ab. So wurde im Jahr 2009 im Rahmen der Krankenhausreform der *contrat d'engagement de service public* (CEPS) eingeführt.[194] Im Rahmen dieses Vertrags erhalten Medizinstudierende, die sich dazu verpflichten, nach Abschluss des Medizinstudiums in einem unterversorgten Gebiet zu praktizieren, ab dem zweiten Studienjahr eine monatliche Vergütung. Die Vergütung wird über den gesamten Studienzeitraum gezahlt, wenn sich der Studierende verpflichtet, eine ebenso lange Zeit in der unterversorgten Region zu arbeiten.[139] Die Studierenden können aus einer Liste der unterversorgten Gebiete, die im Internet zur Verfügung gestellt wird, auswählen. Diese Verträge stehen allen Medizinstudierenden zur Verfügung, nicht nur denjenigen, die eine allgemeinmedizinische Facharztausbildung anstreben.

Das zweite Anreizsystem beinhaltet die Einführung eines Status „regionaler Allgemeinarzt“ (*praticien territoriale de médecine générale*, PTMG) für diejenigen mit weniger als einem Jahr praktischer Erfahrung nach Abschluss der Weiterbildung. Das Ziel ist es, junge Ärzte zu ermutigen, ihre eigene Praxis zu eröffnen. Unter der Voraussetzung, dass diese Ärzte mindestens 165 Konsultationen pro Monat entsprechend der Sektor-1-Kategorie in unterversorgten Gebieten durchführen, wird ihnen über einen Zeitraum von zwei Jahren ein Mindestlohn von monatlich 6.900 Euro brutto zugesichert. Darüber hinaus stehen ihnen Krankengeld und Mutterschaftsurlaub zu, und sie werden von den regionalen Gesundheitsbehörden in Bezug auf Praxisräumlichkeiten unterstützt. Im Jahr 2013 waren im Rahmen dieser Regelung 200 Plätze verfügbar.[114]

Die dritte Strategie bietet registrierten Ärzten verschiedene Vertragsoptionen, die auf eine Umverteilung von Hausärzten in unterversorgten Gebieten abzielt.[134] Im Rahmen der „Demografie-Option“ verpflichtet sich der Hausarzt, mindestens drei Jahre lang zwei Drittel seiner Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet auszuüben. Im Gegenzug erhält er eine zusätzliche Vergütung von 5 bis 10 Prozent (bis zu 20.000 Euro) der Einnahmen während dieser drei Jahre sowie eine Pauschale von bis zu 5.000 Euro pro Jahr. Im Rahmen der „Gesundheits- und Solidaritätsoption“ (*contrat santé solidarité*)

verpflichtet sich der Arzt, über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren mindestens 28 Versorgungstage pro Jahr in einem unterversorgten Gebiet zu praktizieren. Im Gegenzug erhält der Arzt eine Vergütung in Höhe von 10 Prozent (bis zu 20.000 Euro) der Einkünfte aus der Tätigkeit in den unterversorgten Gebieten sowie Reisekostenzuschüsse. Des Weiteren gibt es finanzielle oder materielle Anreize auf örtlicher Ebene, die von den *départements* oder Stadtverwaltungen eingeführt wurden, um Hausärzte für ihr Gebiet zu gewinnen.

Diese verschiedenen Anreizsysteme sind bislang noch nicht formal evaluiert worden. Verfügbare Evidenz deutet darauf hin, dass ein Jahr nach Einführung des oben beschriebenen *contrat d'engagement de service public* (CEPS) anstelle der erwarteten 400 Verträge lediglich 148 abgeschlossen worden sind.[222] Darüber hinaus wiesen Delattre und Samson (2012) im Rahmen einer *choice modelling*-Studie auf den begrenzten Einfluss finanzieller Anreizsysteme als Umverteilungsmaßnahme hin. Sie schlugen vor, Anreize bereits vor Studienabschluss zu schaffen, und dass neben einer Erhöhung des Einkommens auch Aspekte der Lebensqualität berücksichtigt werden sollten.[135] Diese Schlussfolgerungen wurden von einem im Jahre 2013 erschienenen Bericht des Senats unterstützt, in dem ebenfalls festgestellt wurde, dass finanzielle Anreize bislang wenig Einfluss auf die geografische Verteilung von Hausärzten hatten.[223]

4.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung

4.3.1. Zulassung als Arzt

Die Zulassung als Arzt erfolgt durch die Ärztekammer (*Ordre des médecins*) und wird in der Regel auf Anfrage nach Abschluss der Aus- und Weiterbildung erteilt. Sie hat dauerhafte Gültigkeit und ist für alle praktizierenden Ärzte gesetzlich vorgeschrieben.[224]

4.3.2. Revalidierung

Frankreich verfügt derzeit nicht über eine formelle Revalidierung für Ärzte.[54] Allerdings sind alle Ärzte zur Fortbildung (*développement professionnelle continu*, DPC) verpflichtet. Seit dem Jahr 2009 sind Allgemeinmediziner verpflichtet, an Fortbildungen teilzunehmen, und müssen dies dokumentieren. Die Allgemeinmediziner können frei eine DPC-Organisation in ihrer Region wählen. DPC-Anbieter müssen bei einer nationalen Dachorganisation registriert sein (*Organisme gestionnaire du développement professionnelle continu*, OGDPC).[225] Das Fortbildungsangebot wird durch die nationale Ärztekammer beaufsichtigt.

4.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

4.4.1. Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

In Anlehnung an die von der europäischen Sparte der *World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA Europe) entwickelten Definition der Allgemeinmedizin bzw. Hausarztmedizin veröffentlichte das nationale Kollegium der Dozenten für Allgemeinmedizin (*Collège national des généralistes enseignants*, CNGE)[226] im Jahr 2006

eine Liste der Kompetenzen, die während der Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erworben werden müssen. Diese Kompetenzen umfassen klinische Aufgaben, Patientenkommunikation und Praxismanagement. Das Dokument beschreibt den Inhalt der Allgemeinmedizin und die Notwendigkeit, einen umfassenden Ansatz zu entwickeln, der die Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Rehabilitation einschließt und die gesundheitlichen Bedürfnisse der einzelnen Patienten durch Einsatz der verfügbaren Ressourcen mit denen der Gesellschaft in Einklang zu bringen sucht.[30]

Personen, die eine Laufbahn in der Allgemeinmedizin anstreben, schreiben sich zunächst in einer der 47 medizinischen Fakultäten ein. Ihre Aus- und Weiterbildung umfasst drei Hauptabschnitte (Abbildung 7).[61]

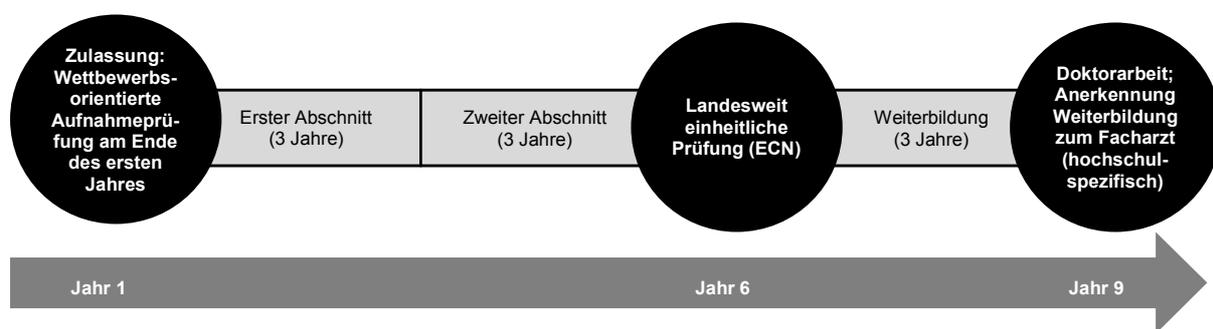


Abbildung 7 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Frankreich

Erster Abschnitt

Das erste Jahr der medizinischen Ausbildung, das *première année commune aux études de santé* (PACES) ist identisch für alle Studierenden, die eine Ausbildung in Zahnmedizin, Pharmazie, Geburtshilfe oder Medizin anstreben.[53] Das Studium steht theoretisch allen Personen mit einer Hochschulberechtigung offen. Am Ende des Jahres wird, basierend auf den Ergebnissen einer sehr selektiven Aufnahmeprüfung, den besten 30 Prozent der Studierenden erlaubt, in das zweite Jahr des Medizinstudiums einzusteigen. Die Anzahl der Studienplätze für das zweite Jahr wird durch einen Numerus clausus begrenzt; im Jahr 2012/2013 gab es 7.492 Plätze.

Das zweite und dritte Studien-Jahr ist für alle Medizinstudierenden gleich und besteht vor allem aus Vorlesungen, Supervisionen und einigen Kurzpraktika (z.B. Pflegepraktika). Der Lehrplan umfasst Physiologie, Anatomie, Mikrobiologie, Pharmakologie, Bakteriologie und eine Einführung in Pathologie. Dazu kommen einige Wahlfächer wie Informationstechnologie oder Geschichte der Medizin.

Am Ende des dritten Jahres erhalten Studierende ein allgemeines Diplom in Medizin (*Diplôme de formation générale en sciences médicales*), das nach dem European Credit Transfer System (ECTS) mit 180 Punkten anerkannt wird.[61]

Zweiter Abschnitt: *L'externat*

Der zweite Studienabschnitt in Medizin (*Deuxième cycle des études médicales*) wird insbesondere von Studierenden traditionell als *externat* bezeichnet. Über einen Zeitraum von drei Jahren erwerben Studierende sowohl theoretische Kenntnisse als auch praktische Erfahrung. Der Lehrplan ist thematisch

rund um Krankheitsbilder, deren Behandlung und deren Verhütung (z. B. Kardiologie/Pneumologie) organisiert und ergänzt das praxisorientierte Lernen (Rotationen). Praktische Erfahrungen werden in der Regel im Krankenhaus gesammelt. Studierende werden für ihre klinische Arbeit vergütet (zwischen 128 und 248 Euro pro Monat); die Vergütung erfolgt durch die *Assistance publique*, die für die Krankenhausfinanzierung verantwortlich ist.

Seit dem Jahr 1997 sind alle Studierenden verpflichtet, ein Praktikum in der hausärztlichen Praxis zu absolvieren, und es wird von allen medizinischen Fakultäten erwartet, dass sie ihren Studierenden entsprechende Möglichkeiten anbieten.[227] Allerdings zeigte eine Umfrage unter Vertretern der Studentenschaft, die von der französischen Vereinigung der Medizinstudenten (*Association nationale des étudiants en médecine de France*, ANEMF) im Jahr 2010 durchgeführt wurde, dass vier medizinische Fakultäten (drei von diesen in Paris) entsprechende Praktika nicht angeboten hatten.[62] Ferner waren an einem Drittel der Fakultäten diese Praktika kürzer als solche, die im Krankenhaus durchgeführt wurden, und nur an 18 der 32 der in der Studie untersuchten Fakultäten absolvierten alle Studierenden ein Praktikum in einer hausärztlichen Praxis. Studierende, die ein solches Praktikum durchgeführt hatten, berichteten in der Regel über sehr positive Erfahrungen. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass einige Aspekte weiterer Verbesserung bedurften. Beispielsweise hatten nicht alle ausbildenden Ärzte entsprechende Schulungen erhalten und sie wurden in der Regel für diese Aufgabe nicht entschädigt.[62]

Das dritte Jahr wird mit einer landesweit einheitlichen Prüfung abgeschlossen, den *Epreuves Classantes Nationales* (ECN). Die Prüfung dient dazu, eine ergebnisbasierte Rangliste der Studierenden zu erstellen. Das Bestehen dieser Prüfung berechtigt zur Weiterbildung zum Facharzt. Studierende mit den besten Noten können unter den zwölf angebotenen Fachrichtungen sowie dem Standort für die Weiterbildung frei wählen; die Zahl der verfügbaren Weiterbildungsplätze in jeder Fachrichtung und an jeder medizinischen Fakultät wird durch den Numerus clausus vorgegeben (Textbox 2). Mit Bestehen des ECN erwerben die Studierenden auch einen höheren Abschluss in Medizin (*Diplôme de formation en sciences médicales approfondie*), der mit 120 European Credit Transfer System Punkten (akademischer Grad des Masters) bewertet ist.[68]

Textbox 2 Attraktivität der Allgemeinmedizin als Fachgebiet

Die Allgemeinmedizin hat unter Medizinstudierenden in Frankreich generell keinen guten Ruf.[228] Godefroy et al. (2013) entwickelten in einer jüngst veröffentlichten Studie, in der sie versuchten, die Beliebtheit der medizinischen Fachgebiete zu quantifizieren, einen „Attraktivitätsindex“. Dieser Index kombiniert die Präferenzen der Studierenden vor der ECN-Prüfung, das erzielte ECN-Ranking und die im Anschluss an die ECN-Prüfung getroffene Wahl des Fachgebietes.[81] Der Index liegt dabei zwischen 0 (am beliebtesten) und 1 (unbeliebt). Basierend auf Daten des Jahres 2012 waren Radiologie und Augenheilkunde mit Punktwerten von jeweils 0,13 die attraktivsten Fachgebiete, während die Arbeitsmedizin (0,87) und Allgemeinmedizin (0,83) die Fachgebiete mit der geringsten Attraktivität waren.

Das geringe Ansehen der Allgemeinmedizin zeigt sich auch in der relativ geringen Zahl der Studierenden, die sich für dieses Fachgebiet entscheiden, sowie in der Zahl der am Ende des Zuteilungsverfahrens unbesetzten Weiterbildungsplätze.[229–231] Dies wird im Wesentlichen auf die Wahrnehmung der selbständigen Tätigkeit als Facharzt für Allgemeinmedizin unter den Studierenden zurückgeführt.[232] Beispielsweise haben Hausärzte mit durchschnittlich 72.600 Euro (2012) ein im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten anderer Fachrichtungen geringeres Einkommen (durchschnittlich 102.000 Euro).[233] Weitere Aspekte sind eine vergleichsweise hohe

Arbeitsbelastung (durchschnittlich 52 bis 60 Arbeitsstunden pro Woche, einschließlich 4,5 bis 6,5 Stunden pro Woche für administrative Aufgaben),[211] eine wahrgenommene berufliche und geografische Isolation, ein hoher Grad an medizinischer Verantwortung sowie zeitaufwendige administrative Aufgaben, die Ärzte in eigener Praxis zu leisten haben.[232, 234]

Dritter Abschnitt: *L'internat*

Die dritte Phase der Aus- und Weiterbildung ist das *internat*, in dem Studierende ihre Weiterbildung zum Facharzt absolvieren. Das *internat* in Allgemeinmedizin dauert drei Jahre (im Vergleich mit einer fünfjährigen Weiterbildungszeit für die chirurgische Facharztausbildung). In dieser Zeit absolvieren Studierende neben den Kurselementen (in Form von Seminaren und Vorträgen) mindestens sechs verschiedene Praktika. Es gibt zwei Arten von Praktika in der ambulanten Versorgung, die während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin durchgeführt werden.[82] Zum einen ein Praktikum in einer Hausarztpraxis, das in der Regel im dritten oder vierten Semester (zweites Weiterbildungsjahr) des *internats* absolviert wird. Im Rahmen dieses Praktikums lernt der Arzt in Weiterbildung, zunehmend selbständig zu praktizieren, und führt im Durchschnitt drei bis vier medizinische Tätigkeiten pro Tag durch. Zu diesen Tätigkeiten zählen die medizinische Konsultation sowie diagnostische Verfahren (z.B. Allergietests oder Ultraschalluntersuchungen). Eine Konsultation kann dabei mehrere medizinische Tätigkeiten umfassen.

Das zweite Praktikum ist das *sage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée* (SASPAS), das an einer primärmedizinischen Einrichtung im ambulanten Sektor durchgeführt wird. Dieses wird in der Regel während des fünften oder sechsten Semesters (drittes Weiterbildungsjahr) absolviert. Um zum SASPAS zugelassen zu werden, müssen Studierende die erste Praktikumsphase erfolgreich abgeschlossen haben. Während des SASPAS arbeitet der Arzt in Weiterbildung selbständig und führt zwischen 12 bis 15 ärztliche Tätigkeiten pro Tag durch. Das SASPAS kann in einer Hausarztpraxis ebenso wie an einer anderen Einrichtung (z.B. Schule, Strafvollzug, Freiwilligensektor) erfolgen.

Die Zulassung zum zur Weiterbildung befugten Arzt (*Maitre de stage universitaire*, MSU) erfordert bestimmte Voraussetzungen, die vom Collège national des enseignants généralistes (CGNE) festgelegt wurden; auch muss sich der Bewerber bei einer medizinischen Fakultät, die den MSU-Titel vergibt, registrieren. Zu den Voraussetzungen zählen eine Qualifikation als Facharzt für Allgemeinmedizin, eine allgemeinmedizinische Praxis in einer ambulanten Versorgungseinrichtung, eine pädagogische Grundausbildung, eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen, regelmäßige Evaluierungen sowie Erfahrungen im Umgang mit Informationssystemen.[96] Zudem muss das Praxisumfeld für die Weiterbildung geeignet sein und es müssen zwischen 2.500 und 7.000 medizinische Tätigkeiten pro Jahr durchgeführt werden. Zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin befugte Ärzte erhalten eine Vergütung von 600 Euro pro Monat Aufwandsentschädigung für die Weiterbildung (300 Euro pro Monat für Medizinstudierende, die sich im zweiten Abschnitt der medizinischen Ausbildung befinden).[235]

Die für diese Studie befragten Experten sagten übereinstimmend, dass die Zahl der Aus- und Weiterbilder in Frankreich derzeit zu gering sei, um der Nachfrage gerecht zu werden. Unter anderem merkten sie an, dass die zusätzliche Arbeitsbelastung, die die Aus- und Weiterbildung mit sich bringt, Hausärzte abschreckt, sich als Aus- oder Weiterbilder zu bewerben. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass im derzeitigen System Lehrkrankenhäuser wenig Anreize hätten, die Aus- und Weiterbildung von Ärzten an

ambulante Versorgungseinrichtungen abzutreten, da dies die Verfügbarkeit von medizinischen Arbeitskräften im Krankenhaus reduzieren würde (IntFR01, IntFR06).

Theoretisch können Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ein zusätzliches Jahr an anderen Einrichtungen im ambulanten Sektor verbringen, beispielsweise in gynäkologischen oder pädiatrischen Facharztpraxen. Nach Angaben der für diese Studie befragten Experten tendieren Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin allerdings dazu, nur das Pflichtjahr in der ambulanten Versorgung zu absolvieren (Int FR6). Dies wurde teilweise auf den oben erwähnten Mangel an auszubildenden Fachärzten für Allgemeinmedizin zurückgeführt (IntFR05, IntFR06).

Der dritte Abschnitt wird mit der Validierung der Weiterbildung und einer Doktorarbeit abgeschlossen. Danach wird erfolgreichen Studierenden der Grad des Doktors der Medizin (PhD-Ebene) verliehen.

4.4.2. Governance

Die grundlegenden Charakteristika der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Frankreich werden durch Gesetze und Verordnungen geregelt. Diese werden im Amtsblatt veröffentlicht. Das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung und das Gesundheitsministerium entwickeln Gesetzentwürfe, die dann vom Parlament beschlossen werden. Gesetzentwürfe werden dem Nationalen Rat für Hochschulbildung und Forschung (*Conseil national de l'enseignement supérieur et de la Recherche*, CNESER) übermittelt. Dieser innerhalb des Ministeriums für Hochschulwesen und Forschung angesiedelte Ausschuss muss immer dann zurate gezogen werden, wenn Lehrplanänderungen vorgeschlagen werden;[236] er wird allerdings auch beratend tätig, wenn es um Reformvorschläge in anderen Bereichen geht, beispielsweise zu verleihende Titel, organisatorische Fragen oder die Finanzierung. Die medizinische Ausbildung fällt ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich des CNESER, und seine Empfehlungen fließen unter anderem in die rechtliche Gestaltung des ersten Ausbildungsjahres für alle Gesundheitsberufe (*année commune aux études de santé*, PACES), die im Jahr 2009 verabschiedet wurde, mit ein.[53]

Das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung und das Gesundheitsministerium legten auch, je nach Gesundheits- und Forschungsbedürfnissen, die Fachgebiete fest, die von Ärzten in der Weiterbildung gewählt werden können.[218] Auf diese Weise kann der Staat zu einem gewissen Grade die Verfügbarkeit der Fachärzte steuern, indem die Anzahl der Zulassungplätze für jedes Fachgebiet an den einzelnen medizinischen Fakultäten festlegt wird.[54]

Entscheidungen zur medizinischen Aus- und Weiterbildung werden auch von den verschiedenen Interessenverbänden beeinflusst:

- Berufsverbände, darunter das Nationalkomitee der Ärztekammer (*Conseil National de l'ordre des médecins*, CNOM) [237] und das nationale Kollegium der Dozenten für Allgemeinmedizin (*Collège national des enseignants généralistes*, CNGE) [226];
- Regionale Gesundheitsbehörden (*Agence régionale de santé*, ARSs) [220];
- Studierendenvereinigungen, insbesondere die *Association nationale des étudiants en Médecine de France* (ANEMF) [238] und der nationale Verband der Ärzte in Weiterbildung (*InterSyndicat national des internes*, ISNI).[239]

Das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung befinden ebenfalls über die Kursinhalte, Ziele und Dauer der verschiedenen Praktika im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Sie erlassen gemeinsame Verordnungen, die den Inhalt der medizinischen Aus- und Weiterbildung festlegen, wie zum Beispiel die Verordnung über die Ausbildung in der ambulanten Versorgung während des zweiten Abschnitts des Medizinstudiums.[227]

Die für diese Studie befragten Experten bemerkten, dass Entscheidungen über die medizinische Ausbildung in einem hohem Maße von der Konferenz der Dekane der medizinischen Fakultäten (*conférence des doyens*), die mit den Studierendenvereinigungen zusammenarbeiten, beeinflusst wird. Nach Einschätzung von zwei befragten Experten sind der erste und zweite Studienabschnitt gut koordiniert und die verschiedenen Interessengruppen würden hier effektiv zusammenarbeiten (IntFR01). Die Kursinhalte im zweiten Abschnitt werden durch die Veröffentlichung der für die ECN-Prüfung relevanten Inhalte auf der Website des *Centre national des concours d'internat* (die das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung gemeinsam betreiben) beeinflusst.[99]

Lehrpläne für die Facharzt-Weiterbildung werden im Auftrag des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für Hochschulwesen und Forschung entwickelt und im Amtsblatt veröffentlicht. Nach Angaben der für diese Studie befragten Experten ist der Lernplan des dritten Abschnitts nicht sehr gut auf den des ersten und zweiten Abschnitts abgestimmt, was einem Mangel an Zuständigkeiten zugeschrieben wird (IntFR01, IntFR02). Im dritten Abschnitt spielt das nationale Kollegium der Dozenten für Allgemeinmedizin (*Collège national des généralistes enseignants*, CNGE) eine wichtige Rolle (IntFR01). Da aber die Anerkennung der Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet sowie allgemeinmedizinische Abteilungen erst kürzlich eingeführt wurden (siehe Abschnitt 4.2), wird der Einfluss des Kollegiums, im Vergleich zu dem der Kollegien anderer Fachgebiete, als gering eingeschätzt (IntFR06). Dies bedeutet, dass in Verhandlungen um die Stellenzuweisungen – von einem unserer Experten auch als „Kampf“ um Ressourcen bezeichnet (IntFR01) – der Allgemeinmedizin meist weniger Gewicht zugemessen wird (IntFR01, IntFR06).

4.4.3. Finanzierung

Fakultäten für Medizin werden vor allem durch das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung finanziert. Mit Anerkennung des Stiftungsstatus für Fakultäten im Jahr 2007 können diese nunmehr auch Mittel aus privaten Quellen erhalten.[240] Für den ersten und zweiten Abschnitt der Ausbildung erhalten die Fakultäten eine Zuweisung vom Ministerium. Diese berechnet sich auf Basis eines Pro-Kopf-Budgets für alle Studierenden und macht etwa 80–90 Prozent des Universitätsbudgets aus. Der Rest muss anderweitig finanziert werden (IntFR01).

Medizinstudierende erhalten während ihrer Rotationen im zweiten Abschnitt sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor eine Vergütung für ihre klinische Tätigkeit. Diese Vergütung stammt von einer speziellen Mittelzuweisung, der „Merri“ (*Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation allocation*), die vom Gesundheitsministerium finanziert und von den jeweiligen regionalen Gesundheitsbehörden an die ausbildenden Einrichtungen verteilt wird.[90] Auch im dritten Abschnitt werden die Gehälter der Ärzte in Weiterbildung durch die Merri-Zuweisung finanziert.

Dozenten sowie Aus- und Weiterbilder erhalten zusätzlich zu ihrem vom Gesundheitsministerium bezahlten Gehalt für ihre klinische Tätigkeit ein Gehalt vom Ministerium für Hochschulwesen und Forschung (IntFR01, IntFR02). Eine Ausnahme besteht hier für Aus- und Weiterbilder in der ambulanten Versorgung, die über die Merri-Zuweisung vergütet werden. Der Großteil der Aus- und Weiterbilder in der ambulanten Versorgung hat, im Unterschied zu den Aus- und Weiterbildern an Krankenhäusern, keine Verbindung zum Ministerium für Hochschulwesen (IntFR06). Daher wird ein Großteil der Kosten des dritten Abschnittes vom Gesundheitsministerium getragen, das von den jeweiligen regionalen Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern unterstützt wird. Privatunternehmen (z.B. Pharmakonzerne) sind eine zusätzliche Quelle, zum Beispiel im Rahmen der Organisation von Konferenzen oder Kursen in den verschiedenen Fachgebieten (IntFR01).

4.4.4. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung der medizinischen Ausbildung

Derzeit gibt es in Frankreich keine speziell ausgewiesenen Organisationen oder Maßnahmen, die die Sicherung und Überwachung der Qualität in der medizinischen Ausbildung oder die Einhaltung von Standards in der Lehre gewährleisten. Im Prinzip ist das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung für die Qualität der Hochschulbildung verantwortlich (IntFR01). Die für diese Studie befragten Experten wiesen jedoch darauf hin, dass „Universitäten unabhängig sind“ (IntFR01, IntFR02, IntFR04), was die Umsetzung des Lehrplans angeht. Dies bedeutet, dass es keine übergreifende nationale Organisation gibt, die für die Aufsicht über die Lehrplanumsetzung verantwortlich ist.

Die befragten Experten bemerkten, dass die landesweite einheitliche Prüfung nach dem sechsten Studienjahr (die ECN-Prüfung) als ein indirektes Instrument für die Qualitätssicherung in der Lehre gesehen werden könne, weil alle Studierenden gemeinsam um die beste individuelle Platzierung auf der nationalen Rangliste wetteifern müssten und es so einen Anreiz für die Fakultäten gibt, die Studierenden durch qualitativ hochwertige Lehre gut vorzubereiten (IntFR01, IntFR04).

Qualitätssicherung der medizinischen Weiterbildung

Das Ministerium für Hochschulwesen und Forschung und das Gesundheitsministerium legen gemeinsam die allgemeinen Grundsätze für die Organisation und Validierung der medizinischen Weiterbildung fest, wie zum Beispiel im Rahmen der Verordnung über die Organisation und Validierung der Ausbildung im dritten Abschnitt.[241] Der Weiterbilderstatus (MSU), der von den medizinischen Fakultäten verliehen und vom nationalen Kollegium der Dozenten für Allgemeinmedizin (CNGE) definiert wird (Abschnitt 4.4.1), ist das wichtigste Instrument für die Gewährleistung von Qualitätsstandards in der Weiterbildung. Das Kollegium legt die Maßstäbe für die Betreuung der Ärzte in Weiterbildung im Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung fest. Wie bereits beschrieben, müssen Weiterbilder über eine Facharztqualifikation in Allgemeinmedizin verfügen und eine einführende pädagogische Ausbildung absolviert haben. Darüber hinaus bieten die festgelegten Ziele und Inhalte, die für alle Phasen der Weiterbildung beschrieben sind, einen Rahmen für die Qualitätssicherung in der Weiterbildung.[96]

Daneben ist eine Reihe von Maßnahmen eingeführt worden, die auf eine Harmonisierung der Weiterbildungsstandards zielt. Dazu gehören standardisierte Formulare für die Validierung der Praktika

(IntFR01) sowie regelmäßiges Feedback von Ärzten in Weiterbildung über die Weiterbilder und Weiterbildungspraxen.[62]

4.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in Frankreich

Ein kürzlich veröffentlichter Bericht des nationalen Verbands der Ärzte in Weiterbildung (*InterSyndicat national des internes*) äußerte sich kritisch über die jüngsten Initiativen, die darauf abzielen, eine bessere Verteilung von Ärzten in der Primärversorgung zu fördern.[242] Aufbauend auf einem Bericht des französischen Senats aus dem Jahr 2008,[221] der den regulatorischen Kontext in acht Ländern untersuchte, stellte der Verband fest, dass auf finanziellen Anreizen beruhende Umverteilungsmechanismen unwirksam seien. Er forderte eine Reform des Gesundheitssystems sowie eher qualitative Maßnahmen, die die Erwartungen der nachfolgenden Generation von Allgemeinärzten sowie die Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigen.

Die nationale Studierendenvereinigung (*Association nationale des étudiants en médecine de France*, ANEMF) setzt sich für eine breite Reform der Facharztweiterbildung und die Förderung der Allgemeinmedizin durch entsprechende Praktika in Hausarztpraxen und Einrichtungen der ambulanten Versorgung ein.[243] Auch Lefevre et al. (2010), die eine Umfrage unter 1.780 Medizinstudierenden über die Wahl ihrer Fachgebieten durchführten, sprachen sich für entsprechende Maßnahmen aus.[228]

Im Jahr 2009 wurde ein Regierungsausschuss eingerichtet, der eine Weiterentwicklung der klinischen Aus- und Weiterbildung verfolgte. Nach zweijähriger Arbeit veröffentlicht dieser Ausschuss (*Commission nationale de l'internat et du post-internat*, CNIPI) einen Bericht, der eine Neuorientierung skizzierte. Allerdings wurden diese Empfehlungen, teilweise bedingt durch einen Regierungswechsel, nicht umgesetzt.[244]

In einem im Februar 2013 veröffentlichten Bericht fasste Senator Maurey die aktuellen Herausforderungen zusammen und machte fünf Reformvorschläge für die medizinische Aus- und Weiterbildung und die regionale primärärztliche Versorgung in Frankreich:[223]

- Änderung der Zulassungsvoraussetzungen für medizinische Fakultäten. Der Bericht wies auf die negativen Auswirkungen hin, die die selektive Auswahlprüfung am Ende des ersten Studienjahres auf die Auswahl von Studierenden und die spätere Berufswahl haben kann. Durch das Hervorheben von Bereichen wie Mathematik und Chemie haben Studierende, die während der Schulzeit Naturwissenschaften belegt haben, bessere Chancen, einen Medizinstudienplatz zu erhalten, als solche mit einem Schwerpunkt in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Die Erstgenannten stammen in der Regel aus einem eher wohlhabenden, städtischen Umfeld und haben eine geringere Neigung, nach dem Studienabschluss in ländlichen Gebieten tätig zu werden.
- Diversifizierung des Lehrstoffes. Ein Großteil der Aus- und Weiterbildung ist nach Krankheitsgebieten strukturiert. Die klinische Ausbildung findet im Wesentlichen im Krankenhaus statt. Kurse in Ethik, Gesundheitsökonomie oder Management sowie

Praxiserfahrungen in einem anderen Umfeld, wie zum Beispiel der ambulanten Versorgung und der Hausarztpraxis, wären für die Studierenden gleichfalls von Nutzen.

- Erhöhung der Anzahl der Pflichtpraktika in der hausärztlichen Praxis und verbesserte Bedingungen für die Weiterbildung in der ambulanten Versorgung. Der Anteil der Studierenden, die Praktika in Hausarztpraxen absolvieren, sollte erhöht werden. Anreize wie Wohn- oder Fahrkostenzuschuss könnten das Interesse für solche Praktikumsplätze steigern.
- Regionalisierung der landesweit einheitlichen Prüfung (ECN). Da die Studierenden dazu neigen, ihre Facharztweiterbildung an dem Ort zu absolvieren, an dem sie ihren zweiten Studienabschnitt abgeschlossen haben, könnte eine Regionalisierung der ECN-Prüfung dazu beitragen, Studierende in unterversorgten Regionen zu halten.
- Schaffung eines Professionalisierungsjahres am Ende der Aus- und Weiterbildung. Ein zusätzliches Jahr in der fachärztlichen Weiterbildung Allgemeinmedizin (durch die Verlängerung der Weiterbildung von drei auf vier Jahre) würde Ärzten in Weiterbildung zu mehr Selbständigkeit und Selbstvertrauen verhelfen und könnte sie ermutigen, früher ihre eigene Praxis einzurichten.

Die meisten dieser Vorschläge wurden auch von den im Rahmen dieser Studie befragten Experten diskutiert. Basierend auf der Literatur und den Aussagen der für diese Studie befragten Experten lassen sich vier Maßnahmen erkennen, die das Aus- und Weiterbildungssystem in Frankreich verbessern könnten.

Stärkung der Allgemeinmedizin an den Fakultäten

Die für diese Studie befragten Experten stimmten darin überein, dass die Allgemeinmedizin an den Fakultäten durch die Anstellung einer größeren Zahl von Professoren und Dozenten für Allgemeinmedizin gestärkt werden müsse. Aktuelle Zahlen zeigen die Diskrepanz zwischen der Anzahl an Studierenden und der Anzahl an Dozenten in Abteilungen für Allgemeinmedizin: Im Jahre 2013 begannen 3.365 Ärzte mit der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin,[81] einem Vollzeitlehrbeauftragten standen 107 Ärzte in Weiterbildung gegenüber; dieses Verhältnis sollte normalerweise zwischen 1:10 und 1:15 liegen.[245]

Ein Experte schlug vor, die Anzahl an Dozenten für Allgemeinmedizin zu erhöhen und Inhalte von allgemeinmedizinischer Relevanz, die derzeit von Ärzten anderer Fachgebiete vermittelt werden, von Allgemeinmedizinern unterrichten zu lassen. Inhalte würden beispielsweise chronische Krankheiten und deren Management (IntFR01) umfassen.

Erhöhung der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung und der Qualität der Weiterbildung im Bereich der ambulanten Versorgung

Entscheidungsträger im Bereich der Aus- und Weiterbildung wie auch Studierende würden mehr Weiterbildungsmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin begrüßen.[62] Dies könnte Studierenden auch dabei helfen, die Sorge abzulegen, noch nicht ausreichend „für die Hausarztpraxis vorbereitet zu sein“ (IntFR01), da die Weiterbildung im Wesentlichen im Krankenhaus stattfindet (IntFR04). Mehrere Experten betonten die Vorteile eines niedrigschwelligen Mentorensystems („Buddy-Systems“) zwischen Weiterzubildenden und Weiterbildungern (IntFR03); ein solches könnte dazu beitragen, relevante

Fähigkeiten für die Niederlassung zu vermitteln. Zwei der im Rahmen dieser Studie befragten Experten stellten fest, dass die Stärke der beiden zuvor beschriebenen finanziellen Anreizsysteme – der *contrat d'engagement de service public (GASP)*, welcher Medizinstudierenden ab dem zweiten Studienjahr für ihre Arbeit in unterversorgten Gebieten eine monatliche Vergütung bietet, und der Vertrag als *praticien territoriale de médecine générale (PTMG)*, der junge Ärzte zur Niederlassung ermutigen soll (siehe Abschnitt 4.2) – nicht in den finanziellen Anreizen an sich liege, sondern vielmehr in ihrer Unterstützungsfunktion. Um die Beziehung zwischen Weiterbilder und Weiterzubildenden zu stärken, müssten mehr hausärztliche und ambulant tätige Weiterbilder gewonnen werden. Derartige Bemühungen werden bereits seit einiger Zeit verfolgt und haben nationale Priorität.[246] Auch wenn die Zahlen hinter den Erwartungen zurückliegen, ist in den vergangenen Jahren doch ein stetiges Wachstum zu erkennen; im Jahr 2013 waren beispielsweise 7.300 Allgemeinmediziner als Weiterbilder (MSU) registriert (IntFR06). Allerdings wiesen die Experten auch darauf hin, dass der Aus- und Weiterbildungsbedarf teilweise nicht gedeckt sei und einige regionale Gesundheitsagenturen aktiv versuchten, eine höhere Anzahl von Ausbildern durch Zusammenarbeit mit örtlichen Gewerkschaften und Berufsverbänden für Allgemeinmediziner zu rekrutieren (IntFR05).

Steigerung des Ansehens der Allgemeinmedizin

Sowohl in der Literatur[234] als auch unter den befragten Experten gab es Hinweise darauf, dass die Ausweitung von Sozialleistungen für Hausärzte eine höhere Anzahl an Studierenden dazu bewegen könnte, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden. Steuererleichterungen und höhere Honorare, ebenso wie (insbesondere) Krankengeld und Mutterschaftsurlaub, wie diese in den PTMG-Verträgen garantiert werden (siehe Abschnitt 4.2), wurden als geeignete Anreize erachtet (IntFR01, IntFR05).

Weiterentwicklung der primärärztlichen Praxis

Vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl von Gemeinschaftspraxen[40] und dem wachsenden Interesse von Studierenden an einer Festanstellung [234] sahen die meisten Experten in der Weiterentwicklung der primärärztlichen Praxis ein hohes Potenzial für die Anwerbung von Ärzten:

Junge Ärzte schreckt nicht die Praxis in ländlichen Gebieten ab; was sie nicht wollen, ist, isoliert zu sein. (IntFR03)

Ein für diese Studie befragter Experte berichtete über eine zunehmende Anzahl von multiprofessionellen Gesundheitszentren in einigen Gebieten, in denen traditionelle Praxen damit gekämpft hatten, junge Ärzte anzuwerben (IntFR05). Dies wurde als eine Möglichkeit gesehen, ein Unterstützungsnetzwerk bereitzustellen und damit der Isolierung von Hausärzten entgegenzuwirken. Multiprofessionelle Gesundheitszentren basieren auf einem Versorgungskonzept, in dem verschiedene, zumeist selbständige, Gesundheitsberufe gemeinsam in einem Verbund arbeiten und sich einige Verantwortlichkeiten sowie die IT teilen.[117] Ein solches Netzwerk nimmt nicht notwendigerweise die Form einer Gemeinschaftspraxis an; vielmehr bündelt es Ressourcen, um den Patienten eine umfassende Bandbreite an Versorgungsleistungen anzubieten. Im Jahr 2012 gab es nach Angaben des Gesundheitsministeriums 235 aktive multiprofessionelle Gesundheitszentren mit insgesamt 2.650 Gesundheitsfachberufen (z.B. Hausärzte, Pfleger, Physiotherapeuten). Weitere 450 Zentren waren in der Entwicklung.[117] Rund 80 Prozent der Zentren befanden sich in ländlichen Gebieten.

Die Organisation der Versorgung stand auch im Zentrum eines 2009 veröffentlichten Berichts der Kommission junger Ärzte (Commission jeunes médecins), die bei der nationalen Ärztekammer angesiedelt ist.[247] Die Kommission schlug Reformen für die Organisation der Versorgung vor, einschließlich der Neudefinition und des Transfers von Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Außerdem forderte sie eine verbesserte Kooperation zwischen den Krankenhäusern und den ambulanten Versorgern.

5. Deutschland

5.1. Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem baut in erster Linie auf der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf, deren Anteil an den Gesundheitsausgaben im Jahr 2012 bei knapp 68 Prozent lag. Die übrigen Ausgaben verteilen sich auf Steuern (9 Prozent), die private Krankenversicherung (9,5 Prozent) und Patientenzuzahlungen (12 Prozent).[150] Seit dem Jahr 2009 sind alle Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. GKV-Beiträge sind bis zu einem Höchstbeitrag einkommensabhängig und werden von Arbeitgeber und Arbeitnehmer geteilt. Familienangehörige sind kostenfrei mitversichert; für Sozialhilfeempfänger oder Langzeitarbeitslose decken die Kommunen bzw. die Agentur für Arbeit die Versicherungsbeiträge. Im Jahr 2011 waren 87,5 Prozent der Bevölkerung durch die GKV versichert und 11,7 Prozent durch Private Krankenversicherungen. Ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung war nicht versichert (0,2 Prozent). Für die restliche Bevölkerung war der Versicherungsstatus nicht bekannt.[248]

Der gesetzliche Rahmen der GKV wird von der Bundesregierung und den 16 Landesregierungen bestimmt, wobei viele Aufgaben an die Selbstverwaltung übertragen sind. Das höchste Entscheidungsgremium in der GKV ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er vereint die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen: die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband; zusätzlich sind die Patientenvertreter in beratender Funktion beteiligt. Das gesetzliche Rahmenwerk für die GKV ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert. Eine Hauptfunktion des Bundesministeriums für Gesundheit liegt in der Sicherstellung und Erhaltung des öffentlich finanzierten GKV-Systems.[249]

In der Gesetzlichen Krankenversicherung haben die Patienten Anspruch auf eine umfassende Versorgung, die im Gesetz definiert ist. Versicherte haben (fast gänzlich) freie Kassenwahl. Im Jahr 1994 wurde der Risikostrukturausgleich eingeführt, der Unterschiede zwischen den bei den einzelnen Kassen versicherten Personen kompensiert. Anfangs beruhte die Berechnung des Ausgleichs lediglich auf Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit der Versicherten; seit 2009 werden den Kassen zentrale risikoadjustierte Beiträge zugewiesen, die zusätzlich die Morbidität berücksichtigen.[250]

Die gesundheitliche Versorgung wird von öffentlichen und privaten Anbietern geleistet. Die ambulante Versorgung wird hauptsächlich durch niedergelassene Haus- und Fachärzte bereitgestellt, während Krankenhäuser erst seit kurzer Zeit ebenfalls (und nur in eingeschränktem Maße) ambulante Leistungen erbringen dürfen. Patienten haben in der Regel Wahlfreiheit unter den ambulanten Ärzten und einen

gewissen Spielraum bei der Wahl des Krankenhauses, an das sie überwiesen werden. Krankenhäuser sind entweder öffentlich (z.B. unterhalten von Bund, Ländern, Bezirken, Kreisen oder Gemeinden bzw. Zusammenschlüssen solcher Körperschaften), privat oder freigemeinnützig (z.B. unterhalten von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden).

5.2. Primärversorgung

In Deutschland erfolgt die Primärversorgung im Rahmen der ambulanten Versorgung, die sowohl Hausärzte (in der Regel niedergelassene Allgemeinmediziner) als auch niedergelassene Fachärzte umfasst. Am Ende des Jahres 2013 waren rund 41 Prozent der niedergelassenen Ärzte Hausärzte [27]; unter den niedergelassenen Fachärzten waren die häufigsten Fachgebiete: Gynäkologie (8 Prozent), Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung (7 Prozent), Pädiatrie (5 Prozent), sowie Orthopädie, Augenheilkunde, Chirurgie und Neurologie (jeweils ca. 4 Prozent).[119]

Patienten müssen sich nicht bei einem Hausarzt einschreiben und Hausärzte haben keine formale *gatekeeping*-Funktion. Im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahr 2004 wurde versucht, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken, indem Krankenkassen dazu verpflichtet wurden, ihren Mitgliedern Hausarztverträge anzubieten. In diesem System meldet sich der Patient freiwillig bei einem Hausarzt an, welcher für mindestens ein Jahr als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Belange fungiert.[251] Seit dem Jahr 2008 sind alle Krankenkassen verpflichtet, Hausarztverträge anzubieten, aber nur wenige Mitglieder haben von diesem Angebot Gebrauch gemacht. Nur etwa 20 Prozent der GKV-Mitglieder haben sich seit Einführung dieser Verträge eingeschrieben,[36] außerdem schwankt die Verfügbarkeit von Hausarztverträgen zwischen den Regionen.[252]

In den 2000er Jahren wurde eine Reihe weiterer Änderungen eingeführt, die auf eine verbesserte Koordination zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und eine Stärkung der Hausarztrolle abzielten. Zu diesen Reformen zählen insbesondere die Einführung eines nationalen Programms der strukturierten Versorgung chronisch Kranker (Disease-Management-Programme) im Jahr 2002, in dem zumeist der Hausarzt als zentraler Koordinator und Versorger fungiert,[253] sowie die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als fachübergreifende Einrichtungen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2004. Die MVZ dienen der verbesserten Koordination der Gesundheitsversorgung durch Teams und bringen mindestens zwei Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen zusammen, darunter zumeist mindestens ein Allgemeinmediziner. Das MVZ kann Vereinbarungen mit ambulanten Krankenpflegediensten, Apothekern, Psychotherapeuten sowie anderen Gesundheitsberufen schließen; diese sind allerdings in der Regel nicht formal an das MVZ angegliedert.[254]

Im Jahr 2008 wurden im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auch Pilotprojekte eingeführt, in denen spezifische Aufgaben, die traditionell vom Arzt durchgeführt werden wie beispielsweise die Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten, an Arzthelfer oder Pflegefachkräfte delegiert werden können.[255] Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2008[256] und das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 hatten eine weitere Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung zum Ziel. Das GKV-VStG führte darüber hinaus eine Reihe von Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung in

unterversorgten Gebieten ein, die im Detail in Abschnitt 5.2.4 beschrieben werden. Die Weiterentwicklung der hausarztzentrierten Versorgung in der deutschen GKV, einschließlich der Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, Hausarztverträge anzubieten, wurde im Rahmen des Koalitionsvertrags im Jahr 2013 weiter gestärkt.[141]

Vergütung von Ärzten im ambulanten Sektor

Niedergelassene Ärzte im ambulanten Bereich werden prinzipiell auf Basis von Pauschalen vergütet.[251] Ärzte, die im Rahmen der GKV praktizieren, sind Mitglied einer der 17 regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (jedes der 16 Bundesländer hat eine KV, mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsreichsten Bundesland, mit zwei KV). Auf Bundesebene werden die KV von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vertreten.

Die regionalen KV verhandeln mit den Landesverbänden der Krankenkassen die sogenannte Gesamtvergütung. Die Gesamtvergütung umfasst die gesamte vertragsärztliche Versorgung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der KV. Die Vergütung der einzelnen Vertragsärzte berechnet sich auf Basis der Gesamtvergütung und den von den einzelnen KV-Mitgliedern eingereichten Abrechnungen. Die Auszahlung erfolgt vierteljährlich. Sie errechnet sich auf Basis eines Punktesystems, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der auf Bundesebene vom Bewertungsausschuss vereinbart wird, der sich aus der KBV und dem GKV-Spitzenverband zusammensetzt. Der Preis pro Punkt (und somit die Erstattung für eine bestimmte Leistung) wird durch einen landesspezifisch vereinbarten Punktwert auf der Basis eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes bestimmt. Der Orientierungswert wird jährlich durch den Bewertungsausschuss festgesetzt. Preise variieren zwischen den Ländern. Gemäß § 87a SGB V wird ein Teil der Gesamtvergütung als sogenannte „morbiditybedingte Gesamtvergütung“ mit befreiender Wirkung für die Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer KV an die jeweilige KV gezahlt. Auf dieser Basis erfolgt die Vergütung der Ärzte im Rahmen der sogenannten „Honorarverteilung“. Der durch die KV vorzusehende Verteilungsmaßstab enthält Regelungen, die verhindern, dass die Tätigkeit eines Arztes über seinen Versorgungsauftrag hinausgeht. In dieser Weise wird das von den Vertragsärzten angeforderte Vergütungsvolumen insgesamt an die zur Verfügung stehende morbiditybedingte Gesamtvergütung angepasst.

Um eine ausreichende ambulante Versorgung zum Beispiel in unterversorgten Gebieten zu gewährleisten, kann die Landes-KV finanzielle Anreize schaffen, wie zum Beispiel den Verzicht auf die Anwendung von Begrenzungsregelungen oder die finanzielle Unterstützung bei der Niederlassung. Entsprechende Maßnahmen sind im Rahmen der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2012 weiter gestärkt worden (siehe unten).[115]

5.2.1. Charakteristika primärärztlicher Praxen

Niedergelassene Ärzte arbeiten zumeist als Selbständige in einer eigenen Praxis. In der Regel handelt es sich dabei um Einzelpraxen, obwohl die Anzahl von Gemeinschaftspraxen und MVZ zugenommen hat. Im Jahr 2012 gab es im ambulanten Bereich etwa 20.000 Gemeinschaftspraxen, verglichen mit knapp 82.000 Einzelpraxen.[257] Im Jahr 2013 arbeiteten rund 38 Prozent der Allgemeinmediziner in Gemeinschaftspraxen, der Rest in Einzelpraxen.[20]

Die Zahl der MVZ ist von 70 im Jahr 2004 auf 2.006 im Jahr 2013 gestiegen.[258] In 38 Prozent dieser MVZ waren Krankenhäuser entweder als (Mit-)Eigentümer oder Kooperationspartner eingebunden. Von den 12.788 (am 31. Dezember 2013) in Medizinischen Versorgungszentren praktizierenden Ärzten waren 89 Prozent angestellt, . Bemerkenswert ist, dass die Mehrheit der Medizinischen Versorgungszentren ausschließlich angestellte Ärzte beschäftigt (rund 70 Prozent im Jahr 2012), während der Anteil der MVZ, die ausschließlich von Vertragsärzten betrieben werden, stetig zurückgeht.[259] Im Jahr 2013 waren Allgemeinmediziner die größte Gruppe der in MVZ beschäftigten Fachärzte (14,5 Prozent), gefolgt von Fachärzten für Innere Medizin (11 Prozent) und Chirurgie (8 Prozent). Allgemeinmediziner praktizieren in mehr als der Hälfte der Medizinischen Versorgungszentren.[258]

Termine beim Hausarzt sind in der Regel am selben Tag (oder nach kurzen Wartezeiten) erhältlich.[260] Termine bei Fachärzten erfordern in der Regel Wartezeiten von bis zu vier Wochen. Einige Krankenkassen haben Telefonhotlines eingerichtet; diese geben aber üblicherweise nur Auskünfte zu administrativen Fragen und über die Leistungen, die von der GKV gedeckt werden.[260]

5.2.2. Arbeitskräfte in der primärärztlichen Praxis

Wie oben erwähnt, arbeiteten im Jahr 2013 rund 41 Prozent der niedergelassenen Ärzte als Hausärzte. Hausärzte sind in der Regel Fachärzte für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin. Von den 34.010 Hausärzten waren rund 65 Prozent Fachärzte für Allgemeinmedizin, 25 Prozent (13.412) Fachärzte für Innere Medizin und der Rest (5.803) Ärzte ohne Facharztbezeichnung (praktische Ärzte).[27] 41 Prozent der Hausärzte waren Frauen und etwa 8 Prozent der Hausärzte arbeiteten als Angestellte. Gemeinschaftspraxen bestehen normalerweise aus zwei Ärzten.

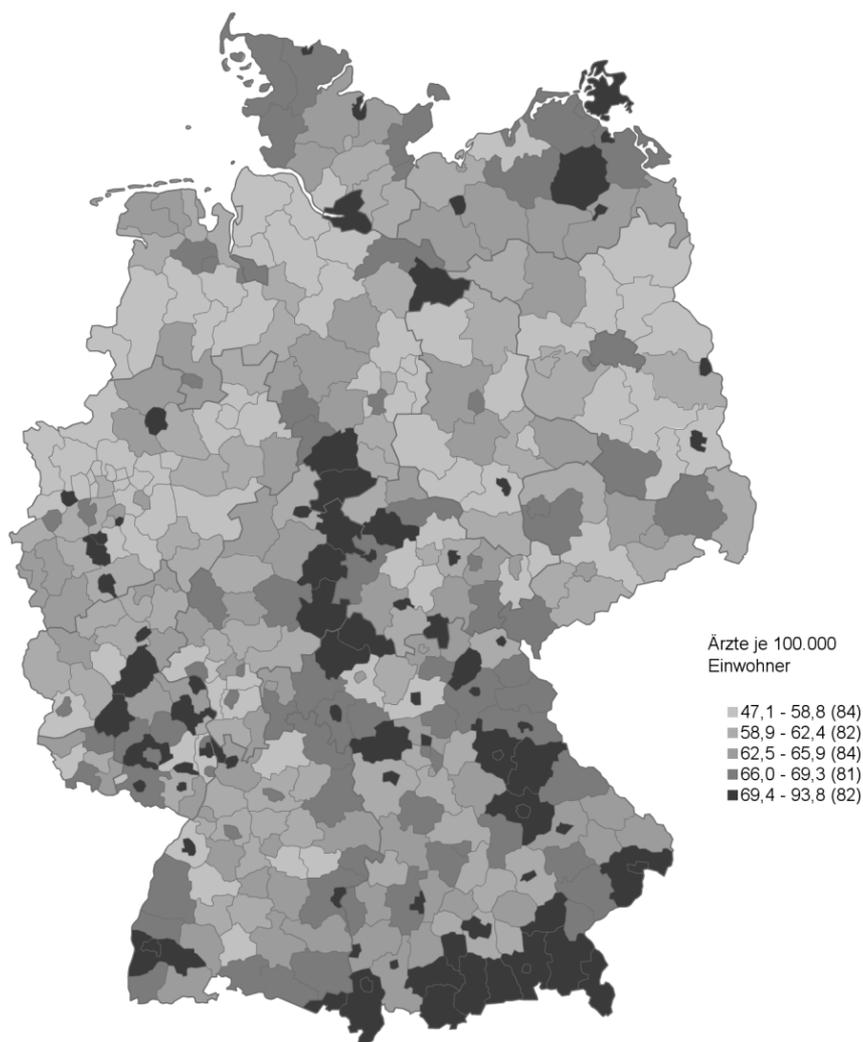
Über die vergangenen Jahre hinweg hat sich die Zusammensetzung der Ärzteschaft verändert, mit einem Rückgang der Allgemeinmediziner und einer Zunahme der Fachärzte in anderen Fachgebieten.[19] Zwischen den Jahren 2000 und 2012 fiel der Anteil der Hausärzte im ambulanten Sektor kontinuierlich, von 60 Prozent im Jahr 1991 auf 46 Prozent im Jahr 2012. Der Anteil der Fachärzte nahm währenddessen jährlich um 1,5 Prozentpunkte zu und stieg so von 40 Prozent im Jahr 1991 auf 54 Prozent im Jahr 2012.[47] Im gleichen Zeitraum fiel auch der Anteil der Gebietsanerkennungen der Fachärzte für Allgemeinmedizin von 16 Prozentpunkten im Jahr 2000 (1.626 / 10.098) auf 10 Prozentpunkte im Jahr 2012 (1.197 / 11.891).[22]

Neben diesem strukturellen Wandel hat sich auch die Altersstruktur insbesondere in der ambulanten Versorgung verändert. Das Durchschnittsalter von Ärzten in der ambulanten Versorgung lag z.B. im Jahr 1993 bei 47,5 Jahren und nur 9 Prozent waren 60 Jahre oder älter.[57] Bis zum Jahr 2010 war das Durchschnittsalter auf 52,1 Jahre gestiegen und der Anteil der Ärzte im Alter von 60 Jahren oder älter hatte sich mit 21,5 Prozent mehr als verdoppelt. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärzte lag im Vergleich dazu bei ungefähr 41 Jahren.[22] Diese Überalterung ist eine besondere Herausforderung für die Bereitstellung von Hausärzten, deren Durchschnittsalter im Jahr 2012 bei 54,3 Jahren lag. Rund 31 Prozent der Hausärzte sind 60 Jahre oder älter und mehr als zwei Drittel sind im Alter von 50 Jahren oder älter.[20] Basierend auf Zahlen zum Eintritt und Ausscheiden von Ärzten in der ambulanten Versorgung hat ein im Jahr 2010 veröffentlichter Bericht einen Rückgang von Hausärzten von rund 7.000 (oder 13 Prozent) bis zum Jahr 2020 prognostiziert.[48] Dies steht im Gegensatz zu einem geschätzten Bedarf von

rund 15.000 Hausärzten, der nötig wäre, um angesichts des demografischen Wandels eine ausreichende hausärztliche Versorgung im Jahr 2020 zu gewährleisten.[47]

5.2.3. Regionale Verteilung von Hausärzten

Die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Deutschland stellt eine besondere Herausforderung dar. Wie oben angedeutet, ist die Verteilung von Ärzten in der ambulanten Versorgung durch ein potenzielles Überangebot in und um Ballungszentren gekennzeichnet, während dünn besiedelte, ländliche und strukturschwache Gebiete, insbesondere solche im östlichen Teil des Bundesgebietes, eine mögliche Unterversorgung verzeichnen.[18] Abbildung 8 zeigt die Hausarztichte in Deutschland, die im Jahr 2012 je nach Bezirk zwischen 47 und 94 Hausärzten je 100.000 Einwohner lag.[45] Rund die Hälfte aller Bezirke (47 Prozent) verzeichnete eine Dichte von 56–66 Ärzten je 100.000 Einwohner.



© 2014 versorgungsatlas.de

Abbildung 8 Anzahl der Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Region, Deutschland, 2012

Quelle: versorgungsatlas.de (2014)[45]

Einige Kassenärztliche Vereinigungen berichten von (zukünftigen) Schwierigkeiten in der Nachbesetzung von in den Ruhestand tretenden Hausärzten. Daten für Schleswig-Holstein zeigen beispielsweise, dass

etwa ein Drittel aller Hausärzte 60 Jahre oder älter sind und somit erwartet werden kann, dass diese in naher Zukunft in den Ruhestand treten werden.[261] Dies entspricht einem Ausscheiden von rund 600 Hausärzten, dem im Jahr 2013 lediglich knapp 60 neu zugelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin entgegenstanden. Laut Vorausberechnungen für das südwestliche Rheinland-Pfalz wird, unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen in der Ärzteschaft und den prognostizierten Patientenzahlen in der Region, bis zum Jahr 2020 ein Defizit von rund 1.400 Hausärzten erwartet.[262]

Die Schwierigkeiten, eine ausreichende Anzahl von Medizinstudierenden für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, wurden ausführlich beschrieben. Obwohl die Zahl der Medizinstudierenden in den letzten 10 Jahren relativ stabil geblieben ist, stellte eine bundesweite Befragung aus dem Jahr 2014 von rund 11.500 Medizinstudierenden fest (13,5 Prozent aller Medizinstudierenden), dass nur etwa 10 Prozent eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anstrebten; ein weiteres Drittel der Befragten zog die Allgemeinmedizin als Option in Betracht.[147] Diese Umfrage zeigte auch, dass Studierende der Medizin generell eine starke Vorliebe für städtische Gebiete hatten; mehr als die Hälfte der Befragten gab an, nicht in sehr kleinen oder ländlichen Gemeinden arbeiten zu wollen. Diese Präferenz wurde auch von anderen Studien bestätigt.[260] Die Beobachtungen lassen sich zum Teil mit finanziellen Erwägungen erklären, gleichzeitig spielen örtliche Strukturen eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Eine Studie unter Ärzten in Weiterbildung in 5 Regionen, worunter sich 35 Prozent Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin befanden, identifizierten die folgenden Einflussfaktoren als stärkere Determinanten für eine Niederlassung: die Höhe des Einkommens, die Anzahl der zu leistenden Bereitschaftsdienste pro Monat sowie die Verfügbarkeit des Schul- und Betreuungsangebots für Kinder.[263] Die Studie zeigte, dass ein höheres Einkommen zusammen mit einer Begrenzung von maximal zwei Bereitschaftsdiensten pro Monat, für Ärzte einen Anreiz darstellen würde, in ländlichen Regionen zu arbeiten. Eine weitere kleinere qualitative Studie über die Einstellung von Allgemeinmedizinern zur Niederlassung im ländlichen Raum identifizierte ebenfalls die Höhe des Einkommens und lokale Strukturen als wichtige Determinanten und schlug vor, Maßnahmen, die auf die Gewinnung in unterversorgten Gebieten abziele, entsprechend diesen Faktoren auszurichten.[264]

5.2.4. Konzepte für die Bereitstellung von Arbeitskräften in der Primärversorgung auf nationaler und regionaler Ebene

Die Zahl der zum Medizinstudium zuzulassenden Studierenden wird von den Landesregierungen im Rahmen eines Staatsvertrages bestimmt (siehe auch Abschnitt 5.4).[265] Die jeweiligen Landesministerien für Wissenschaft und/oder für Bildung legen, in Absprache mit den Fakultäten für Medizin, die Zulassungszahlen für Medizinstudierende fest.[56]

Das Verfahren zur Planung der Anzahl der in der GKV ambulant praktizierenden Ärzte ist im Rahmen des Sozialgesetzbuches festgelegt. Dieses besagt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den zuständigen Landesbehörden, mittels eines „Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ die Anzahl der niedergelassenen Vertragskassenärzte im ambulanten Sektor regeln.[265] Der Bedarfsplan für das jeweilige Land ist nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erstellen. Diese Richtlinie enthält fachgruppenbezogene Verhältniszahlen, die die Anzahl von Vertragsärzten für jedes Fachgebiet je Einwohner in einem bestimmten Gebiet (einschließlich der Allgemeinmedizin) festlegen. Gemäß der

Gesundheitsreform des Jahres 1993 war das ursprüngliche Ziel dieser Vorgabe, die Anzahl von Ärzten in der ambulanten Versorgung in bereits überversorgten Gebieten zu begrenzen.[266] Insbesondere verpflichtete die Richtlinie die zuständigen regionalen Verbände der Vertragsärzte und Krankenkassen dazu, in Regionen, in denen das ärztliche Angebot die festgelegten Quoten für ein Fachgebiet um 10 Prozent überstieg, die Einrichtung neuer Praxen in dem jeweiligen Fachgebiet zu beschränken. Die Bedarfsplanung betrifft ausschließlich die vertragsärztlichen Praxen (ambulante Praxen und MVZ, die mit der GKV abrechnen); diese müssen sich bei dem mit Vertragsärzten und Kassenvertretern paritätisch besetzten Zulassungsausschuss um die Zulassung zum Vertragsarzt bewerben. Für Ärzte in privater Praxis gibt es keine Beschränkungen hinsichtlich der Niederlassung.

Anfänglich wurde die Definition von Überangebot auf Basis der allgemeinen Verhältniszahlen des Jahres 1990 bestimmt. Seither sind einige Anpassungen vorgenommen worden, um Veränderungen bei bestimmten Facharztgruppen zu reflektieren; so zum Beispiel im Jahr 2000 für Fachärzte für Allgemeinmedizin (basierend auf Daten von 1995).[265] Andere Faktoren wie Alter, Geschlecht, Morbidität oder sozioökonomischer Status wurden nicht berücksichtigt. Dieser Ansatz wurde gemeinhin als ausreichend angesehen, um das ärztliche Überangebot zu begrenzen. Er erwies sich jedoch als wenig effektiv im Hinblick auf die Steuerung in bestimmten unterversorgten Fachgebieten und Regionen, vor allem in ländlichen Regionen im östlichen Teil des Landes.[267]

Die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2012 versuchte, diesem Problem durch die Einführung von Maßnahmen für die bessere Steuerung der Anzahl von Vertragsarztsitzen in der ambulanten Versorgung im Bundesgebiet entgegenzutreten; der Gemeinsame Bundesausschuss war gehalten, im Rahmen der Reform die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überarbeiten.[115, 266] Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf ländlichen und unterversorgten Gebieten sowie im Bereich der hausärztlichen Versorgung. Neue Bestimmungen sahen außerdem eine Stärkung der Rolle der Regional- oder Landesbehörden vor.[268] Die wichtigsten Änderungen seit dem Jahr 2013 betreffen unter anderem die Flexibilisierung der regionalen Bedarfsplanung, die Neudefinition von Versorgungsebenen in der hausärztlichen Versorgung, eine allgemein fachärztliche Versorgung (z.B. Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte und Kinderärzte), eine spezialisierte fachärztliche Versorgung (z.B. Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen) sowie eine gesonderte fachärztliche Versorgung (z.B. Pathologen, Transfusionsmediziner, Nuklearmediziner, Neurochirurgen) sowie die Berücksichtigung von demografischen Faktoren (z.B. Alter) und regionalen Besonderheiten, welche den Bedarf beeinflussen.[269] Nach Angaben einiger Kassenärztlicher Vereinigungen haben die überarbeiteten Regelungen die Schaffung neuer Hausarztpraxen positiv beeinflusst.[270-272] Eine Erfahrung, die nicht überall geteilt wird.

Anreizsysteme für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten

Wie oben erwähnt, war das übergeordnete Ziel der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2012, eine flächendeckende ärztliche Versorgung im ambulanten Sektor, unter Berücksichtigung des regionalen Bedarfs, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Regionen sicherzustellen.[268] Neben der Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurden verschiedene weitere Maßnahmen eingeführt, um Ärzte zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu bewegen. Zu diesen Maßnahmen zählten, unter anderem, finanzielle Anreize, erweiterte Möglichkeiten, eine Zweigpraxis zu eröffnen und medizinische

Aufgaben zu delegieren, sowie Zuschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung der Niederlassung.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind bereits gesetzlich verpflichtet, angemessene finanzielle und sonstige Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Die Gesundheitsreform des Jahres 2012 schuf darüber hinaus die Möglichkeit, sogenannte Strukturfonds für unterversorgte Regionen einzurichten.[115] Hierzu tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen je 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei. Mittel aus den Strukturfonds sollen für Investitionskostenzuschüsse im Rahmen einer neuen Niederlassung oder der Einrichtung einer Zweigpraxis, für Zuschläge zur Vergütung von Versorgungsleistungen, für die Unterstützung von Ärzten in Weiterbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Die Reform sah auch die Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens für den Betrieb ambulanter Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und örtliche Träger vor. Der im Jahr 2014 veröffentlichte Bericht des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) stellte jedoch fest, dass der Einfluss dieser Maßnahmen insgesamt eher gering geblieben ist, obwohl einige Kassenärztliche Vereinigungen Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten eingeführt hatten.[47]

Der Koalitionsvertrag des Jahres 2013 sah eine Weiterführung der genannten Reformen vor, so zum Beispiel die Möglichkeit, Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten zuzulassen, die Förderung von Praxisnetzen und die Stärkung bestehender Regelungen, die den Aufkauf von Arztstühlen zum Abbau von Überversorgung ermöglichen.[273]

5.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung

In Deutschland sind alle approbierten und ärztlich tätigen Ärzte Pflichtmitglied der jeweiligen Landesärztekammer.[251] Die landesrechtlich geregelten Kammern sind unter anderem für die fachärztliche Weiterbildung und Fortbildung verantwortlich. Darüber hinaus legen sie die professionellen und ethischen Standards für den Arztberuf fest. Die Landesärztekammern werden auf Bundesebene von der Bundesärztekammer (BÄK) vertreten. Die BÄK ist allerdings, im Unterschied zu den Landesärztekammern, keine Körperschaft des Öffentlichen Rechts und kann daher nur, mit Ausnahme von wenigen Bereichen, Empfehlungen aussprechen.

5.3.1. Zulassung als Arzt

Alle Ärzte, die in Deutschland praktizieren oder zur Facharztweiterbildung zugelassen werden wollen, müssen im Besitz einer Approbation oder einer befristeten Berufserlaubnis sein. Die Approbation ist in ganz Deutschland gültig, während die befristete Berufserlaubnis zeitlich in Bezug auf das Bundesland, in dem sie ausgestellt wurde, begrenzt ist. Die befristete Berufserlaubnis wird zumeist Ärzten mit ausländischer Staatsangehörigkeit erteilt.[66] Die Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis liegt in der Verantwortung der Landesgesundheitsbehörden. Die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der Ärztekammer sind in der Bundesärzteordnung (BÄO) festgelegt.[274]

5.3.2. Rezertifizierung

Die Gesundheitsreform des Jahres 2004 führte eine Form der Rezertifizierung ein,[275] wonach für alle Ärzte eine Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung sowie eine entsprechende Nachweispflicht besteht. Ziel ist die Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie der Patientensicherheit.[276] Der Nachweis der kontinuierlichen Fortbildung kann mittels eines von der jeweiligen Landesärztekammer ausgestellten Fortbildungszertifikats oder durch die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme durch die Ärztekammern geschehen; die entsprechenden Bedingungen sind in der (Muster-)Weiterbildungsordnung festgelegt.[277] Vertragsärzte, die in der ambulanten Versorgung praktizieren, müssen alle fünf Jahre der KV gegenüber in ihrem Fachgebiet nachweisen, dass sie im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind.[278] Andernfalls ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die folgenden vier Quartale um 10 Prozent (und für die nächsten vier Quartale um 25 Prozent) zu kürzen. Der Arzt kann die Fortbildung nachholen. Die nachgeholte Fortbildung wird nicht auf den folgenden Fünfjahreszeitraum angerechnet. Der Arzt erhält das volle Honorar erst wieder nach Ablauf des Quartals, in welchem er den vollständigen Fortbildungsnachweis erbracht hat. Ärzten, die die Fortbildungsanforderungen innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf der Fünfjahresfrist nicht nachholen, kann die Zulassung als Vertragsarzt entzogen werden.

5.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

5.4.1. Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

In Deutschland setzt sich die medizinische Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aus einem sechsjährigen Medizinstudium, nach welcher der Absolvent die Zulassung zur Berufsausübung (Approbation) ersuchen kann, und einer fünfjährigen fachärztlichen Weiterbildung zusammen.

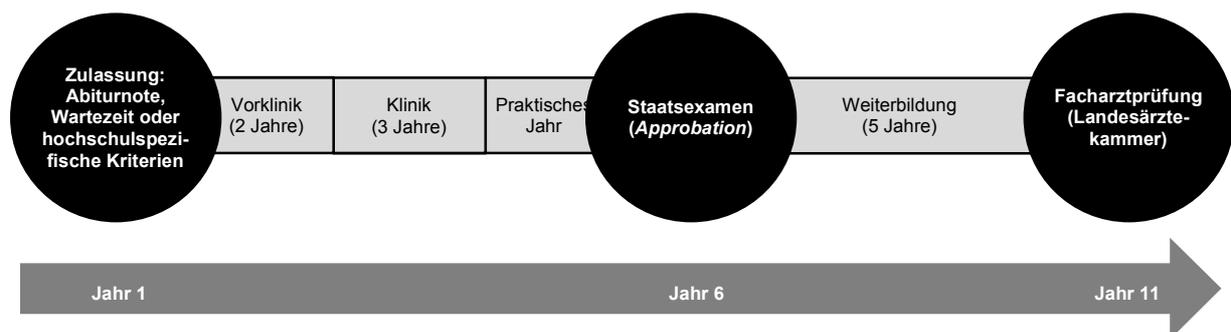


Abbildung 9 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland

Zulassung zum Medizinstudium

Die Zulassung zum Medizinstudium an einer der 37 medizinischen Fakultäten (einschließlich einer Privatuniversität) in Deutschland erfolgt gemäß einem von drei Kriterien: (i) Abiturnote, (ii) Wartezeit (Anzahl der Semester, die seit dem Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung vergangen sind, abzüglich der Semesteranzahl, die der Kandidat an einer deutschen Fakultät in einem anderen Fach als Medizin eingeschrieben war); und (iii) weiteren Auswahlkriterien, die von den einzelnen medizinischen Fakultäten festgelegt werden. Rund 20 Prozent der Bewerber werden auf Grundlage ihrer Abiturnote zugelassen (Abiturbestenquote), weitere 20 Prozent auf Grundlage der Wartezeit und die restlichen 60 Prozent gemäß den Auswahlkriterien der einzelnen Fakultäten.[56] Die Auswahlkriterien der einzelnen medizinischen Fakultäten umfassen eine Kombination von zwei oder mehreren der folgenden Elemente: Abiturnote, gewichtete Einzelnoten des Abiturs, Studienbefähigungsprüfung, Interview und andere Kriterien. Die Abiturnote bleibt ein wesentlicher Faktor des Auswahlverfahrens.

Wie oben erwähnt, wird die jährliche Zahl der verfügbaren Plätze an den medizinischen Fakultäten für Medizin durch den Numerus clausus festgelegt, der auf Grundlage der potenziell verfügbaren Studienplätze und der Zahl der Bewerber berechnet wird. Die Anzahl der Plätze an den medizinischen Fakultäten war in den letzten 30 Jahren mit jährlich zwischen 10.000 und 11.000 Plätzen relativ stabil.[57] Basierend auf den Zahlen für das Wintersemester 2013/2014 und das Sommersemester 2014 gab es insgesamt 10.727 Plätze und 63.448 Bewerber (d.h. rund 6 Bewerber pro Studienplatz).[58, 59]

Die verschiedenen Zugangswege zum Medizinstudium in Deutschland haben zu unterschiedlichen Ansätzen in der Zulassung geführt, und einige Kommentatoren haben auf mögliche Nachteile dieses Systems hingewiesen. Insbesondere die Berufung auf die Abiturnote als Hauptkriterium für die Zulassung wird von einigen als unzulänglich empfunden, da dies die sozialen Kompetenzen, die von künftigen Ärzten benötigt werden, nicht ausreichend berücksichtigt.[279] Gleichzeitig wird anerkannt, dass dieser Ansatz vermutlich die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Studienabschlusses erhöht:

[W]ir haben das seit Jahren [...] gefordert, dass wir ein anderes Zulassungssystem, andere Kriterien zugrunde legen müssen [...] nicht nur den Numerus clausus, sondern auch soziale Aspekte einfließen zu lassen [...] Die Fakultäten begrüßen natürlich den Numerus clausus, weil er die größte Sicherheit darstellt, und dazu gibt es eine eindeutige Korrelation: Je besser die Abiturnote ist, desto eher wird das Studium ohne Probleme und mit sehr guten Ergebnissen absolviert und in der Mindestzeit, das haben wir ja auch in Deutschland. Wir haben wenige Studienabbrecher. (IntDE05)

Einer der im Rahmen dieser Studie befragten Experten stellte außerdem fest, dass es gegenwärtig wenig solide Evidenz gäbe, dass ein Zulassungssystem, das überwiegend auf der Abiturnote basiert, nicht zu kompetenten Ärzten führe:

Wenn der Student eine gute Abiturnote hat, dann wird er auch in den Prüfungen gut abschneiden. Ob das die richtige Voraussetzung für einen guten Hausarzt ist, ist eine ganz andere Frage und wurde noch nie untersucht. Das bedeutet, dass es auf der anderen Seite auch keinen Beweis gibt, dass aus einem guten Studenten, der gute Ergebnisse hat, ein schlechter Hausarzt wird. (IntDE01)

Darüber hinaus wurde eine mögliche Verschiebung von einem überwiegend auf der Abiturnote basierenden Zulassungsverfahren auf ein Verfahren mit Berücksichtigung anderer Kriterien von mehreren der befragten Experten als problematisch gesehen, da dies einer Reform des gesetzlichen Rahmens bedürfte. Gemäß des Grundgesetzes hat jeder Studienbewerber Anrecht auf die freie Wahl des Studienplatzes:

Es gibt ein weiteres Problem: In Deutschland haben wir fünfmal mehr Studienbewerber als Studienplätze für den Studiengang [...] da eine große Nachfrage herrscht, verklagen einige Eltern und Studenten die Universitäten, um hineinzukommen [...] Aus diesem Grund müssen also die Zulassungskriterien vom Gericht überprüfbar sein. (IntDE01)

Die Zulassung zum Medizinstudium wurde zum Gegenstand weitreichender Diskussionen, was sich auch daran zeigt, dass dieses Thema in den Koalitionsvertrag im Jahr 2013 aufgenommen wurde. Dieser sieht die Entwicklung eines „Masterplans Medizinstudium 2020“ für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber vor.[141]

Medizinstudium

Die vom Gesundheitsministerium herausgegebene Approbationsordnung regelt den nationalen Rahmen für das Medizinstudium in Deutschland.[65] Die medizinische Ausbildung setzt sich aus drei Teilen zusammen: Vorklinik (die ersten zwei Jahre), gefolgt von der klinischen Ausbildung (drei Jahre) und dem Praktischen Jahr im sechsten Jahr der Ausbildung. Während der Vorklinik müssen die Studierenden auch eine Erste-Hilfe-Ausbildung sowie eine dreimonatige praktische Krankenpflegeausbildung in einem Krankenhaus absolvieren. Der klinische Teil der Ausbildung beinhaltet ein- bis zweiwöchige Praktika (Blockpraktika) in verschiedenen klinischen Bereichen, wie zum Beispiel in der hausärztlichen Praxis (mindestens zwei Wochen), sowie eine viermonatige Famulatur, die während der unterrichtsfreien Zeit zwischen dem Ersten und Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abzuleisten ist (siehe unten).[66] Die Famulatur wird in drei Abschnitten durchgeführt, von denen ein einmonatiger Abschnitt in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung durchgeführt werden muss. Das letzte Jahr der Ausbildung, das Praktische Jahr, besteht aus 48 aufeinander folgenden Wochen praktischer Ausbildung und ist in drei Rotationen von je vier Monaten aufgeteilt, von denen je eine in der Inneren Medizin und in der Chirurgie durchgeführt werden muss. Die dritte Rotation kann in der Allgemeinmedizin oder einem anderen Wahlfach absolviert werden.[66]

Die Ärztliche Prüfung besteht aus drei Abschnitten. Der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung findet nach dem zweiten Jahr des Medizinstudiums statt. Der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird nach weiteren drei Jahren, das heißt vor Beginn des Praktischen Jahres, und der Dritte Abschnitt nach Beendigung des Praktischen Jahres abgelegt. Die Prüfungen bestehen aus bundeseinheitlich festgelegten schriftlichen Prüfungen (Erster und Zweiter Abschnitt) und mündlich-praktischen Prüfungen (Erster und Dritter Abschnitt). Nach erfolgreichem Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung können Medizinstudierende um die Zulassung zur Berufsausübung (Approbation) ersuchen.

Die allgemeine Prüfungsanforderung ist in der Approbationsordnung festgelegt, die eine Liste der Pflichtfächer und der Rotationen sowie die Gesamtzahl der Unterrichtsstunden beider Abschnitte (Vorklinik und Klinik) beinhaltet. Innerhalb dieses Rahmens wird den einzelnen medizinischen

Fakultäten ein gewisser Gestaltungsspielraum eingeräumt. Dies führe nach Meinung eines der für diese Studie befragten Experten zu „erheblichen Unterschieden zwischen den Fakultäten wenn es um die medizinische Ausbildung geht“ (IntDE02). Des Weiteren stellten die befragten Experten fest, dass das Medizinstudium die Studierenden nicht unbedingt mit den sozialen Kompetenzen ausstatte, die in der täglichen Praxis erforderlich sind:

Im Medizinstudium [...] in Deutschland wird nicht auf den Beruf des Arztes vorbereitet. Es spielt keine Rolle, ob es um die Primär- oder Sekundärversorgung oder sonst etwas geht, wir bereiten unsere jungen Kollegen nicht auf das Berufsleben vor. Wir bilden sie sehr wissenschaftlich [aus] und sie lernen, sich eine Menge Wissen anzueignen. Aber wir bringen unseren jungen Kollegen nicht die Kommunikationsfähigkeit oder die Haltung bei, die ein Arzt haben muss. Das ist das Medizinstudium. (IntDE03)

Praktische Erfahrung sammeln Studierende frühestens nach zwei Jahren, nachdem sie den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestanden haben.[66] Darüber hinaus muss, wie oben erwähnt, ein mindestens zweiwöchiges Praktikum (Blockpraktikum) in der hausärztlichen Praxis absolviert werden. Nach Angaben der für diese Studie befragten Experten kann die Umsetzung des Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin allerdings zwischen den medizinischen Fakultäten variieren (IntDE01):

Die Mindestanforderung für das Medizinstudium ist, dass jeder Student ein Praktikum von mindestens zwei Wochen in der Hausarztpraxis machen muss. Aber das variiert; in [Universitätsname] [sind es] 2 Wochen, aber ich weiß von Orten [...] wo es 8 oder 10 Wochen in der Hausarztpraxis sind. (IntDE03)

In Bezug auf die Allgemeinmedizin wurde von den befragten Experten betont, dass das Praktische Jahr derzeit keine verpflichtende Rotation in der hausärztlichen Praxis vorsieht; eine solche Rotation ist optional. Die Approbationsordnung sieht allerdings seit der letzten Revision im Jahr 2013 vor, dass die Universitäten gewährleisten müssen, dass von Oktober 2015 an 10 Prozent der Studierenden, die das Praktische Jahr anfangen, eine Rotation in der hausärztlichen Praxis absolvieren können. Bis Oktober 2017 muss dies für 20 Prozent der Studierenden, die das Praktische Jahr beginnen, bis Oktober 2019 für alle Studierenden möglich sein.[65] Ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) empfahl, dass man von derzeit drei viermonatigen Rotationen auf vier dreimonatige Praktika umsteigen sollte, um ein zusätzliches Pflichtpraktikum in der hausärztlichen Praxis zu ermöglichen.[280] Eine solche Änderung würde es wahrscheinlicher machen, dass angehende Ärzte sich für die Allgemeinmedizin in der Weiterbildung entschieden. Es würde darüber hinaus allen Medizinstudierenden ermöglichen, das gesamte Spektrum, das von der Allgemeinmedizin abgedeckt wird, kennenzulernen (z.B. Patienten mit chronischen Erkrankungen, Multi-Morbiditäten oder Hausbesuche). Dies könnte den Weg zu einer eher umfassend ausgerichteten medizinischen Ausbildung ebnen.

Diese Empfehlungen wurden prinzipiell von zwei Gutachten unterstützt, die im Jahr 2014 veröffentlicht wurden: dem Gutachten des Wissenschaftsrats und dem oben erwähnten Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit). Der Wissenschaftsrat hat in seinem Gutachten über die Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland empfohlen, das Praktische Jahr „zur Steigerung der Wahlfreiheit der Studierenden“ in vier Ausbildungsabschnitte zu je 12 Wochen umzustrukturieren. Der Rat plädierte für eine Beibehaltung der

zwei obligatorischen Rotationen in der Inneren Medizin und der Chirurgie, während die zwei weiteren Abschnitte frei wählbar sein sollten.[142] Der SVR Gesundheit (2014) unterstützte die Quartalsstruktur des Praktischen Jahres, empfahl aber, zusätzlich zur Inneren Medizin und Chirurgie einen Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin einzuführen.[47] Dieses würde ebenfalls eine obligatorische Staatsexamenprüfung aller Absolventen des Medizinstudiums im Fach Allgemeinmedizin nach sich ziehen, was die Sichtbarkeit und empfundene Relevanz der Allgemeinmedizin innerhalb des Medizinstudiums verbessern würde.

Während praktische Erfahrungen in der Allgemeinmedizin während des Studiums als wünschenswert angesehen werden, wiesen einige der befragten Experten auf die Schwierigkeiten hin, die eine entsprechende Umsetzung mit sich bringen würde. Als problematisch wurde beispielsweise empfunden, eine ausreichende Anzahl an Ausbildungspraxen bereitzustellen:

[Es gibt] große Unterschiede; hier an meiner Universität [...] sind die Praxen, die Studierende ausbilden, ausgewählt. Ich selbst kenne die Kollegen und gehe in die Praxen und sehe mir die Zimmer an; ich rede mit ihnen darüber, was geschehen wird. Aber ich weiß, dass an anderen Orten so quasi alle Hausarztpraxen aus dem Telefonbuch oder dem [Arzt-]Register, aus dem Internet genommen werden. Jeder kann ausbilden, die Studierenden gehen zwei Wochen hin und schauen herum und dann gehen sie wieder weg. (IntDE03)

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat eine Reihe von Kriterien entwickelt, die Ausbildungspraxen erfüllen sollten. Die praktische Umsetzung dieser Kriterien kann allerdings stark variieren. Niedergelassene Ärzte, die Medizinstudierende in ihrer Praxis ausbilden möchten, erhalten weder eine formale Ausbildung, was die Aufsicht über Studierende betrifft, noch werden ihre pädagogischen Fähigkeiten als Ausbilder bewertet (IntDE03). Gleichzeitig sind Ärzte, die sich als Ausbilder bewerben, zumeist sehr motiviert und wollen etwas von ihrer Erfahrung in der Allgemeinmedizin an die kommenden Generationen weitergeben. Dabei versuchen sie, durch Austausch mit anderen Ausbildungspraxen das Ansehen der Allgemeinmedizin zu verbessern und eine akademische Weiterentwicklung des Gebietes zu fördern (IntDE01).

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Die Mindestanforderungen für die fachärztliche Weiterbildung in Deutschland werden, wie bereits erwähnt, von der Bundesärztekammer im Rahmen der (Muster-)Weiterbildungsordnung definiert.[31] Die konkrete Umsetzung sowie die Festlegung von Anforderungen entsprechend der Rahmenweiterbildungsordnung obliegt den Landesärztekammern. Die (Muster)Weiterbildungsordnung gibt vor, dass die Weiterbildung „unter verantwortlicher Anleitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt“ wird.[31] Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin setzt sich aus einer 36-monatigen stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin sowie einer 24-monatigen Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zusammen. Von der 36-monatigen stationären Basisweiterbildung können bis zu 18 Monate in der unmittelbaren Patientenversorgung auch im ambulanten Bereich angerechnet werden, während in der 24-monatigen Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung bis zu 6 Monate in der Chirurgie angerechnet werden können. Des Weiteren sieht die allgemeinmedizinische Weiterbildung einen 80-stündigen Kurs „Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung“ vor. Der gemäß der

(Muster)Weiterbildungsordnung festgelegte Weiterbildungsinhalt schreibt den Erwerb von „Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Inhalten der Basisweiterbildung aus dem Gebiet Innere Medizin“ vor, unter anderem Gesundheitsberatung, Früherkennung, Prävention und Rehabilitation von Gesundheitsstörungen; Erkennen und Behandlung von Krankheiten; Betreuung von palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten; Grundlagen der Arzneimitteltherapie; Langzeit- und Familienmedizin; sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wie Elektrokardiogramm, Ultraschalluntersuchung, spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion, Punktions- und Katheterisierungstechniken sowie enterale und parenterale Ernährung. Für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sieht die (Muster)Weiterbildungsordnung eine Dauer von insgesamt fünf Jahren nach Erhalt der Approbation vor, allerdings ist die Weiterbildungszeit in der Praxis mit einer Dauer von etwa acht Jahren in der Regel länger.[47, 50]

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (wie auch in jedem anderen Fachgebiet) ist fast ausschließlich *training on the job*; sie sieht keine formalen Elemente der Ausbildung wie Lehrveranstaltungen vor. Diese Beobachtung wurde in einer von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Auftrag gegebenen Studie aus dem Jahr 2009, die sich mit der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftigte, hervorgehoben.[86] Die Studie stellte fest, dass, verglichen mit dem „best EU standard of GP-training“, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland zur Zeit im Wesentlichen auf einer „Liste von Kompetenzen“ beruhe, die Ärzte in Weiterbildung erwerben müssten, es jedoch kein übergeordnetes Rahmenkonzept (*overarching blueprint*) für die Weiterbildung gebe. Die aufgelisteten Kompetenzen seien meist technischer Natur (z. B. Ultraschall) und sie scheinen für jemanden, der in einem anderen EU-Gesundheitssystem arbeitet, der patientenorientierten, holistischen Weiterbildung für Allgemeinmedizin wenig Rechnung zu tragen.[86] Die für die gegenwärtige Studie befragten Experten stimmten mit diesen Beobachtungen insofern überein, als sie feststellten, dass die Art und der Inhalt dessen, was während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin vermittelt werde, variieren könne (IntDE03).

Die Zulassung einer Hausarztpraxis als Weiterbildungsstätte gemäß den in der (Muster)Weiterbildungsordnung festgelegten Vorgaben erfordert eine Antragstellung bei der zuständigen Ärztekammer. Mindestanforderungen beinhalten unter anderem, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt selbst Facharzt in dem entsprechenden Fachgebiet sowie „fachlich und persönlich geeignet“ ist. Außerdem muss er „eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen“ können.[31] Anforderungen zur Zulassung einer Einrichtung als Weiterbildungsstätte sind in der Regel ziemlich weit gefasst. So muss die Weiterbildungsstätte eine ausreichende Zahl an Patienten mit den für die Weiterbildung typischen Krankheitsbildern haben, Personal und Ausstattung müssen den Erfordernissen der medizinischen Weiterbildung entsprechen und in Krankenhausabteilungen müssen regelmäßige Konsiliartätigkeiten stattfinden. Die Umsetzung dieser allgemeinen Vorgaben liegt in der Verantwortung der Landesärztekammern, so dass es zu Unterschieden zwischen den Bundesländern kommen kann.

Im Hinblick auf die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bemerkte einer der für diese Studie befragten Experten, dass es derzeit keine formalen Standards, Anforderungen oder Überprüfungen der Weiterbildungspraxen gebe (IntDE02). In einem aktuellen Vorschlag zur „Einschätzung der Strukturqualität in Weiterbildungspraxen“ verwies die DEGAM (2013) auf das „heterogene[s]

Anforderungsprofil für Weiterbilder“.[281] Die Autoren schlugen 19 Kriterien in drei Domänen (Qualifikation der Weiterbilder, Infrastruktur der Praxis und Patientenspektrum) für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis vor. Diese Kriterien müssen allerdings noch im Hinblick auf Machbarkeit und Umsetzung geprüft werden.

Anreize, als Weiterbildungspraxis zu fungieren, liegen unter anderem darin, dass die Arbeit des Arztes in Weiterbildung zur Arbeitsentlastung in der Praxis beitragen kann (IntDE02). Zwei der für diese Studie befragten Experten betonten außerdem, dass die Weiterbildungsbefugnis von Praxen als ein Zeichen von „Qualität“ (IntDE05, IntDE02) gesehen werden kann. Tabelle 11 beschreibt die Zahl der Ärzte, die sich zwischen 2010 und 2012 in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befanden; im Jahr 2012 waren dies insgesamt 3.842 Ärzte in der ambulanten Versorgung (Vollzeitäquivalent von 2.156), davon waren 72 Prozent Frauen.[87]

Tabelle 11 Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (ambulante Versorgung), Deutschland, 2010-2012

Jahr	2010	2011	2012
Ärzte in Weiterbildung im ambulanten Bereich (Kopfzahl)	3.258	3.483	3.842
Vollzeitäquivalent	1.809	1.943	2.156

Quelle: KBV, DKG, GKV Spitzenverband (2013)[87]

Als Herausforderung für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland wird das empfundene Fehlen eines beruflichen Weiterbildungsprogramms mit garantierten Stellen für die gesamte Weiterbildungszeit gesehen, welches die Weiterbildung planbarer machen würde.[86] Gegenwärtig müssen Ärzte in Weiterbildung die für das Fachgebiet erforderlichen Rotationsstellen selbst organisieren. Dabei sind sie auf die Verfügbarkeit entsprechender Arbeitsplätze angewiesen. Ein für diese Studie befragter Experte sprach auch einen empfundenen Mangel an Kontinuität von der Aus- zur Weiterbildung an:

Es gibt keine formales „Management“ des Übergangs [zwischen Ausbildung und fachärztlicher Weiterbildung]. Der Arzt oder die Ärztin wählen selbst das Fachgebiet, die Suche nach einem Weiterbildungsplatz [...] hängt dann von den persönlichen Lebensumständen ab, ob er oder sie Familie hat, eine bestimmte Stadt bevorzugt oder eine bestimmte Region. Es gibt also kein Management, keine Verbindung. (IntDE02)

Eine im Jahr 2010 zwischen den Hauptakteuren auf Bundesebene geschlossene Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung hat das Ziel, die Bedingungen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Deutschland zu verbessern. Diese Vereinbarung baut auf früheren Vereinbarungen, die den Rahmen für die Finanzierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin festlegten (1999, 2001), auf (Details hierzu finden sich in Abschnitt 5.4.3).[95] Sie schreibt unter anderem die Einrichtung von Koordinierungsstellen zur verbesserten Koordination und Organisation der Weiterbildung auf Landesebene vor, welche von den

zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften unter Einbeziehung der Landesärztekammern eingerichtet werden sollen. Aufgaben der Koordinierungsstellen sind unter anderem die Beurteilung der Qualität der Weiterbildungsstätten sowie die Organisation und Unterstützung der Weiterbildung für Ärzte. Gemäß des Evaluierungsberichts aus dem Jahr 2012 hatten bis zu diesem Zeitpunkt 15 der 16 Bundesländer eine Koordinierungsstelle eingerichtet.[87] Das Tätigkeitsspektrum der Koordinierungsstellen variiert zwischen den Ländern, in der Regel beinhaltet es die Durchführung von Informationsveranstaltungen, zumeist für Ärzte in Weiterbildung, aber auch teilweise für Medizinstudierende, oder die Schaffung von Stellenbörsen. Wie bereits erwähnt, ist eine zentrale Funktion der Koordinierungsstellen die Organisation und Koordination der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auf Landesebene, insbesondere für Ärzte, die ihre Weiterbildung nicht in einem Weiterbildungsverbund absolvieren können. Bis zum Jahr 2012 war lediglich etwa die Hälfte der Koordinierungsstellen in diesem Bereich tätig geworden, beispielsweise durch Vermittlung der nächsten Weiterbildungsstelle. Darüber hinaus sind die Koordinierungsstellen beauftragt, Befragungen von Ärzten in Weiterbildung über die Qualität der Weiterbildung durchzuführen; dies war im Jahr 2012 jedoch nur in wenigen Bundesländern umgesetzt.

Gleichzeitig haben einige medizinische Fakultäten Kompetenzzentren gegründet, die darauf abzielen, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu koordinieren. Beispiele hierfür sind die Kompetenzzentren an den Universitäten Frankfurt, Marburg[282] sowie Heidelberg.[283] Das übergeordnete Ziel der Zentren ist die Stärkung der Allgemeinmedizin durch Förderung von Standards in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Neben der Koordinierungsfunktion unterstützen diese Zentren die in der Weiterbildung befindlichen Ärzte und deren Ausbilder durch Seminare und Mentoring und bieten Unterstützung und Beratung für Weiterbildungsverbände an. Die Zentren werden derzeit von den jeweiligen Landesgesundheitsministerien unterstützt.

Wie oben erwähnt, müssen Ärzte in Weiterbildung die in der jeweiligen Weiterbildungsordnung festgelegten Vorgaben erfüllen.[66] In der Regel entscheidet der befugte Weiterbilder, wann der Arzt in Weiterbildung die Abschlussprüfung ablegen sollte. Die Abschlussprüfung wird als mündliche Prüfung vor einem von der zuständigen Landesärztekammer einberufenen Prüfungsausschuss abgelegt. Die Ärztekammer erteilt die Zulassung zur Prüfung, wenn die Erfüllung der zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen durch Zeugnisse und Nachweise belegt ist. Nach bestandener Prüfung erhält der Arzt die Bezeichnung Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet

Im Jahr 2012 gab es 82 verschiedene Fachtitel und -gebiete in der Medizin. Von den jährlich rund 12.000 Absolventen erzielten nur etwa 1.200 Ärzte eine Anerkennung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder für „Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“.[22] Das vergleichsweise geringe Interesse an dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin spiegelt sich in Befragungen von Medizinstudierenden wider. So liegt beispielsweise nach Angaben der jüngsten bundesweiten Umfrage unter Medizinstudierenden (2014) der Anteil derjenigen, die eine Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin anstreben, bei rund 10 Prozent.[147] In einer anderen Befragung von 1.012 Studierenden in sieben deutschen Städten im Jahr 2009 äußerten 96 Prozent den Wunsch nach einer fachärztlichen Weiterbildung.[104] Von diesen gaben 7 Prozent an, sich in der Allgemeinmedizin weiterbilden zu wollen und weitere 7 Prozent gaben

(allgemeine) Innere Medizin als ihre erste Wahl an. Rund 10 Prozent der Befragten gaben als Ziel an, sich in einer eigenen Praxis niederlassen zu wollen (90 Prozent davon gaben auch an, dass Allgemeinmedizin ihre erste Wahl sei). Rund 10 Prozent der Befragten gaben als Ziel an, sich in einer eigenen Praxis niederzulassen und von diesen gaben 90 Prozent an, dass Allgemeinmedizin ihre erste Wahl sei. Von den 10 Prozent der Befragten, die eine Niederlassung in eigener Praxis anstrebten, gaben 22 Prozent an, diese in einer ländlichen Gegend zu etablieren. Dies entspricht 2,2 Prozent der Befragten, die ein Berufsziel angaben.[104] Eine prospektive Kohortenstudie von Medizinstudenten, die ihr Studium im Jahr 2009 an einer von sieben medizinführenden Hochschulen abgeschlossen hatten, fand mit 9 Prozent einen etwas höheren Anteil an Absolventen, die ein Interesse an der Allgemeinmedizin äusserten. [284] Die Analyse fand allerdings auch heraus, dass nur ein sehr kleiner Prozentsatz aller Absolventen in ländlichen Gebieten praktizieren wollte.

In ihrer Studie zur Einstellung von Medizinstudierenden an drei medizinischen Fakultäten im Süden Deutschlands identifizierten Schneider et al. (2013) eine Reihe von Prädiktoren für eine Berufswahl im Fachgebiet Allgemeinmedizin, ob in eigener Praxis oder im Angestelltenverhältnis.[111] Dazu zählten das weibliche Geschlecht und das Aufwachsen in einer ländlichen Gegend. Ein weiterer Faktor war das Vorhandensein eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin. Die für die gegenwärtige Studie befragten Experten bemerkten, dass nur 21 der 36 medizinischen Fakultäten über einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin verfügten:

Die Fachärzte an den Universitäten haben ihre eigenen Präferenzen und das hat Einfluss auf die Ausbildung. Solange es keine Abteilung für Allgemeinmedizin gibt, ist das Fach nicht ausreichend vertreten. (IntDE01)

Die erwähnte bundesweite Befragung von Medizinstudierenden aus dem Jahr 2014 (an der rund 13,5 Prozent aller Medizinstudierenden teilnahmen) bietet weitere Einblicke in die Beweggründe, sich für (oder gegen) die Allgemeinmedizin oder hausärztliche Praxis zu entscheiden.[147] Die Umfrage ergab, dass die Allgemeinmedizin nicht sehr hoch im Ansehen steht. Mehr als die Hälfte der Befragten glaubte, dass Hausärzte wenig verdienen und rund 52 Prozent verbanden die Niederlassung in eigener Praxis mit beruflicher Isolation.[23] Gleichzeitig gab etwa die Hälfte der Befragten an, dass die Allgemeinmedizin interessant und abwechslungsreich sei, rund 20 Prozent sahen das jedoch nicht so.

5.4.2. Governance

Die Regelung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland erfolgt durch unterschiedliche Akteure, die für verschiedene Aspekte von der Zulassung zum Studium bis zur fachärztlichen Weiterbildung verantwortlich sind.

Die Voraussetzungen, um als Arzt tätig werden zu können, sind in der Bundesärzteordnung aus dem Jahr 1987 (BÄO) geregelt, mit der Approbationsordnung als Bestandteil, die die grundlegende Struktur und Inhalte des Medizinstudiums regelt.[65] Wie bereits erwähnt, legt die Approbationsordnung die allgemeinen inhaltlichen Anforderungen der Ausbildung fest und beschreibt die Kenntnisse und Fähigkeiten, die in der Ausbildung erworben werden müssen. Während die Approbationsordnung also den übergreifenden Rahmen vorgibt, lässt sie den einzelnen medizinischen Fakultäten eine gewisse Freiheit bei der Umsetzung des Lehrplans. Außerdem haben Fakultäten für Medizin seit dem Jahr 1999

die Möglichkeit, Modellstudiengänge anzubieten, die innovative Ansätze in der medizinischen Ausbildung erproben und weiterentwickeln.

Unterschiede in der Umsetzung der Approbationsordnung haben auf Landesebene in Deutschland zu großen Unterschieden in Inhalten und Struktur der medizinischen Ausbildung geführt. Dabei lassen sich drei Gruppen unterscheiden: der traditionelle Ansatz der medizinischen Ausbildung, in welchem die vorklinische und klinische Ausbildung getrennt erfolgen, wie in den vorausgegangenen Abschnitten dieses Berichts beschrieben, Reformstudiengänge, die zwar Änderungen an den vorklinischen und klinischen Ausbildungsteilen vorgenommen haben, die Trennung zwischen den beiden aber bewahren, sowie die schon erwähnten Modellstudiengänge.[142, 285] Die Mehrheit der medizinischen Fakultäten hat den traditionellen Ansatz beibehalten, hat aber eine Anzahl innovativer Elemente, wie zum Beispiel problembasiertes Lernen, evidenzbasierte Medizin oder E-Learning, in ihr Kursangebot eingebaut. Im Jahr 2014 boten 9 von 37 medizinischen Fakultäten Modellstudiengänge an.[142]

Im Hinblick auf die Weiterbildung werden, wie bereits erwähnt, die Rahmenbedingungen von der Bundesärztekammer festgelegt und von den Landesärztekammern, die auch die Abschlussprüfung vornehmen, umgesetzt. Die medizinischen Fakultäten sind an der Weiterbildung nicht beteiligt. Die Trennung der Zuständigkeit zwischen den Fakultäten für Medizin und den Ärztekammern wurde von einer Reihe von befragten Experten angesprochen. Einige Experten sprachen vor dem Hintergrund von „Kompetenzen ... in der Ausbildung und Lehrplanentwicklung“ das bislang ungenutzte Potenzial einer Einbindung der medizinführenden Hochschulen in die Weiterbildung an (IntDE03). Allerdings gibt es sowohl strukturelle als auch politische Hindernisse, die die Umsetzung einer solchen Einbindung derzeit erschweren.

5.4.3. Finanzierung

Das Medizinstudium ist für Studierende in der Regel kostenlos;[94] sie haben jedoch Semesterbeiträge (zumeist zwischen 150 und 300 Euro) zu entrichten. Es stehen darüber hinaus Stipendien und Kredite zur Verfügung.

Die Finanzierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wurde erstmals mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz aus dem Jahr 1998 eingeführt. Dieses verpflichtete die Krankenkassen, in den Jahren 1999 und 2000 mit 1.000 Euro zur Finanzierung von Weiterbildungsplätzen beizutragen, sofern die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung denselben Betrag für Weiterbildungsplätze im ambulanten Versorgungssektor beisteuerte.[146] Die maximale Anzahl der finanziell unterstützten Weiterbildungsplätze im Gebiet der Allgemeinmedizin wurde für das Jahr 1999 mit 3.000 und für 2000 mit 6.000 festgelegt. Ab dem Jahr 2001 sollte die Höhe der finanziellen Beteiligung und die Anzahl der Plätze von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), in Abstimmung mit der Bundesärztekammer, verhandelt werden. Die Höhe der finanziellen Unterstützung sollte so bemessen werden, dass Ärzte in Weiterbildung „eine angemessene Vergütung“ erhalten. Die Anzahl von zu fördernden Weiterbildungsstellen sollte mindestens 5.000 betragen. Obwohl die Zahl der geförderten Plätze im Laufe der Zeit zugenommen hat, waren es im Jahr 2012 insgesamt nur 3.531.[87]

Die oben beschriebenen Vorgaben wurden im Rahmen der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2008 weiterentwickelt. Diese führte zu einer Überarbeitung der Vereinbarung aus dem Jahr 2001 sowie der Einführung weiterer Anreize zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.[95] Die überarbeitete und im Jahr 2010 veröffentlichte Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung beinhaltet strukturelle Maßnahmen sowie finanzielle Anreize. Zu den strukturellen Maßnahmen gehören beispielsweise die oben erwähnte Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene, die für die Organisation und Koordinierung der Weiterbildung verantwortlich sind; sie sind auch verpflichtet, die Fortschritte bei der Umsetzung der Vereinbarung zu evaluieren. Finanzielle Maßnahmen umfassen beispielsweise eine im Jahr 2009 eingeführte Erhöhung der finanziellen Unterstützung für Weiterbildungsplätze in der ambulanten Versorgung von 2.040 auf 3.500 Euro (für eine Vollzeitweiterbildungsstelle), wobei die Kosten von den Krankenkassen und den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen getragen werden. Zur weiteren Förderung der Weiterbildung in unterversorgten Gebieten kann die finanzielle Unterstützung um 500 Euro erhöht werden. Die gesamten Ausgaben für dieses Programm lagen im Jahr 2012 knapp über 90 Mio. Euro (im Vergleich zu 76 Mio. Euro im Jahr 2010).[87]

5.4.4. Qualitätssicherung

Es gibt bundesweite Richtlinien für den allgemeinen Inhalt des Lehrplans in der Ausbildung; die genaue Umsetzung kann aber zwischen bei den medizinischen Fakultäten unterschiedlich ausfallen. Die Qualitätssicherung der medizinischen Ausbildung und der Praktika in der hausärztlichen Versorgung variiert ebenfalls von Universität zu Universität, da die Standards für die Ausbildung örtlich bestimmt werden.

Wie bereits erwähnt, liegt die Zuständigkeit für die Weiterbildung zum Facharzt bei den Landesärztekammern, wobei die Bundesärztekammer allgemeine Leitlinien für die medizinische Weiterbildung in den verschiedenen Fachrichtungen vorgibt.[98] Alle Ärzte in Weiterbildung müssen die in der (Muster)Weiterbildungsordnung festgelegten und von den Landesärztekammern kontextualisierten Kriterien erfüllen. Nachdem der ausbildende Arzt bestätigt, dass der Arzt in Weiterbildung diese Kriterien erfüllt hat, findet eine mündliche Prüfung vor einen Prüfungsausschuss von mindestens drei Ärzten, von denen zwei qualifizierte Fachärzte in dem jeweiligen Fachgebiet sein müssen, statt.[66]

5.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland

Die verfügbare Evidenz lässt die Annahme zu, dass Ärzte, die sich in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung befinden, mit dem aktuellen Weiterbildungssystem in Deutschland nicht zufrieden sind. Insbesondere wird ein Mangel an Struktur und Lernzielen innerhalb der medizinischen Weiterbildung beklagt.[86, 286] Ähnliche Beobachtungen wurden generell für die fachärztliche Weiterbildung in Deutschland gemacht.[287] Ein für diese Studie befragter Experte stellte fest, dass die Universität derzeit nicht dazu in der Lage sei, die Berufswahl zu lenken, und wies auf einen „reduktionistischen“ Ansatz in der medizinischen Ausbildung hin (IntDE03). Ein weiterer Experte unterstrich die Notwendigkeit, dass Studierende früh mit der „Versorgungsrealität“ der klinischen Praxis im ambulanten Sektor konfrontiert

werden müssten, und wies darauf hin, dass sich Studierende und Dozenten nicht immer über die sozialen Aspekte der Medizin und ihre Bedeutung für die Versorgungsqualität bewusst seien (IntDE06). Deshalb wurde angemerkt, dass eine praktische Erfahrung in der Primärversorgung auch für die Weiterbildung in anderen Fachgebieten vorteilhaft sei:

Ich denke, es gibt immer mehr Hochschulen, die realisieren, dass die allgemeinmedizinische Ausbildung nicht nur für die Studierenden wichtig ist, die später in der ambulanten Versorgung arbeiten, [...] sondern auch für diejenigen Studierenden, die sich später spezialisieren; die Zusammenarbeit mit Hausärzten und Allgemeinmedizinern ist ein wesentlicher Bestandteil der Patientenversorgung und immer mehr Hochschulen erkennen, dass sie dahingehend etwas tun müssen. (IntDE03)

Im Hinblick auf die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wies eine Reihe von befragten Experten auf einen wahrgenommenen Mangel an zentraler Steuerung von Standards sowie der Qualität der Weiterbildung hin. Der oben erwähnte Bericht der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin aus dem Jahr 2009 unterstreicht die Bedeutung der expliziten Formulierung von *end-stage*-Kompetenzen für einen fertig ausgebildeten Facharzt für Allgemeinmedizin.[86] Die Einführung von Elementen des kanadischen CanMEDS-Rollenkonzepts könnte zur Entwicklung eines kompetenzbasierten Lehrplans für die Allgemeinmedizin beitragen. Dies ist derzeit in der Pilotphase und wird gegenwärtig evaluiert.[288] Ein weiterer für diese Studie befragter Experte schlug vor, dass medizinische Fakultäten, die eine Abteilung für Allgemeinmedizin haben, eine „treibende Kraft“ (IntDE02) für die Koordination und Beobachtung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden könnten.

Auf die Frage, inwiefern der derzeitige Ansatz zur medizinischen Aus- und Weiterbildung den sich ändernden Bedürfnissen der Bevölkerung in Deutschland gerecht werde, meinten für die gegenwärtige Studie befragten Experten, dass das Weiterbildungssystem solche Anforderungen nicht berücksichtigt:

Wir haben eine Fehlanpassung des Angebots für die Spezialisierung der Chancen und des Bedarfs, den wir in der täglichen ambulanten Patientenversorgung sehen. So, wie ich das sehe, gibt es da eine große Lücke. Das Angebot ist wirklich völlig abgekoppelt von den Bedürfnissen der Bevölkerung. (IntDE02)

Ein Experte wies auf die möglichen Auswirkungen vor dem Hintergrund knapper Ressourcen in Zukunft hin, auch wenn diese Ansicht nicht unbedingt von anderen Experten geteilt wurde:

Ich bin mir ziemlich sicher, dass es zu Skandalen kommen wird [...] gegenwärtig werden die Mittel immer mehr gekürzt, und das wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Besonders für Personal gibt es in diesem Land nur sehr wenig Mittel. Es wird nicht so viele Ärzte geben, und wenn die Ressourcen knapp sind, wird es eben zu Skandalen kommen. (IntDE03)

Insgesamt wiesen die für diese Studie befragten Experten auf die Dringlichkeit des Problems, genügend Medizinstudierende für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, hin:

[Die Kernfrage] ist derzeit die Quantität [in der Allgemeinmedizin] [...] Unser Hauptproblem ist heute der richtige *skill mix*. Die Spezialisierung und Ärzte zu

haben, die nicht wirklich an hochspezifischen Infektionen interessiert sind, sondern auch Freude am Gespräch mit Menschen haben und sich um diese sorgen, sich um Familien kümmern, Hausbesuche machen und mehr dem zwischenmenschlichen Bereich der Medizin als dem hochtechnologischen zugetan sind. (IntDE02)

Wie bereits erwähnt, haben mehrere Studien auf das vergleichsweise geringe Interesse unter Medizinstudierenden, eine Laufbahn in der Allgemeinmedizin einzuschlagen oder in ländlichen oder unterversorgten Gegenden zu praktizieren, hingewiesen. Dieses wurde auch im Rahmen einer Umfrage von Mitgliedern des Marburger Bundes, einer Gewerkschaft, die angestellte Ärzte vertritt,[287] sowie in der oben erwähnten landesweiten Befragung von Medizinstudierenden im Jahr 2014, bestätigt.[23]

Die hier beschriebenen Schwierigkeiten, eine ausreichende Anzahl von Medizinstudierenden für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, und die generelle Notwendigkeit, die Rolle der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung zu stärken, sind nicht neu, und eine Reihe von Reformmaßnahmen zielen darauf ab, dem entgegenzuwirken. Der eingangs erwähnte Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2013 legt einen Schwerpunkt auf die medizinische Aus- und Weiterbildung und spricht sich unter anderem auch für die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie für eine Anhebung der Förderung für die Weiterbildung in diesem Fachgebiet um 50 Prozent aus.[141] Das im Jahr 2014 veröffentlichte Gutachten des Deutschen Wissenschaftsrates empfiehlt eine Stärkung von integrierten, patientenorientierten Lehrplänen, die Schwerpunktsetzung auf eine kompetenzorientierte und interprofessionelle Ausbildung in Teams sowie die Erhöhung des Stellenwerts der Allgemeinmedizin als einem Kernbestandteil des Lehrplans, zum Beispiel durch die Schaffung von Instituten für Allgemeinmedizin an medizinischen Fakultäten.[142] Das im Jahr 2014 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheit (SVR) ging vergleichsweise am weitesten. So spricht sich der SVR Gesundheit für die Stärkung der Allgemeinmedizin über den gesamten medizinischen Aus- und Weiterbildungsweg aus. Seine Empfehlungen erstrecken sich von der Zulassung zum Medizinstudium und einer stärkeren Rolle der Allgemeinmedizin im Medizinstudium bis hin zur Koordination und Finanzierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.[47]

6. Die Niederlande

6.1. Gesundheitssystem

Die Regulierung des niederländischen Gesundheitssystems basiert auf einer Kombination von staatlichen, verbandlichen (korporatistischen) und marktformigen Steuerungselementen. Historisch baut das niederländische System auf einem gesetzlichen Sozialversicherungssystem auf, welches im Jahr 2006 durch Überführung der gesetzlichen Versicherungen in privatrechtliche Organisationen vollständig privatisiert wurde. Das Gesundheitssystem wird aber nach wie vor als Sozialversicherungssystem eingestuft, das am Grundprinzip der Solidarität festhält. Private Krankenversicherer müssen jeden Einwohner aufnehmen und dürfen ihre Beiträge nicht auf der Basis von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand differenzieren.[37] Im Jahr 2012 war die Krankenversicherung mit 72,6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben die wichtigste Finanzierungsquelle für das Gesundheitswesen. Die Gesundheitsausgaben betragen insgesamt 12,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.[150]

Das niederländische Gesundheitssystem lässt sich in drei Bereiche unterteilen: kurative Versorgung, Pflege und öffentliche Gesundheit, die von den Gesundheitsdiensten der Gemeinden übersehen wird; und soziale Dienste. Das Krankenversicherungssystem besteht aus vier Elementen: die Pflegepflichtversicherung (kontinuierliche Versorgung chronischer Erkrankungen), die im Rahmen des AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*) geregelt ist und insbesondere durch einkommensabhängige Beiträge finanziert wird; die obligatorische Basisversicherung, mit der alle wesentlichen ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen der Akutversorgung abgesichert sind und die im Rahmen des ZVW (*Zorgverzekeringswet*) geregelt und durch einen Pauschalbeitrag und einen einkommensabhängigen Beitrag finanziert wird; die freiwillige private Zusatzversicherung, die Leistungen außerhalb von AWBZ und ZVW abdeckt; sowie das „Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmaßnahmen“ (*Wet Maatschappelijke ondersteuning*, WMO) aus dem Jahr 2007, das die Zuständigkeit für die Bereitstellung präventiver Leistungen und sozialer Dienste (traditionell durch AWBZ finanziert) den Gemeinden zugewiesen hat. Dies bedeutet, dass in den Niederlanden die kurative Versorgung und die Langzeitpflege zentral gesteuert werden, während die Prävention und soziale Dienste an die Gemeinden delegiert wurden.

Mit der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2006 hat sich die Rolle des Staates von einer direkten regulativen Leitungsfunktion zu einer Steuerungsfunktion verschoben, in welcher der Staat für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, einschließlich dessen Zugang und Finanzierbarkeit sowie der Qualitätssicherung zuständig ist. Versicherer, Gesundheitsversorger sowie Patienten sind für die

Organisation des Gesundheitssystems verantwortlich. Verbände spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, wie zum Beispiel bei der Entwicklung von Richtlinien für die Zulassung oder der Qualitätsverbesserung.[37]

Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen erfolgt zumeist durch private Anbieter; die öffentlichen Gesundheitsdienste der 29 Gemeinden sind für die Vorsorge, einschließlich der Prävention, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes, verantwortlich. Hausärzte sind in erster Linie für die Bereitstellung der Primärversorgung verantwortlich; eine Reihe anderer Gesundheitsversorger arbeitet ebenfalls in der Primärversorgung. Hausärzte haben eine *gatekeeping*-Funktion für die stationäre und fachärztliche Versorgung, Konsultationen mit Fachärzten erfordern eine Überweisung. Die fachärztliche Versorgung findet vor allem in Krankenhäusern statt, während Pflege- und Altenheime sowie mobile Pflegedienste die Langzeitpflege bereitstellen.[37]

6.2. Primärversorgung

Die Primärversorgung in den Niederlanden umfasst die generelle medizinische und pharmakologische Behandlung, Pflege und verwandte Gesundheitsdienstleistungen sowie nichtspezialisierte psychosoziale Gesundheitsdienste.[289] Haus- und Allgemeinärzte spielen eine zentrale Rolle in der primärärztlichen Versorgung. Seit dem Jahr 2006 müssen sich alle niederländischen Bürger bei einem Hausarzt registrieren.[290] Hausärzte bilden allgemein die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Wie bereits angedeutet, übernehmen sie einen Großteil der Primärversorgung und fungieren als *gatekeeper*, die den Zugang zur sekundären und tertiären Versorgung steuern. Hausärzte bieten im Rahmen eines landesweiten Netzwerks Bereitschaftsdienste außerhalb der Praxisöffnungszeiten an. Die Zulassung als Hausarzt erfordert eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.[37]

6.2.1. Charakteristika primärärztlicher Praxen

Bis vor einigen Jahren haben niederländische Hausärzte im Wesentlichen in Einzelpraxen gearbeitet, aber seit Kurzem zeichnet sich ein Trend hin zur gemeinsamen Niederlassung in Gemeinschaftspraxen ab.[37] Die meisten Hausärzte in den Niederlanden arbeiten als Selbständige in Privatpraxen.[49] Im Jahr 2012 gab es 4.917 Hausarztpraxen; davon waren 47 Prozent Einzelpraxen und 18 Prozent Gemeinschaftspraxen mit drei oder mehr Ärzten. Die Hausarztichte lag in Jahr 2012 zwischen 40,1 und 44,1 je 100.000 Einwohner.[42–44]

Willcox et al. (2011) schätzten, dass zwischen 85 Prozent und 90 Prozent der Hausarztpraxen zumindest eine Teilzeitpflegekraft (*practice nurse*) beschäftigen.[290] Mit der Zunahme der Gemeinschaftspraxen steigt auch die Häufigkeit, dass eine höhere Anzahl von *practice nurses* beschäftigt wird.[289] Hausarztpraxen stellen zunehmend auch Pflegepersonal mit einer Spezialisierung in psychischen Erkrankungen ein (*mental health nurses*); im Jahr 2006 beschäftigten bereits 25 Prozent der Hausarztpraxen mindestens eine *mental health nurse*. Zusätzlich zum klinischen Personal stellen Praxen auch vermehrt Praxismanager ein.

Die wachsende Zahl der in Hausarztpraxen Beschäftigten reflektiert die zunehmende Verantwortung, die den Hausärzten übertragen wurde. So ist die *gatekeeper*-Rolle beispielsweise umfangreicher geworden und die Nachfrage in der hausärztlichen Versorgung hat ebenfalls zugenommen. Zusätzliches Personal wird als

notwendig erachtet, um einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard zu gewährleisten und zugleich die Arbeitsbelastung von Hausärzten im Rahmen zu halten.[291]

Wie bereits erwähnt, bietet ein Netzwerk von Hausärzten Bereitschaftsdienste außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten an.[290] Hausärztliche Bereitschaftsdienststellen sind in jeder Gemeinde eingerichtet; sie wurden im Jahr 2000 eingeführt, nachdem sie zunächst im Rahmen eines Pilotprojekts getestet worden waren.[292] Der Dienst wird über regionale Verbände (*Huisartsen Coöperatie*) organisiert und im Rahmen der oben beschriebenen Basisversorgung finanziert.[290] Die Verbände erhalten zusätzliche Zahlungen für die Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten und für die Beschäftigung von zusätzlichem Personal. Nach einer von Willcox et al. (2011) durchgeführten Befragung haben die hausärztlichen *Huisartsen Coöperatie* erfolgreich zu einer Verbesserung des Zugangs zur primärärztlichen Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten beigetragen, und 97 Prozent der Praxen berichteten, dass sie Vereinbarungen für die Patientenversorgung durch Ärzte oder Pflegepersonal außerhalb der regulären Öffnungszeiten abgeschlossen hatten. Die Einführung des koordinierten Bereitschaftsdienstes scheint auch zu einer erheblichen Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Hausärzten und zu einer Verringerung der berichteten Arbeitsbelastung geführt zu haben, zumindest im Vergleich zu dem vorherigen System.[292]

6.2.2. Arbeitskräfte in der primärärztlichen Praxis

Im Jahr 2011 gab es 11.235 praktizierende Hausärzte in den Niederlanden. Von diesen waren 78 Prozent selbständig und 11 Prozent waren als angestellte Ärzte tätig. Im Jahr 2012 waren 48,9 Prozent der Hausärzte über 50 Jahre alt.[43] Wie oben erwähnt, arbeiten die meisten Hausärzte allein oder in Gemeinschaftspraxen. Physiotherapeuten, Apotheker, Psychologen, Zahnärzte, Pfleger und Hebammen arbeiten ebenfalls in der Primärversorgung. Darüber hinaus arbeiten Gemeindeapotheker mit den Hausärzten zusammen, um bestimmte regionale Gebiete zu versorgen.[37] Die Struktur der in der Primärversorgung beschäftigten Berufsgruppen hat sich im Laufe der Zeit verändert. So wurde eine Reihe von neuen Berufen in der Primärversorgung, ebenso wie neue Fachgebiete innerhalb bestehender Berufe, geschaffen, um Hausärzte bei der Diagnostik, Beratung und Behandlung von Patienten zu unterstützen. Ein Beispiel ist die Spezialisierung von Pflegepersonal, die in der Primärversorgung oder in Fachkliniken arbeiten.[289] Zusätzlich wurden neue Gesundheitsberufe für die Primärversorgung geschaffen wie zum Beispiel *nurse practitioners* und Arzthelfer, die zunehmend Aufgaben übernehmen, welche traditionell der Hausarzt durchgeführt hat.

6.2.3. Regionale Verteilung von Hausärzten

Eine Umfrage aus dem Jahr 2012 zeigte, dass Hausärzte relativ gleichmäßig über die gesamten Niederlande verteilt sind (Tabelle 12). Der Zugang zur hausärztlichen Versorgung wurde als sehr gut eingestuft.[43] Gleichzeitig stellten Schäfer et al. (2010) für einige städtische Gebiete eine Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage in der primärärztlichen Versorgung fest.[37]

Tabelle 12 Geografische Verteilung der Hausärzte in den Niederlanden, 2012

	Männer		Frauen		TOTAL	
	Gesamt	Prozent	Gesamt	Prozent	Gesamt	Prozent
Sehr städtisch	918	18,0	847	22,4	1765	19,9
Städtisch	1402	27,5	1053	27,9	2455	27,7
Verstädtert	1020	20,0	750	19,8	1770	19,9
Ländlich	1137	22,3	784	20,7	1921	21,6
Sehr ländlich	618	12,1	346	9,2	964	10,9
TOTAL	5095	100,0	3780	100,0	8875	100,0

Quelle: van Hassel and Kenens (2013)[43]

Seit den frühen 2000er Jahren zeigt sich, dass Patienten mit dem Zugang zur hausärztlichen Versorgung insgesamt zufrieden sind. Die Zufriedenheit ist bei bestimmten Aspekten der Gesundheitsversorgung, wie zum Beispiel der Wartezeit oder der Möglichkeit, mit dem Hausarzt telefonisch zu sprechen, jedoch geringer.[293] Die Ergebnisse einer im Jahr 2013 vom Commonwealth Fund durchgeführten Umfrage bestätigen, dass die Zugänglichkeit zur primärärztlichen Versorgung in den Niederlanden weiterhin als hoch eingeschätzt wird. Der Anteil der Befragten, die aufgrund der mit der Inanspruchnahme verbundenen Kosten auf Gesundheitsleistungen verzichteten, war gemäß der Umfrage allerdings von 6 Prozent im Jahr 2010 auf 22 Prozent im Jahr 2013 gestiegen.[294] Dies führten die Autoren auf Kostendämpfungsmaßnahmen auf Seiten der Krankenversicherer zurück, die mit einer Erhöhung der Patientenselbstbeteiligung verbunden waren. Eine Studie des Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport zeigte, dass diejenigen, die auf Gesundheitsleistungen verzichteten, oft nicht darüber informiert waren, welche Gesundheitsleistungen von der Basisversicherung abgedeckt werden.[295]

Es gibt einige Anhaltspunkte aus den frühen 2000er Jahren, dass neu qualifizierte Ärzte eine Bevorzugung für weniger urbane Gebiete zu haben scheinen. Zum Beispiel gaben in einer Umfrage 39 Prozent der Absolventen an, in dicht besiedelten ländlichen Regionen arbeiten zu wollen. Dieser Trend ist über die Zeit stabil geblieben.[296] Die gleiche Studie zeigte, dass 15 Prozent der Absolventen bereit waren, in weniger wohlhabenden Regionen zu arbeiten, wohingegen 56 Prozent dazu nicht bereit waren. Die Autoren wiesen darauf hin, dass diese Präferenzen mit dem Ort, an dem die jungen Ärzte ihre Praktika absolviert hatten, in Zusammenhang gebracht werden könnten. So waren zum Beispiel Studierende, die ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung in Amsterdam durchgeführt hatten, eher bereit, in sozial benachteiligten Gebieten zu praktizieren (40 Prozent) als Studierende anderer medizinischer Fakultäten; Absolventen der Universität Leiden zeigten die geringste Bereitschaft, in sozial benachteiligten Gebieten zu arbeiten (18 Prozent).

6.2.4. Konzepte für die Bereitstellung von Arbeitskräften in der Primärversorgung auf nationaler und regionaler Ebene

Im Jahr 1972 wurde ein Numerus clausus eingeführt mit dem Ziel, die mit der Ausbildung verbundenen Kosten zu reduzieren und ein Überangebot von Ärzten zu begrenzen. Der Numerus clausus wird vom

Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft nach Beratung mit dem Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport bestimmt. Das Gesundheitsministerium wird dabei vom Ausschuss für Gesundheitspersonalplanung (Capaciteitsorgaan) beraten. Basierend auf einem Simulationsmodell, das vom niederländischen Institut für Versorgungsforschung (NIVEL) entwickelt wurde, beschreibt das Capaciteitsorgaan bestehende Lücken zwischen dem Angebot und Nachfrage von Gesundheitsberufen und prognostiziert den zukünftigen Bedarf. Dies beinhaltet ebenso eine Modellierung in Bezug auf die Anzahl der Ausbildungsplätze in den jeweiligen Gesundheitsberufen, die bereitgestellt werden sollten. Dies geht in die Beratungen des Gesundheitsministeriums und des Bildungsministeriums im Hinblick auf die Festlegung des Numerus clausus ein.[49] Das Gesundheitsministerium prüft dann Finanzierungsmöglichkeiten für die erforderliche Anzahl von Medizinstudienplätzen und teilt den acht medizinischen Fakultäten das entsprechende Budget zu.[297]

Greuningen und Mitarbeiter legten im Jahr 2012 eine Evaluation der niederländischen Personalplanung im Gesundheitswesen vor. Diese kam zu dem Schluss, dass die Gesundheitspersonalplanung sehr wahrscheinlich zu einem Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage in der hausärztlichen Versorgung geführt hat.[49] Ein auf 5 Prozent geschätzter Mangel an Hausärzten im Jahr 2000 wurde bis zum Jahr 2010 fast komplett ausgeglichen. Die Zahl der unbesetzten Stellen war mit 1,7 offenen Stellen pro 100 Hausärzten im Jahr 2010 niedrig, und die meisten Ärzte waren in der Lage, die gewünschte Praxis zu finden; im Jahr 2010 waren 6,5 Prozent der Ärzte auf der Suche nach einer geeigneten Praxis, verglichen mit 7,2 Prozent im Jahr 2000. Die Hausarztichte hat sich über den Beobachtungszeitraum mit 2.350 Einwohnern pro Hausarztvollzeitäquivalent im Jahr 2009, verglichen mit 2.438 im Jahr 2000, nur wenig verändert.

Anreizsysteme für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten

Hausärzte, die in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten arbeiten, die nach einem Deprivationsindex definiert sind, sind berechtigt, Einkommenszuschüsse zu beziehen.[298] Diese Zuschüsse werden von der Landesvereinigung der Hausärzte (*Landelijke Huisartsen Vereniging*, LHV) und dem Verband der niederländischen Krankenkassen (*Nederland Zorgverzekeraars*, ZN) finanziert. Jährlich werden rund 10 Mio. Euro für sozial benachteiligte Gebiete, die sich vor allem in ärmeren Großstadtvierteln befinden, zur Verfügung gestellt.[25] Die Einkommenszuschüsse sollen dazu dienen, Ärzten, die in solchen Gebieten arbeiten, für ihre höhere Arbeitsbelastung aufgrund der höheren Morbidität und Versorgungskomplexität zu kompensieren. Obwohl das Hauptziel des Einkommenszuschusses die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in allen Bereichen ist, wird angenommen, dass die Zuschüsse ebenfalls dazu beitragen, das Engagement der Hausärzte in diesen Regionen aufrechtzuerhalten.[298]

6.3. Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung

6.3.1. Zulassung als Arzt

Das niederländische Gesundheitsberufegesetz (*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Wet BIG) aus dem Jahr 1993 regelt die Registrierung und Zulassung von Gesundheitsberufen. Danach sind alle Personen, die von ihrem jeweiligen Berufsverband zugelassen und gemäß dem *Wet BIG* registriert

sind, berechtigt, in der Gesundheitsversorgung zu arbeiten. Es gibt jedoch einige Einschränkungen und geschützte Berufsbezeichnungen. Jeder Facharztverband in den Niederlanden hat sein eigenes Genehmigungsverfahren, das neben dem Gesetz für Gesundheitsberufe anzuwenden ist.[37]

Die Zentrale Kollegium für Fachärzte (*Centraal College Medische Specialismen*, CCMS) legt die Vorgaben für die medizinischen Studiengänge, die Dozenten und die Institute fest und bestimmt, welche Fächer als medizinische Fachgebiete anerkannt werden. Die Kommission für die Registrierung der Fachärzte (*Medisch Specialisten Registratie Commissie*, MSRC) registriert Ärzte und setzt die Beschlüsse des CCMS um. Im Januar 2013 wurde das MSRC mit den Kommissionen für die Registrierung des sozialen Gesundheitsfachpersonals (*Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie*, SGRC) und der Hausärzte (*Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie*, HVRC) zur Kommission für die Registrierung der Fachärzte (*Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten*, RGS) verschmolzen.[299] Hausärzte können den Registrierungsantrag bei der Kommission bis zu acht Wochen vor dem voraussichtlichen Termin des Abschlusses ihrer allgemeinmedizinischen Weiterbildung stellen. Die Kommission hat dann bis zu acht Wochen Zeit, den Bewerber zu registrieren.[102]

Die niederländische Ärztekammer (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst*, KNMG) ist für die Akkreditierung von Fachärzten, inklusive des Facharztes für Allgemeinmedizin, verantwortlich. Im Jahr 2005 führte der Niederländische Verband der Hausärzte (*Nederlands Huisartsen Genootschap*, NHG) ein Akkreditierungssystem für Hausarztpraxen ein.[290] Das System umfasst 187 Kriterien und greift unter anderem auf eine Selbsteinschätzung, eine persönliche Evaluierung und einen Praxisbesuch zurück. Einzelne Hausarztpraxen werden miteinander verglichen. Das System ist allerdings freiwillig, und bis zum Jahr 2012 hatten nur etwa 30 Prozent der Praxen ihre Akkreditierung vollständig abgeschlossen.[300]

6.3.2. Revalidierung

Die Niederlande verfügen über ein Revalidierungssystem, welches die Durchführung einer Mindeststundenanzahl an medizinischer Fortbildung erfordert. Ärzte können entsprechende Fortbildungskurse frei wählen, so dass bei der Auswahl der Themen ihre beruflichen Interessen miteinbezogen werden. Allerdings gibt es einen zunehmenden Trend zur kontinuierlichen beruflichen Fortbildung, zum strukturierten Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten, Einstellungen und Haltung, um spezifische Kompetenzen zu verbessern. Seit dem Jahr 2009 müssen Hausärzte jährlich 40 Stunden Fortbildung und mindestens 10 Stunden Peer-Review-Tätigkeiten absolvieren. Seit dem Jahr 2011 kommt für Hausärzte ebenfalls eine Pflichtteilnahme an einem Visitationsprogramm dazu. Ärzte, die diese Vorgaben für die erneute Registrierung nicht erfüllen, können aus dem Facharztverband ausgeschlossen werden.[37]

6.4. Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

6.4.1. Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

In den Niederlanden dauert die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin insgesamt neun Jahre (Abbildung 10) und umfasst drei Komponenten: ein jeweils dreijähriges Bachelor- und Masterprogramm,

das zur formalen Qualifikation zum Doktor der Medizin (MD) führt, sowie die Weiterbildung zum Facharzt, die je nach Fachgebiet weitere zwei bis vier Jahre in Anspruch nimmt. Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin dauert in der Regel drei Jahre. Nach dem Erreichen des Doktors der Medizin verbringen die meisten Ärzte vor der Zulassung zur Weiterbildung einige Zeit in einer Übergangsperiode, in der sie als nicht spezialisierte Ärzte unter der Aufsicht von Fachärzten arbeiten.[301]

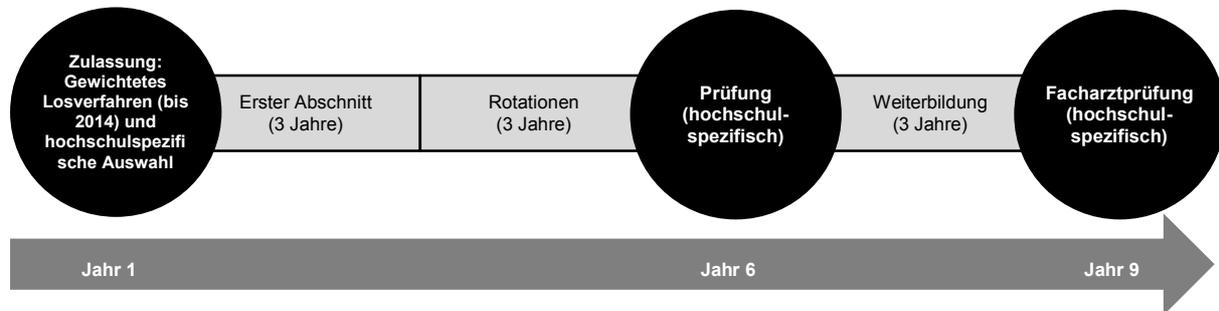


Abbildung 10 Aus- und Weiterbildungsweg zum Facharzt für Allgemeinmedizin in den Niederlanden

Zulassung zum Medizinstudium

Die Niederlande haben ein striktes Zulassungsverfahren für das Medizinstudium. Es setzt einen Abiturabschluss in den Fächern Physik, Chemie, Biologie und Mathematik sowie das Bestehen einer staatlichen Prüfung in jedem dieser Fächer voraus.

Das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft unterstützt, auf Antrag der acht Fakultäten für Medizin, jedes Jahr eine bestimmte Anzahl von Medizinstudierenden (*numerus fixus*, derzeit 3.050). Bis zum Jahr 2014 gab es zwei Möglichkeiten, zum Medizinstudium zugelassen zu werden. Der erste Weg war ein landesweites Losverfahren, bei dem der *Dienst Uitvoering Onderwijs* (DUO), eine Abteilung des Bildungsministeriums, jedem Studienbewerber eine Zufallszahl zuteilte und diese entsprechend der Abiturnote nach unten korrigierte. Die 3.050 Bewerber mit der niedrigsten Zahl wurden dann zum Medizinstudium zugelassen. Je besser die Note der Schulabschlussprüfung, desto niedriger die resultierende (Verlosungs)Zahl und desto höher die Chancen zur Zulassung zum Medizinstudium. Bewerber konnten bis zu drei Mal an dem landesweiten Losverfahren teilnehmen.[303] Einige medizinische Fakultäten wie zum Beispiel Maastricht ließen jedoch nur zwei Bewerbungsrunden zu.[304] Üblicherweise wurden Bewerber mit einem Notendurchschnitt von mehr als 8 (die Bestnote ist 10) direkt zum Medizinstudium zugelassen.

Der zweite (dezentrale) Prozess beinhaltet ein selektives Auswahlverfahren, das von den einzelnen medizinischen Fakultäten durchgeführt wird. Die Zahl der Studierenden, die über diesem Weg zum Medizinstudium zugelassen werden, musste von den 3.050 Losplätzen abgezogen werden. Fakultäten mussten zudem einen bestimmten Anteil an Studienplätzen für Bewerber reservieren, die in der Schulabschlussprüfung einen Notendurchschnitt von mindestens 8 erreicht hatten. Das dezentrale Zulassungsverfahren ist ein qualitatives Auswahlverfahren. Die einzelnen medizinischen Fakultäten bestimmen die Auswahlkriterien. Es gab einige Beratungen über die Vorzüge der jeweiligen verschiedenen

Auswahlverfahren.[305] Seit dem Jahr 2014 ist die Zulassung zum Medizinstudium nur noch über dieses dezentrale Auswahlverfahren möglich.[54]

Studierende, die bereits einen Bachelor in Biomedizin besitzen, können einen vierjährigen Studiengang in Medizin an den Universitäten Utrecht oder Maastricht absolvieren oder aber in einen sechsjährigen Studiengang an den anderen medizinischen Fakultäten einsteigen.

Bachelor- und Masterprogramm

Wie bereits angedeutet, dauert das Medizinstudium in den Niederlanden 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 (IntNL01).

Der Lehrplan für das Bachelorstudium in Medizin basiert auf dem niederländischen Rahmenprogramm für die medizinische Ausbildung, das im Jahr 1994 zum ersten Mal veröffentlicht und seither zweimal (2001, 2009) aktualisiert wurde; es legt die Ziele für die medizinische Ausbildung in den Niederlanden fest.[63] Es definiert sieben Kernkompetenzen: medizinischer Experte, Kommunikator, kollegialer Mitarbeiter, Manager, Fürsprecher für Gesundheit, Wissenschaftler und professioneller Mitarbeiter, wobei nicht im Detail vorgeschrieben wird, wie viel Zeit auf die einzelnen Kompetenzen verwendet werden soll.[69] Innerhalb dieses Rahmenprogramms gestalten die acht medizinischen Fakultäten ihre eigenen Lehrpläne. Dies kann zu Unterschieden in der Ausgestaltung und Umsetzung des Lehrplans an den einzelnen Universitäten führen. Zum Beispiel legen einige medizinische Fakultäten mehr Wert auf die klinische Ausbildung, während andere die theoretischen Lerninhalte betonen; einige Universitäten können Famulaturen anbieten, während andere eine größere Bandbreite an Wahlfächern anbieten. Ein für diese Studie befragter Experte erklärte, dass trotz dieser Unterschiede der Trend zum frühzeitigen Patientenkontakt in der klinischen Ausbildung gehe (IntNL01).

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.[64] Jeder Studienjahrgang legt jährlich eine einheitliche Prüfung (MD-Level-Test) ab, die es den Studierenden ermöglicht, ihre eigenen Fortschritte zu bewerten. Die meisten medizinischen Fakultäten bieten über die Dauer der Ausbildung klinische Praktika an. Zum Beispiel bieten viele Universitäten im ersten Jahr ein obligatorisches Krankenpflegepraktikum, eine Juniorfamulatur oder bereits reguläre Famulaturen an.[64] Die meisten Famulaturen finden aber im Masterprogramm statt, und diese werden in der Regel an Universitätskliniken oder anderen Krankenhäusern durchgeführt. Ein von uns befragter Experte bemerkte, dass die meisten Universitäten auch eine verpflichtende Famulatur von sechs bis acht Wochen in der Allgemeinmedizin vorsehen (IntNL01), so zum Beispiel die Universitäten Utrecht und Rotterdam.[306, 307]

Prüfung

Die medizinische Ausbildung wird mit einer von der medizinischen Fakultät durchgeführten Prüfung abgeschlossen; es gibt keine staatlich-einheitliche Abschlussprüfung. Nach erfolgreichem Abschluss erhalten die Studierenden sowohl einen Master-Abschluss als auch einen Abschluss als MD. Die

Absolventen können sich dann formal als Arzt eintragen lassen.[68] Ein von uns befragter Experte bemerkte, dass neu registrierte Ärzte mit dem erworbenen Abschluss zwar Medikamente verschreiben können, aber nur unter medizinischer Fachaufsicht praktizieren dürfen, bis sie die Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen haben.[69] Viele neu qualifizierte Ärzte arbeiten nach der Registrierung sechs bis zwölf Monate lang in Fachgebieten wie zum Beispiel der Allgemeinmedizin oder Notfallmedizin, um weitere Erfahrungen zu sammeln, bevor sie sich dann für das von ihnen gewählte Fachgebiet anmelden oder während sie auf die Zulassung zur Facharztweiterbildung warten. Diese während der Übergangszeit gewonnene Praxiserfahrung wird dann in der Bewerbung für die Weiterbildung berücksichtigt (IntNL01).

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Nach dem erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums und dem Erhalt der MD-Qualifikation kann die Weiterbildung zum Facharzt begonnen werden. Die Zahl der Absolventen, die zur Weiterbildung in dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet zugelassen werden, wird auf Landesebene vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport geregelt.

Wie eingangs erwähnt, dauert die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin drei Jahre.[64] Die niederländische Ärztekammer ist für die medizinische Weiterbildung, die Akkreditierung von Fachärzten, einschließlich der Fachärzte für Allgemeinmedizin, und die Förderung der Berufsstandards für die verschiedenen Fachbereiche verantwortlich.[100] Das medizinische Fachkomitee (CGS) der KNMG legt die Anforderungen für die Aus- und Weiterbildung in allen 33 Fachgebieten einschließlich der Allgemeinmedizin fest. Die Landesvereinigung der Hausärzte (LHV), die Mitglied der KNMG ist, legt gemeinsam mit dem Niederländischen Verband der Hausärzte (NHG) die Leitlinien für Ärzte fest.[308] Jede der acht medizinischen Fakultäten ist dann dafür verantwortlich, die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu organisieren.[83] Im Jahr 2007 wurde die kompetenzbasierte Weiterbildung, welcher das kanadische CanMEDS Rollenkonzept zugrunde liegt, für die Weiterbildung zum Facharzt in allen Fachgebieten eingeführt.[37]

Etwa 30 Prozent der Medizinstudierenden schlagen die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ein.[37] Bislang erfolgte die Zulassung zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin durch die einzelnen medizinischen Fakultäten. Seit dem Jahr 2014 wird das Bewerbungsverfahren für die Allgemeinmedizin zentral vom dem niederländischen Institut für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (*Huisarts Opleiding Nederland*) durchgeführt und Ärzte, die eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben, müssen sich direkt bei dem Institut bewerben.[84] Die Bewerbungen werden von einer Kommission geprüft, die entscheidet, ob der Antragsteller zum weiteren Auswahlprozess zugelassen werden kann. Dieser Auswahlprozess besteht aus einer wissensbasierten Prüfung und einem STARR-Interview (bestehend aus den Komponenten: Situation, Aufgabe, Aktion, Ergebnis und Reflexion); die Modalitäten des Auswahlverfahrens werden vom Institut festgelegt, während die Ausführung durch die einzelnen medizinischen Fakultäten erfolgt.[84] Bewerber, die im Auswahlverfahren erfolgreich waren, die aber wegen einer begrenzten Anzahl an Weiterbildungsplätzen in der Allgemeinmedizin ihre Weiterbildung noch nicht antreten können, werden auf eine Reserveliste gesetzt und in der nächsten Auswahlrunde erneut in Betracht gezogen. Alternativ können ihnen andere freie Weiterbildungsplätze angeboten werden. Ein im Rahmen dieser Studie befragter Experte merkte an, dass Studierende, die einen angebotenen Weiterbildungsplatz in Allgemeinmedizin an einer der

medizinischen Fakultäten ablehnen, zwei Jahre warten müssen, bevor sie sich erneut auf einen Weiterbildungsplatz bewerben können (IntNL03). Eine Zulassung zum Auswahlverfahren erfordert die Registrierung des Antragstellers gemäß dem zuvor beschriebenen niederländischen Gesundheitsberufegesetz (Wet BIG) sowie einen Abschluss als MD.[84]

Die Beurteilung der Ärzte in Weiterbildung wird zentral von einem Ausschuss der acht Universitäten organisiert. Alle Absolventen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung müssen in regelmäßigen Abständen den „Nationalen Wissenstest für Allgemeinmediziner“ während der Weiterbildungszeit ablegen. Die Absolventen sollten diese Prüfung jährlich mindestens einmal bestehen. Die Prüfung baut auf den Kapiteln der *International Classification of Primary Care* auf und deckt alle Aspekte der klinischen Versorgung ab.

Jede der acht medizinischen Fakultäten hat ein Institut für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, welches Lehrveranstaltungen in der Allgemeinmedizin anbietet. Während der dreijährigen Weiterbildungszeit besuchen die Absolventen einen Tag pro Woche die Universität und verbringen die restliche Zeit mit klinischer Tätigkeit. Im ersten und dritten Jahr der Weiterbildung arbeiten sie in einer Hausarztpraxis.[49] Die medizinischen Fakultäten haben Vereinbarungen mit akkreditierten hausärztlichen Ausbildungspraxen geschlossen und sind gemeinsam mit diesen für die konkrete Zuteilung der Weiterbildungsplätze verantwortlich.[88] Das zweite Weiterbildungsjahr erfolgt in drei verschiedenen Gesundheitseinrichtungen: sechs Monate in einem allgemeinen Krankenhaus, drei Monate in einer psychiatrischen Klinik und drei Monate in einem Pflegeheim.[49] Die nationalen Organisationen (z.B. Landesvereinigung der Hausärzte, zusammen mit dem Niederländischen Hausärzterverband und der Stiftung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin (*Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen*, SBOH, siehe unten) organisieren jedes Jahr einen *new starter day*, der speziell auf diejenigen zugeschnitten ist, die gerade erst das Medizinstudium abgeschlossen haben.[308]

Die für diese Studie befragten Experten betonten, dass es zeitweise Probleme bei der Zuweisung von Weiterbildungsplätzen in der Allgemeinmedizin gegeben habe, wobei eine größere Nachfrage nach Weiterbildungsplätzen in den zentralen und westlichen Teilen des Landes bestand (IntNL01, IntNL02, IntNL03, IntNL04). Die Experten bemerkten ebenfalls, dass es im Norden des Landes in den Jahren 2012 und 2013 offene Stellen gegeben habe, während ein Überangebot an Bewerbern in westlichen Teilen zu finden war. Einige Bewerber würden sich erneut für Weiterbildungsplätze bewerben, anstatt einen Platz an einer weniger bevorzugten medizinischen Fakultät anzunehmen. Ein Experte wies darauf hin, dass im Rahmen der oben beschriebenen Änderungen der Organisation der Weiterbildung versucht wird, diesem Problem durch ein temporäres „Verbot“ der Neubewerbung (IntNL03) entgegenzusteuern. Es ist jedoch noch nicht klar, inwieweit dieser neue Ansatz zu einer besseren Verteilung der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin führen wird.

Vor Kurzem hat der niederländische Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport mit mehreren Akteuren aus dem Bereich der fachärztlichen Versorgung für das Jahr 2014 eine Deckelung des Ausgabenwachstums in der fachärztlichen Versorgung in Höhe von 1,5 Prozent beschlossen. Für den Zeitraum von 2015 bis 2017 wäre dies einem jährlichen Maximum von einem Prozent gleichzusetzen.[309] Ein für diese Studie befragter Experte meinte, dass dann Krankenhäuser

möglicherweise nur widerwillig offene Stellen füllen würden und hausärztliche Weiterbildungsstätten zusätzliche Ärzte in Weiterbildung aus den Krankenhäusern aufnehmen müssten (IntNL03).

Weiterbilder und Weiterbildungsstätten in der Allgemeinmedizin

Im Jahr 2013 gab es 2.262 akkreditierte Weiterbildungspraxen (mit geschätzten 1.500–1.800 Weiterbildern in der Allgemeinmedizin), in denen Ärzte die Weiterbildung zum Facharzt absolvieren konnten.[310] Der Landesverband der Ausbilder in Allgemeinmedizin (*Landelijke Huisartsen Opleiders Vereniging*, LHOV) ist für die Qualitätssicherung der Weiterbildung verantwortlich; er setzt Standards und Kompetenzanforderungen für weiterbildungsbefugte Ärzte sowie die Akkreditierungsanforderungen fest.

Im Januar 2013 wurde ein nationaler Plan für die Ausbildung und Prüfung von Weiterbildern in der Allgemeinmedizin (*Landelijk Plans Scholing en Toetsing Huisartsopleiders*) umgesetzt.[311] Dieser legt einen Ausbildungsplan mit sechs für die allgemeinmedizinischen Weiterbilder relevanten Kernthemen fest. Diese schließen den Wissenstransfer, die Schaffung eines dem Lernen zuträglichen Praxisumfeldes, die medizinisch-inhaltliche Anleitung, die Prüfung und Überprüfung des Lehrabschnitts sowie die Leitung des Lernprozesses des Arztes in Weiterbildung mit ein. Weiterbilder in der Allgemeinmedizin entwickeln die erforderlichen Fähigkeiten durch die Teilnahme an einem „Studienplan“ für Weiterbilder, der je nach der Erfahrung des Weiterbilders (von Anfänger bis Experte) variiert. Weiterbilder erhalten mindestens 48 Stunden Training pro Jahr. Der vollständige Ausbildungsprozess für Weiterbilder in Allgemeinmedizin erfolgt über vier Jahre; der Fokus liegt auf dem persönlichem Feedback, das der Weiterbilder vom Arzt in Weiterbildung, Kollegen und dem Ausbildungsinstitut erhält. Weiterbilder in der Allgemeinmedizin werden durch eine landesweite Evaluierung (*Landelijke Evaluatie Opleiders Huisartsgeneeskunde*, LEOH) beurteilt. Diese basiert im Wesentlichen auf dem Feedback der jeweiligen betreuten Ärzte in Weiterbildung, die die Bewertung zweimal pro Jahr ausfüllen. Weiterbilder müssen mindestens fünf Jahre in der Allgemeinmedizin praktiziert haben, davon die letzten zwölf Monate in ihrer derzeitigen Praxis. Darüber hinaus müssen sie spezielle Schulungen absolviert haben.[312] Weiterbilder absolvieren auch jedes Jahr ein achttägiges Training an einem der Ausbildungsinstitute für Allgemeinmediziner, die an allen medizinischen Fakultäten eingerichtet sind. Diese Trainingseinheiten umfassen eine didaktische Ausbildung sowie Schulungen, die dem Weiterbilder helfen sollen, Ärzte in Weiterbildung zu bewerten und ihnen Feedback zu geben.[313] Die allgemeinmedizinischen Institute der medizinischen Fakultäten sind in der Regel gut über die Weiterbildung im klinischen Bereich informiert, weil sie regelmäßig Kontakt mit den Weiterbildern und den Ärzten in Weiterbildung haben.[311] Weiterbilder in der Allgemeinmedizin müssen darüber hinaus alle fünf Jahre einen Re-Akkreditierungsprozess durchlaufen. Dabei müssen sie eine Reihe von Kriterien erfüllen. Zum Beispiel müssen sie eine Prüfung ablegen und zeigen, dass ihre Praxisarbeit mindestens dem eines halben Vollzeitäquivalents entspricht.[314]

Es gibt eine Reihe von Anreizen, Weiterbilder in Allgemeinmedizin zu werden. Diese beinhalten nicht nur einen finanziellen Bestandteil in Form einer höheren Vergütung; sie beziehen sich zum Beispiel auch darauf, dass mit dem Arzt in Weiterbildung der Praxis ein zusätzlicher kostenloser Mitarbeiter zur Verfügung steht. Des Weiteren bietet die Weiterbildung die Möglichkeit, über die neusten medizinischen Innovationen informiert zu werden, sowie die Gelegenheit einer kritischen Selbsteinschätzung und der

Sammlung wertvoller Erfahrungen. Schließlich bietet sie die Möglichkeit, die medizinische Aus- und Weiterbildung durch den Kontakt mit Studierenden und Bildungseinrichtungen zu gestalten.[315] Eine Umfrage aus dem Jahr 2008 fand als häufigsten genannten Grund, als Weiterbilder in der Allgemeinmedizin teilzunehmen, die Freude am und die Erfüllung durch das Arbeiten mit den jungen Kollegen.[316]

Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet

Eine kleine Anzahl von Studien hat das soziodemografische Profil der niederländischen Medizinstudierenden untersucht, die sich für das Fachgebiet Allgemeinmedizin entschieden haben. Heiligers (2012) identifizierte zwei Faktoren, die diese Wahl positiv beeinflussten: das weibliche Geschlecht und persönliche Lebensumstände wie zum Beispiel die Partnerschaft.[317] In einer ähnlichen Studie wiesen Maiorova et al. (2008) darauf hin, dass es keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Weiterbildungspräferenz in der Allgemeinmedizin nach Berücksichtigung anderer Charakteristika (wie zum Beispiel der Arbeit in der hausärztlichen Praxis und bevorzugte Patientenkategorien) gab.[318] Die Autoren fanden zudem, dass sich die Präferenz für die Allgemeinmedizin unter den Studierenden, die ein Praktikum in einer Hausarztpraxis durchgeführt hatten, bei Männern um 38 Prozent erhöhte (22 Prozent bei Frauen). Die Einstellung gegenüber der allgemeinmedizinischen Arbeit von Hausärzten und das bevorzugte Patientenkontext waren die wichtigsten Faktoren bei der Wahl einer Laufbahn in der Allgemeinmedizin.

In einer weiteren, ebenfalls im Jahr 2008 erschienenen Studie verglichen Maiorova et al. den Anteil der Studierenden, der sich für die Allgemeinmedizin entschied, an den medizinischen Fakultäten.[149] Sie zeigten, dass im Durchschnitt 23,5 Prozent der Medizinstudierenden die Allgemeinmedizin wählten und dass es keine eindeutige Beziehung zwischen einem Fokus auf Allgemeinmedizin einer medizinischen Fakultät und der Entscheidung für das Fachgebiet Allgemeinmedizin gab. Die Autoren schlossen daraus, dass persönliche Faktoren und Beschäftigungsmöglichkeiten wahrscheinlich wichtigere Prädiktoren für die Entscheidung waren.

6.4.2. Governance

Es gibt eine Reihe von zuständigen Organisationen in den Niederlanden, die für die medizinische Aus- und Weiterbildung zuständig sind. Hauptakteure sind die Niederländische Ärztekammer (KNMG), die Vereinigung der Fachärzte (*Orde van Medisch Specialisten*, OMS) und der Niederländische Verband der Hausärzte (NHG). Die niederländische Ärztekammer ist für die medizinische Weiterbildung, die Akkreditierung von Fachärzten (inklusive der Allgemeinmediziner) und die Förderung der Berufsstandards für die verschiedenen Fachbereiche verantwortlich.[100] Das medizinische Fachkomitee (*College voor Geneeskundig Specialismen*, CGS) bestimmt die Anforderungen für die Aus- und Weiterbildung in allen 33 Fachgebieten einschließlich der Allgemeinmedizin. Der Landesverband der Hausärzte (LHV), ein Mitglied der niederländischen Ärztekammer, legt gemeinsam mit dem Niederländischen Verband der Hausärzte (NHG) die ärztlichen Leitlinien fest.[101]

Die Leitung der medizinischen Fakultäten erfolgt durch Fakultätsräte, welche für die Festlegung der Mindestanforderungen zur Erlangung eines Bachelor- oder Master-Abschlusses in der Medizin verantwortlich sind.[37] Für die Weiterbildung zum Facharzt legt das oben genannte medizinische

Fachkomitee der niederländischen Ärztekammer die Anforderungen für die medizinischen Kurse, Dozenten und Institute fest und bestimmt, welche Fächer anerkannte medizinische Fachgebiete darstellen. Der Kommission für die Registrierung der Hausärzte (*Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie*, HVRG), die Teil der 2013 neu eingerichteten Kommission für die Registrierung der Fachärzte (*Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten*, RGS) ist, führt die (Wieder)Registrierung der Ärzte durch und setzt die Beschlüsse des medizinischen Fachkomitees um.[102]

6.4.3. Finanzierung

Das niederländische Bildungsministerium ist für die Finanzierung der medizinischen Ausbildung verantwortlich; Studierende müssen eine jährliche Studiengebühr von ca. 1.850 Euro entrichten.[91] Die Finanzierung der medizinischen Ausbildung besteht aus einem Basisstipendium, einem Zusatzstipendium, einer Studierendenfahrkarte für den öffentlichen Verkehr und einem Studentenkredit. Studierende müssen sich getrennt für das Zusatzstipendium und den Studentenkredit bewerben.[319] Tabelle 13 zeigt die durch diese drei Mechanismen zur Verfügung gestellte Finanzierung. Die Gesamthöhe der Finanzierungsmöglichkeiten für Studierende hängt davon ab, ob sie alleine oder bei ihren Eltern leben. Abhängig vom Einkommen der Eltern und der Größe des Haushaltes können Studierende auch zusätzliche Mittel beantragen.[320] Allerdings müssen Studierende diese zurückzahlen, wenn sie ihren Abschluss nicht innerhalb von zehn Jahren erreichen.[320] Ausländische Studierende müssen für das Medizinstudium in den Niederlanden bezahlen. Viele Studierende arbeiten neben ihrem Medizinstudium, um ihr Stipendium aufzubessern, in der Regel nehmen sie jedoch keine Kredite auf, um ihre Ausbildung zu finanzieren.[64]

Tabelle 13 Monatliche Finanzierung für Medizinstudierende in den Niederlanden, 2014

	Lebt alleine	Lebt bei den Eltern
Basisstipendium	€ 279,14	€ 100,25
Zusatzstipendium	€ 258,35	€ 237,46
Studentenkredit	€ 295,73	€ 295,73
Kredit für die Studiengebühr	€ 152,92	€ 152,92
TOTAL	€ 986,14	€ 786,36

Quelle: Dienst Uitvoering Onderwijs (2014)[321]

Zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zugelassene Ärzte sind bei der vorgenannten Stiftung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin (*Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen*, SBOH) angestellt. Die SBOH wird vom Gesundheitsministerium finanziert. Alle Ärzte, die eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben, müssen sich bei der SBOH um eine Förderung bewerben; bei Antritt der Weiterbildung muss eine Anmeldegebühr von 375 Euro an das Weiterbildungsregister entrichtet werden.[92] Die SBOH ist für die Finanzierung von vier Aspekten der medizinischen Weiterbildung und Praxis verantwortlich: Arbeitgeberkosten für die Weiterbildung von Fachärzten, die Kosten für

Einrichtungen, welche die theoretische Weiterbildung durchführen, die Kosten für Weiterbilder und für Projekte, die der Entwicklung und Innovation in der Qualität und Kooperationen dienen.[314]

6.4.4. Qualitätssicherung

In den Niederlanden sind eine Reihe von Organisationen an der Qualitätssicherung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung beteiligt. Im Bereich der medizinischen Ausbildung gehören dazu die medizinischen Fakultäten und im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung die niederländische Ärztekammer (KNMG), der Landesverband der Hausärzte (LHV), der Niederländische Verband der Hausärzte (NHG), die Stiftung für die Hochschulausbildung von Allgemeinmedizinern (*Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen*, SVUH), die Kommission für die Registrierung der Fachärzte (RGS) und die nationale Organisation der in Weiterbildung befindlichen Allgemeinmediziner. Für die Qualitätssicherung in der beruflichen Fortbildung ist die Kommission für die Registrierung der Allgemeinmediziner (HVRC) zuständig, die, wie bereits erwähnt, seit Kurzem Teil der Kommission für die Registrierung der Fachärzte (RGS) ist. Der Nationale Verband der Ausbilder in Allgemeinmedizin (LHOV) ist für die Qualitätssicherung der Weiterbilder in der Praxis verantwortlich; er setzt die Standards und Befähigungen sowie die Akkreditierungsanforderungen für Hausärzte fest, die als Weiterbilder tätig werden.

Es gibt regelmäßige Umfragen unter Ärzten in Weiterbildung und ihren Ausbildern, um die Zufriedenheit mit der Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu beurteilen.[97] So gibt es eine Erhebung unter Ausbildern in der Allgemeinmedizin zu der Frage, ob sie sich in ihrer Rolle wohlfühlen und sich als fachkundig einschätzen.[316] Eine ergänzende Befragung von Ärzten in Weiterbildung wird nach jedem Ausbildungsjahr durchgeführt. Die Umfrageergebnisse werden den medizinischen Fakultäten und den Instituten, an denen die Weiterbilder ausgebildet werden zugeführt, damit diese in den Lehrplänen und bei der Auswahl der Weiterbilder berücksichtigt werden können.

6.5. Stakeholder-Ansichten über die medizinische Aus- und Weiterbildung in den Niederlanden

Wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel erwähnt, wird die gegenwärtige Zugänglichkeit der hausärztlichen Primärversorgung in den Niederlanden als wenig problematisch empfunden. Dies wurde auch von einer kürzlich durchgeführten Evaluierung der Arbeitskräfteplanung im Gesundheitswesen [49] und vielen der für diese Studie befragten Experten bestätigt:

Wir untersuchen regelmäßig die Hausarztichte und die regionalen Unterschiede, und es gibt faktisch keinen Ort in den Niederlanden, wo man sagen könnte, dass es ein strukturelles Problem in Bezug auf einen Mangel an Hausärzten gibt. (IntNL02)

Allerdings gab es einige Bedenken unter den von uns befragten Experten, wenn es darum geht, wie gut Hausärzte auf die Versorgung einer alternden Bevölkerung vorbereitet sind. Insbesondere die zunehmende Arbeitsbelastung von Hausärzten, als Folge der steigenden Komplexität der Versorgung älterer Menschen und dem strengeren *gatekeeping*, wurde in diesem Kontext erwähnt:

Die Praxen haben immer mehr zu tun, und wie man in den letzten Jahren gesehen hat, stellen sie mehr und mehr Hilfspersonal ein, um diesen zunehmenden Patientenfluss zu bewältigen. Also, sie haben, zum Beispiel, Pfleger für die chronischen Krankheiten, und das war früher nicht der Fall [...] vor 10 Jahren war das nicht sehr häufig in einer Hausarztpraxis, und jetzt hat jede Hausarztpraxis einen Pfleger oder einen Arzthelfer der sich um die Diabetespatienten, die Patienten mit COPD [chronisch obstruktive Lungenerkrankung] usw. kümmert und all die Kontrollen macht, die regelmäßig durchgeführt werden müssen. Aber jetzt kommen für die Hausarztpraxen auch noch die psychischen Erkrankungen und die *gatekeeper*-Aktivitäten hinzu. Und der Hausarzt muss auch die häusliche Krankenpflege, das Selbstmanagement und die soziale Betreuung usw. koordinieren. Und dann ist natürlich die Angst, dass das zu viel für einen, wie ich es nennen würde, „normalen Hausarzt“ ist. Und daher ist man besorgt, ob die zukünftigen Hausärzte gut gerüstet sind, um diese komplexe und vielfältige und hohe Arbeitsbelastung zu handhaben. (IntNL02)

Gleichzeitig wurde die Qualität der medizinischen Aus- und Weiterbildung in den Niederlanden von den befragten Experten als sehr hoch eingestuft, und die Einführung des kompetenzorientierten Lernkatalogs wurde als eine positive Entwicklung und Modernisierung der medizinischen Ausbildung gesehen. Ein von uns für diese Studie befragter Experte betonte die Stärke der Ausbildung in Allgemeinmedizin in den Niederlanden und hob hervor, wie wichtig die Flexibilität im Ausbildungssystem und Lehrplan sei, um auf die künftigen Veränderungen der Patientenbedürfnisse zu reagieren (IntNL02).

Der gleiche Experte äußerte auch ein hohes Maß an Zufriedenheit mit den Weiterbildern in der Allgemeinmedizin in den Niederlanden (IntNL02). Eine im Jahr 2005 veröffentlichte Evaluation der Weiterbilder bestätigt diese Einschätzung; auf einer 10-Punkte-Skala erhielten Weiterbilder in der Allgemeinmedizin durchschnittlich 7,8 Punkte (je nach medizinischer Fakultät schwankte die Bewertung zwischen 7,4 und 8,0).[322] Es wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass Weiterbilder in der Allgemeinmedizin mit ihrer Rolle in der Weiterbildung und der Unterstützung, die sie von den medizinischen Fakultäten und der Stiftung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin (SBOH) erhielten, zufrieden waren.[316] Allerdings wies ein Experte darauf hin, dass es in den Niederlanden einen Mangel an allgemeinmedizinischen Weiterbildern gebe und einige medizinische Fakultäten deshalb nicht in der Lage seien, alle zugewiesenen Weiterbildungsplätze zu füllen; der Experte betonte die Notwendigkeit von „Weiterbildungspraxen, da ist ein Engpass“ (IntNL04).

Literaturverzeichnis

1. Dubois C, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008:143-71.
2. Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
3. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013; 346:f2510.
4. Nolte E, Hinrichs S, on behalf of the DISMEVAL Consortium, editors. *DISMEVAL: Developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems: Final report*. Santa Monica: RAND Corporation, 2012.
5. Nolte E, Knai C, McKee M, editors. *Managing chronic conditions: Experience in eight countries*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
6. Dubois C, McKee M, Nolte E, editors. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2006.
7. Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. *Assessing future health workforce needs. Policy summary*. Copenhagen: World Health Organization 2010 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
8. Plochg T, Klazinga N, Schoenstein M, Starfield B. *Reconfiguring health professions in times of multimorbidity: Eight recommendations for change*. Paris: OECD, 2011.
9. Bourgeault I, Kuhlmann E, Wrede S, Neiterman E. *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen: World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
10. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. *Health workforce planning in OECD countries: A review of 26 projection models from 18 countries*. Paris: OECD, 2013.
11. Sermeus W, Bruyneel L. *Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration: Summary report of the three Policy Dialogues*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Centre for Health Services and Nursing Research, 2010.
12. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Paris: OECD, 2006.
13. Nolte E, Fry C, Winpenny E, Brereton L. *Use of outcome metrics to measure quality in education and training of healthcare professionals: A scoping review of international experiences*. Santa Monica: RAND Corporation, 2012.
14. Directorate-General for Health and Consumers. *Report on the open consultation on the Green Paper on the European workforce for health*. Luxembourg: European Communities, 2009.
15. European Commission. *Commission staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce*. Strasbourg: European Commission, 2012.
16. Horsley T, Grimshaw J, Campbell G. *How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning*. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

17. Frenk J, Bhutta Z, Cohen J, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010;376:1923-58
18. Ognyanova D, Busse R. A destination and a source: Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors. In: Wismar M, Maier C, Glinos I, Dussault G, eds. Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
19. Eckert J. National profile of migration of health professionals – Germany. URL: http://www.mohprof.eu/LIVE/national_profiles.html (Letzter Zugriff März 2014).
20. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt: Stand: 31.12.2013. URL: http://www.kbv.de/media/sp/2013_12_31.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).
21. Jacob R, Heinz A, Décieux J. Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. Trier: Universität Trier, 2010.
22. Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf> (Letzter Zugriff Mai 2014).
23. Jacob R. Berufsmonitoring Medizinstudenten: 2. Welle: Bundesweite Befragung von Medizinstudenten, Frühjahr 2014. Trier: Universität Trier, 2014.
24. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ärztemangel. URL: http://www.kbv.de/html/themen_1076.php (Letzter Zugriff März 2014).
25. Boerma W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press, 2006:3-21.
26. Cacace M, Nolte E. Healthcare services: Strategy, direction and delivery. In: Walshe K, Smith J, eds. Healthcare management. Maidenhead: Open University Press, 2011:145-68.
27. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hausärzte nach Fachgruppen und Art der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zählung nach Personen [Köpfen]). Unpublished data. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014.
28. Royal College of General Practitioners. The RCGP Curriculum: Introduction and user guide. London: Royal College of General Practitioners, 2012.
29. Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Le ministre de la santé et de la protection sociale. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&categorieLien=id> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
30. Attali C, Bail P, Magnier A-M, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006;76:31-2.
31. Bundesärztekammer. (Model) Specialty Training Regulations 2003 as amended on 28/06/2013. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_Englisch_210113_FINAL_aktualisiert_171214.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
32. Nederlands Huisartsen Genootschap. Core values of general practice/family medicine. URL: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/position_paper_core_values_of_general_practice_family_medicine_sept_2011_0.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
33. NHS England. About us. URL: <http://www.england.nhs.uk/about/> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
34. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository - Physicians Density. URL: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/ (Letzter Zugriff März 2014).

35. L'Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. URL: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
36. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010. Mannheim/Berlin: FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH/Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010.
37. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010;12(1):1-229
38. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2013. Paris: Ordre National des Médecins, 2013.
39. The Health and Social Care Information Centre. General and personal medical services, England - 2003-2013, as at 30 September. URL: <http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=14458&topics=1%2fWorkforce%2fStaff+numbers&sort=Relevance&size=10&page=1#top> (Letzter Zugriff April 2014).
40. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. Group practice dynamics among private general practitioners from 1998 to 2009. *Issues in Health Economics*. Paris: IRDES, 2010.
41. Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales. Cabinets médicaux: Portrait de branche. Levallois-Perret: Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, 2011.
42. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. Huisartsendichtheid naar provincie, op januari 2012. URL: <http://www.nivel.nl/databank> (Letzter Zugriff März 2014).
43. van Hassel D, Kenens R. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2012. Utrecht: NIVEL, 2013.
44. Centraal Bureau voor de Statistiek. Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014.
45. versorgungsatlas.de. Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner 2010 bis 2012 (nach Arztgruppen). URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=1&uid=20> (Letzter Zugriff Mai 2014).
46. Health Education England. Investing in people for health and healthcare: Workforce plan for England: Proposed education and training commissions for 2014/15. London: Health Education England, 2013.
47. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn: SVR Gesundheit, 2014.
48. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur -und Arztlentwicklung; 5: aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010.
49. van Greuningen M, Batenburg RS, van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Hum Resour Health* 2012;10:21.
50. Huenges B, Weismann N, Osenberg D, Klock M, Rusche HZ. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen: Befragung von Ärzten in Weiterbildung für Allgemeinmedizin und Allgemeinmedizin / Innere Medizin im Vergleich zu anderen Fachrichtungen im Raum Westfalen-Lippe. *Allgemeinmed* 2010;86:369-78.
51. General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council, 2009.

52. Department of Health, Higher Education Funding Council for England. The Health and Education National Strategic Exchange (HENSE): Review of medical and dental school intakes in England. London: Department of Health, 2012.
53. La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, La ministre de la santé et des sports. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&dateTexte&categorieLien=id> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
54. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernandez-Quevedo C, Mladovsky P. France, Health System Review. Health System in Transition 2010;12(6):1-291.
55. Huisartsopleiding Nederland. Nieuwsbericht. URL: <http://uitdepraktijk.huisartsopleiding.nl/actueel/527-nieuwsbericht> (Letzter Zugriff Juli 2014).
56. Stiftung für Hochschulzulassung. Regeln der Studienplatzvergabe für die Studiengänge Medizin, Tiermedizin, Zahnmedizin und Pharmazie. URL: <http://www.hochschulstart.de/index.php?id=515> (Letzter Zugriff Mai 2014).
57. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012.
58. Stiftung für Hochschulzulassung. Wintersemester 2013/14: Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Universitäten: Stand: 04. Oktober 2013. URL: http://www.hochschulstart.de/fileadmin/downloads/NC/WiSe2013_14/bew_medizin_ws13.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).
59. Stiftung für Hochschulzulassung. Sommersemester 2014. Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Universitäten: Stand: 01. April 2014. URL: http://www.hochschulstart.de/fileadmin/downloads/NC/SoSe2014/bew_alle_Stg_sose_2014.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).
60. General Medical Council. Quality improvement framework for undergraduate and postgraduate medical training in the UK. London: General Medical Council 2010.
61. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Diplôme de formation générale en sciences médicales. URL: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/rubrique-bo.html?cid_bo=55867 (Letzter Zugriff Dezember 2014).
62. Peltier M. Etat des lieux du stage de deuxième cycle en médecine générale. Paris: Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, 2010.
63. Laan RF, Leunissen RR, van Herwaarden C. The 2009 framework for undergraduate medical education in the Netherlands. GMS Z Med Ausbild 2010;27(2):Doc35.
64. Ten Cate O. Medical education in the Netherlands. Medical Teacher 2007;29(8):752-57
65. Bundesministerium für Gesundheit. Approbationsordnung für Ärzte. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/appro_2002/gesamt.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).
66. Bundesärztekammer. Work and training in Germany. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=4.3575> (Letzter Zugriff April 2014).
67. Medical Schools Council. National assessment of medical undergraduates - a position paper from the Medical Schools Council. URL: <http://www.medschools.ac.uk/AboutUs/Projects/Documents/MSC%20Position%20Paper%20-%20National%20Assessment%20for%20Medical%20Undergraduates.pdf> (Letzter Zugriff April 2014).
68. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Etudes médicales: Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle Bulletin Officiel 2013;20(16 mai 2013).
69. Herwaarden CLA, Laan RFJM, Leunissen R. *Raamplan artsopleiding 2009*. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, 2009.

70. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/zo-rzte/BJNR005720957.html> (Letzter Zugriff August 2014).
71. OECD. Population. URL: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=POP_FIVE_HIST (Letzter Zugriff September 2014).
72. Office for National Statistics. Population. URL: <http://www.ons.gov.uk/ons/taxonomy/index.html?nscl=Population#tab-data-tables> (Letzter Zugriff September 2014).
73. Academy of Medical Royal Colleges, Department of Health, NHS Scotland, DHHSSPS, NHS Wales. The UK Foundation Programme Curriculum London: The Foundation Programme, 2012.
74. The UK Foundation Programme Office. Foundation Programme annual report 2013. UK summary. London: The UK Foundation Programme Office 2013.
75. The National Recruitment Office for GP training. Development of the selection process. URL: <http://gprecruitment.hee.nhs.uk/> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
76. The National Recruitment Office for General Practice Training. General Practice ST1 Recruitment Figures 2009-2013. URL: <http://gprecruitment.hee.nhs.uk/Portals/8/Documents/Annual%20Reports/GP%20ST1%20Recruitment%20Figures%202009-13.pdf> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
77. Royal College of General Practitioners. MRCGP examinations. URL: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/mrcgp-exams-overview.aspx> (Letzter Zugriff Mai 2014).
78. General Medical Council. The trainee doctor: Foundation and specialty, including GP training. London: General Medical Council 2011.
79. Gerada C, Riley B, Simon C. Preparing the future GP: The case for enhanced GP training. London: Royal College of General Practitioners, 2012.
80. Royal College of General Practitioners. Enhanced GP Training: An integrated four-year curriculum, assessment and quality improvement training programme for general practice. URL: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Summary-Report-from-EGPT-CADS-Group-June-2013.ashx> (Letzter Zugriff Mai 2014).
81. Godefroy P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012. Etudes et résultats. Paris: DREES, 2013.
82. Université Paris Descartes. Stages ambulatoires. URL: http://desmgidf.fr/stages_ambulatoires/uf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
83. Remmen R, Wens J, Damen A, Duesman H, Verhoeven V. Knowledge assessment of trainees and trainers in general practice in a neighboring country. Making a case for international collaboration. BMC Fam Pract 2012;13:103.
84. Huisartsopleiding Nederland. Solliciteren. URL: <http://uitdepraktijk.huisartsopleiding.nl/solliciteren> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
85. Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten. Beleidsregels Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten. Utrecht: KNMG, 2013.
86. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Speciality training for General Practice in Germany: Panel of invited international experts commissioned by the German College of General Practitioners and Family Physicians. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2009.
87. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung: Evaluationsbericht für das Jahr 2012. URL: http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2012.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).

88. Morgan J. Medical schools urge Osborne not to move funding. Times Higher Education 2013;June 2013.
89. Imperial College London. Reimbursement for teaching: advice for GPs on SIFT sessional payments for teaching on undergraduate medicine course. URL: <https://www1.imperial.ac.uk/publichealth/departments/pcph/undergrad/sift/> (Letzter Zugriff April 2014).
90. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). URL: <http://www.sante.gouv.fr/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-reference-et-d-innovation-merri.html> (Letzter Zugriff Februar 2014).
91. Dienst Uitvoering Onderwijs. Collegegeld betalen. URL: <http://duo.nl/particulieren/student-hbo-of-universiteit/studeren/collegegeld-betalen.asp> (Letzter Zugriff April 2014).
92. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Opleiding en (her)registratie. URL: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Algemene-informatie.htm> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
93. Hochschulrektorenkonferenz. Hochschulfinanzierung. URL: <http://www.hrk.de/themen/hochschulsystem/arbeitsfelder/hochschulfinanzierung/> (Letzter Zugriff Juni 2014).
94. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Das neue BaföG. URL: <http://www.das-neue-bafoeg.de/> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
95. Kassenärztliche Bundesvereinigung DK, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
96. Collège National des Enseignants Généralistes. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). URL: http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/ (Letzter Zugriff März 2014).
97. van der Velden L, Batenburg R. De opleiding tot huisarts opnieuw beoordeeld: Een onderzoek onder huisartsen in opleiding en alumni. Utrecht: NIVEL, 2011.
98. Bundesärztekammer. Weiterbildung. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129> (Letzter Zugriff Mai 2014).
99. Centre National des Concours d'Internat. Centre National des Concours d'Internat. URL: <http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/> (Letzter Zugriff März 2014).
100. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. The Royal Dutch Medical Association (KNMG). URL: <http://knmg.artsennet.nl/Over-KNMG/About-KNMG.htm> (Letzter Zugriff Juli 2014).
101. Landelijke Huisartsen Vereniging. Wat doet de LHV? URL: <https://www.lhv.nl/thema/wat-doet-de-lhv> (Letzter Zugriff Juli 2014).
102. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Registratie geneeskundig specialist. URL: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Registratie/Huisarts-2.htm> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
103. Steinhaeuser J, Chenot J-F, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. BMC Res Notes 2013;6:314
104. van den Bussche H, Kromark K, Köhl-Hackert N, et al. Hausarzt oder Spezialist im In-oder Ausland? Ergebnisse einer multizentrischen Befragung von Studierenden im Praktischen Jahr zu ihren mittel-und langfristigen Berufszielen. Das Gesundheitswesen 2012;74(12):786-92

105. Lambert T, Goldacre R, Smith F, Goldacre M. Reasons why doctors choose or reject careers in general practice: National surveys. . Br J Gen Pract 2012;62:e851-8.
106. The Foundation Programme. FP curriculum 2012. URL: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/curriculum-and-assessment/curriculum2012> (Letzter Zugriff April 2014).
107. OECD. Remuneration of doctors (general practitioners and specialists). URL: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/03/04/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-23-en (last Letzter Zugriff 2014).
108. Medscape. Medscape Physician Compensation Report: 2012 Results. URL: <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2012/public> (Letzter Zugriff Mai 2014).
109. Curwen M. "Lord Moran's ladder": A study of motivation in the choice of general practice as a career. J R Coll Gen Pract 1964;7:38-65.
110. Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. BMJ 2011;342:d1028.
111. Schneider A, Karsch-Volk M, Rupp A, et al. Predictors of a positive attitude of medical students towards general practice: A survey of three Bavarian medical faculties. GMS Z Med Ausbild. 2013 Nov 15;30(4):Doc45.
112. Mant D. R&D in primary care. National Working Group report. London: Department of Health, 1997.
113. The Health and Social Care Information Centre. NHS Hospital and Community Health Service (HCHS) workforce statistics in England, medical and dental staff – 2003-2013, as at 30 September. URL: <http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=14384&topics=1%2fWorkforce%2fStaff+numbers&sort=Relevance&size=10&page=1#top> (Letzter Zugriff Mai 2014).
114. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Engagement 3 : 200 «praticiens territoriaux de médecine générale» dès 2013. URL: <http://www.sante.gouv.fr/engagement-3-200-praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-des-2013.html> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
115. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG). Bundesgesetzblatt 2011;70(I):2983-3022.
116. The Health and Social Care Information Centre. NHS Staff - 2002-2012: general practice: bulletin tables. URL: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB09536> (Letzter Zugriff April 2014).
117. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les maisons de santé. URL: <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html> (Letzter Zugriff März 2014).
118. Royal College of General Practitioners. Newly qualified GPs. URL: <http://www.rcgp.org.uk/membership/membership-grades/join-rcgp-newly-qualified-gps.aspx> (Letzter Zugriff Mai 2014).
119. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. URL: http://www.kbv.de/media/sp/2013_12_31.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
120. Sibbald B. Putting general practitioners where they are needed: An overview of strategies to correct maldistribution. Manchester: University of Manchester, 2005.
121. Pathman D, Steiner B, Jones B, Konrad T. Preparing and retaining rural physicians through medical education. Acad Med 1999;74:810-20.
122. Grobler L, Marais B, Mabunda S, Marindi P, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database Syst Rev 2009;1:CD005314

123. Norris TE, Coombs JB, House P, Moore S, Wenrich MD, Ramsey PG. Regional solutions to the physician workforce shortage: the WWAMI experience. *Acad Med* 2006;81(10):857-62.
124. Tesson G, Strasser R, Pong R, Curran V. Advances in rural medical education in three countries: Canada, The United States and Australia. *Rural Remote Health* 2005;5:397.
125. Worley P. Flinders University School of Medicine, Northern Territory, Australia: Achieving educational excellence along with a sustainable rural medical workforce. *MEDICC Rev* 2008;10:30-4.
126. Ramsey P, Coombs J, Hunt D, Marshall S, Wenrich M. From concept to culture: the WWAMI program at the University of Washington School of Medicine. *Acad Med* 2001;76:765-75.
127. Rabinowitz H, Diamond J, Markham F, Wortman J. Medical school programs to increase the rural physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication. *Acad Med* 2008;83:235-43.
128. Rabinowitz H, Petterson S, Boulger J, et al. Medical school rural programs: A comparison with international medical graduates in addressing state-level rural family physician and primary care supply. *Acad Med* 2012;87:488-92.
129. Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, MacDowell M, Meurer M. A comprehensive medical education program response to rural primary care needs. *Acad Med* 2008;83(10):952-61.
130. Dunbabin J, McEwin K, Cameron I. Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health* 2006;6:481.
131. Dick J, Wilper A, Smith S, Wipf J. The effect of rural training experiences during residency on the selection of primary care careers: a retrospective cohort study from a single large internal medicine residency program. *Teach Learn Med* 2011;23:53-7.
132. Fornari A, Anderson M, Simon S, Korin E, Swiderski D, Strelnick A. Learning social medicine in the Bronx: An orientation for primary care residents. *Teach Learn Med* 2011;23:85-9.
133. Department of Health. NHS GP "Golden hello" scheme. URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003026 (Letzter Zugriff Mai 2014).
134. L'Assurance Maladie. Convention médicale. URL: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale.php> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
135. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français: mécanismes économiques ou hédonistes? *Économie et Statistique* 2012;455-456.
136. Rural and Regional Health Australia. Rural Health Workforce Strategy (RHWS) incentive programs. URL: http://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/RHWS_incentive_programs (Letzter Zugriff Mai 2014).
137. Rourke JT, Strasser R. Education for rural practice in Canada and Australia. *Acad Med* 1996;71(5):464-9.
138. Australian Government, Department of Health. Medical Rural Bonded Scholarship (MRBS) Scheme 2015. URL: <http://www.health.gov.au/mrbscholarships> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
139. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le contrat d'engagement de service public (CESP). URL: <http://www.sante.gouv.fr/contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
140. Mullan F, Politzer RM, Davis CH. Medical migration and the physician workforce. *International medical graduates and American medicine. JAMA* 1995;273(19):1521-7.
141. Bundesregierung. Deutschlands Zukunft gestalten: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: 18. Legislaturperiode. URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2013/2013-12-17->

- [koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=CD46C8626A9914EAB33464AF32CF465B.s4r2? blob=publicationFile&v=2](#) (Letzter Zugriff Mai 2014).
142. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Dresden: Wissenschaftsrat, 2014.
143. Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Medizinischer Fakultätentag, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkataloge für Medizin und Zahnmedizin : Informationsveranstaltung zu NKLK und NKLZ. URL: http://www.mft-online.de/files/nklm_nklz_information_20130419_kurz.pdf (Letzter Zugriff August 2014).
144. Hampe W, Hissbach J, Kadmon M, Kadmon G, Klusmann D, Scheutzel P. Wer wird ein guter Arzt? Verfahren zur Auswahl von Studierenden der Human- und Zahnmedizin. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2009;52(8):821-30.
145. Junge Allgemeinmedizin Deutschland. Zukünftige Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin : Erweitertes Positionspapier März 2012. URL: <http://www.jungeallgemeinmedizin.de/tiki-index.php?page=Zuk%C3%BCnftige+Weiterbildungs-+und+Arbeitsbedingungen+f%C3%BCr+Allgemein%C3%A4rzte+in+Deutschland> (Letzter Zugriff August 2014).
146. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/gkv-solg/BJNR385300998.html> (Letzter Zugriff Mai 2014).
147. Jacob R. Berufsmonitoring Medizinstudenten: 2. Welle 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. URL: http://www.kbv.de/media/sp/01_09_2014_KBV_Ergebnisse_der_Medizinstudentenbefragung.pdf (Letzter Zugriff September 2014).
148. Böhme K, Kotterer A, Simmenroth-Nayda A. Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr – eine Lösung für Nachwuchsprobleme in der hausärztlichen Versorgung? Ergebnisse einer multizentrischen PJ-Evaluation. Z Allgemeinmed 2013;89:48-54.
149. Maiorova T, Stevens F, van der Velden L, van der Zee J, Zwietering P, Scherpbier A. Instroom in de huisartsenopleiding: Geen verband met aandacht voor de eerste lijn in het basiscurriculum. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:B426.
150. World Health Organization. Global health expenditure database. URL: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (Letzter Zugriff April 2014).
151. Department of Health. Helping people live better for longer. A guide to the Department of Health's role and purpose post-April 2013. London: Department of Health, 2013.
152. Department of Health. The Mandate. A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015. London: Department of Health, 2012.
153. NHS Commissioning Board. Commissioning fact sheet for clinical commissioning groups. URL: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/09/fs-ccg-respon.pdf> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
154. Boyle J. United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition 2011;13(1):1-486.
155. NHS England. The Review Body on Doctors' & Dentists' Remuneration: Review for 2014: General medical practitioners and general dental practitioners. URL: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/09/ddrb-evid.pdf> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
156. NHS Employers. General Medical Services contract. URL: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services> (Letzter Zugriff Dezember 2014).

157. NHS Employers, General Practitioners Committee. Review of the General Medical Services global sum formula. London: NHS Employers, BMA, 2007.
158. Health & Social Care Information Centre. NHS Staff - 2002-2012, General Practice. URL: <http://www.hscic.gov.uk/article/2021/Website-Search?productid=10382&q=gp+staff&sort=Relevance&size=10&page=1&area=both#top> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
159. NHS Employers. Understanding PMS funding: Baseline data exercise. London: NHS Employers, 2013.
160. National Institute for Health and Care Excellence. Standards and Indicators. URL: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
161. NHS Employers. Enhanced services. URL: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/enhanced-services> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
162. NHS England. NHS England strategy development and the primary care strategic framework London: NHS England, 2013.
163. Health Education England. About Health Education England. URL: <http://hee.nhs.uk/about/> (Letzter Zugriff März 2014).
164. Health Education England. Investing in people for health and healthcare. Leeds: Health Education England, 2013.
165. Centre for Workforce Intelligence. GP in-depth review: Preliminary findings London: Centre for Workforce Intelligence, 2013.
166. Carr-Hill RA, Sheldon T. Designing a deprivation payment for general practitioners: the UPA(8) wonderland. *BMJ* 1991;302(6773):393-6.
167. Primary Care Commissioning. GMS contract changes 2014/15. URL: <http://www.pcc-cic.org.uk/article/gms-contract-changes-201415> (Letzter Zugriff Mai 2014).
168. Smith R. Threat to rural GPs who dispense medicine as fees cut. URL: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/6221997/Threat-to-rural-GPs-who-dispense-medicine-as-fees-cut.html> (Letzter Zugriff Mai 2014).
169. Department of Health. NHS Local Improvement Finance Trust (LIFT). URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/NHSLIFT/DH_4076707 (Letzter Zugriff Mai 2014).
170. General Medical Council. The Good Medical Practice framework for appraisal and revalidation. Manchester: General Medical Council, 2013.
171. General Medical Council. My appraisal. URL: <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/12386.asp> (Letzter Zugriff April 2014).
172. Shape of Training. Securing the future of excellent patient care: final report of the independent review. London: Shape of Training, 2013.
173. General Medical Council. Tomorrow's doctors. London: General Medical Council, 2009.
174. Admissions to Higher Education Steering Group. Fair admissions to higher education: Recommendations for good practice. Nottingham: Department for Education and Skills, 2004.
175. General Medical Council. The state of medical education and practice in the UK report: 2013. London: General Medical Council, 2013.
176. The Health and Education National Strategic Exchange. Review of medical and dental school intakes in England. Leeds and London: Department of Health and the Higher Education Funding Council for England, 2012.
177. Health Education England. Workforce planning guide. Leeds: Health Education England, 2013.
178. British Medical Association. Private medical degrees could worsen employment prospects, BMA fears. URL: <http://bma.org.uk/news-views-analysis/news/2013/august/private-medical-degrees-threaten-student-employment-bma-fears> (Letzter Zugriff April 2014).
179. Wood D. Problem based learning. *BMJ* 2003;326:328-30.

180. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *The Lancet* 2001;357(9257):699-703.
181. Lambert T, Goldacre M. Trends in doctors' early career choices for general practice in the UK: Longitudinal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract* 2001;61:e397-e403.
182. Kaffash J. Top universities failing to produce enough future GPs, says head of recruitment. URL: <http://www.pulsetoday.co.uk/practice-business/practice-topics/education/top-universities-failing-to-produce-enough-future-gps-says-head-of-recruitment/20002069.article#.UzwdLqFwaUl> (Letzter Zugriff April 2014).
183. The Foundation Programme. FAQs. URL: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/how-to-apply/EPM-FAQs> (Letzter Zugriff April 2014).
184. The UK Foundation Programme. Rough guide to the Academic Foundation Programme. London: The UK Foundation Programme Office 2013.
185. Kilminster S, Zukas M, Quinton N, Roberts T. Preparedness is not enough: Understanding transitions as critically intensive learning periods. *Med Educ* 2011;45(10):1006-15.
186. Royal College of General Practitioners. GP curriculum: Overview. URL: <http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/gp-curriculum-overview.aspx> (Letzter Zugriff April 2014).
187. RRHEAL Education Remote and Rural Healthcare Education Alliance. Welcome to the RRHEAL Education Platform. URL: <http://www.rrheal.scot.nhs.uk/home.aspx> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
188. Rural GP. GP rural fellowships in Scotland - now recruiting. URL: <http://www.ruralgp.com/wp/2014/03/gp-rural-fellowships-in-scotland-now-recruiting/> (Letzter Zugriff Mai 2014).
189. Greenaway D. Securing the future of excellent patient care: final report of the independent review. London: Shape of Training, 2014.
190. Shape of Training. Background to the review. URL: <http://www.shapeoftraining.co.uk/review/1755.asp> (Letzter Zugriff Mai 2014).
191. General Medical Council. Multi-professional education and training funding in England. URL: http://www.gmc-uk.org/11_Multi_Professional_Education_and_Training_Funding.pdf_29625067.pdf (Letzter Zugriff April 2014).
192. General Medical Council. Assuring quality in medical education and training. URL: http://www.gmc-uk.org/education/assuring_quality.asp (Letzter Zugriff April 2014).
193. Le Gouvernement. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (1). URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
194. Le Gouvernement. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLi en=id> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
195. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé* 2009;141:1-6.
196. Le Gouvernement. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000000625158> (Letzter Zugriff Dezember 2014).

197. L'Assurance Maladie. En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les moeurs. URL: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medecins_traitant_23012007.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
198. Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant: premier bilan après la réforme. Questions d'économie de la santé. Paris: IRDES, 2007.
199. Le Fur P, Yilmaz E. Referral to specialist consultations in France in 2006 and changes since the 2004 Health Insurance reform - 2004 and 2006 Health, Health Care and Insurance surveys. Issues in Health Economics. Paris: IRDES, 2008.
200. Le Gouvernement. Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. Journal Officiel de la République Française 1982;26 décembre 1982:3861.
201. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Pourquoi les ECN? Pourquoi une réforme? Paris: Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, 2014.
202. MG France. Nos Fondamentaux. URL: <http://www.mgfrance.org/index.php/le-syndicat/nos-fondamentaux> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
203. Le Gouvernement. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (1). URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
204. Vitalia Profession médecin. Secteur 1 ou Secteur 2 URL: <http://www.professionmedecin.fr/tout-sur-l-installation/demarches-professionnelles/secteur-1-ou-secteur-2/> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
205. L'Assurance Maladie. Médecins exerçant en secteur 2: Une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système. Paris: L'Assurance Maladie, 2011.
206. Bocognano A. Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins. ADSP 2009;69:8-12.
207. Dormont B, Samson AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations. Economie et Statistique 2008;414:3-30.
208. L'Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique: une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins -Dossier de presse, 11 avril 2013. Paris: L'Assurance Maladie, 2013.
209. Barlet M, Collin C, Bigard M, Lévy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Etudes et résultats. Paris: DREES, 2012.
210. L'Assurance Maladie. La permanence des soins. URL: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-permanence-des-soins.php> (Letzter Zugriff März 2014).
211. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes: une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. Paris: IRDES, 2009.
212. Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Rapport public annuel 2013. Paris: Cour des Comptes, 2013.
213. Galam E. Burn out des médecins libéraux -3eme partie: des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine 2008;Janvier 2008:43-6.
214. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2011. Paris: Ordre National des Médecins, 2011.
215. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers Solidarité et Santé. Paris: DREES, 2009.
216. Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012. Etudes et résultats. Paris: DREES, 2012.
217. Ministère de la Santé de la Jeunesse des Sports et de la Vie Associative. Circulaire DHOS/DSS/DREES/UNCAM no 2008-130 du 14 avril 2008 relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes.

- URL: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0078.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
218. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Analyse de la répartition des postes d'internes pour l'année universitaire 2012-2013. Paris: Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, 2012.
 219. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport 2010-2011: Les internes en médecine: Effectifs et répartition 2010-2014 (Tome 1). Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2010.
 220. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS). Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2011.
 221. Sénat. La démographie médicale. Les documents de travail du Sénat -Série Législation comparée. Paris: Sénat, 2008.
 222. Régnard C. Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année. Paris: Direction Générale de l'offre de soins, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
 223. Maurey H. Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Paris: Sénat, 2013.
 224. Ordre National des Médecins. Inscription au tableau. URL: <http://www.conseil-national.medecin.fr/l-inscription-au-tableau-1233> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
 225. Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Nous connaître. URL: https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nous_connaître/11 (Letzter Zugriff März 2014).
 226. Collège National des Enseignants Généralistes. Collège National des Enseignants Généralistes. URL: <http://www.cnge.fr/> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
 227. Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLi en=id> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
 228. Lefevre JH, Roupert M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Med Educ* 2010;44(6):603-12.
 229. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. Etudes et résultats. Paris: DREES, 2012.
 230. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes et résultats. Paris: DREES, 2010.
 231. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010. Etudes et résultats. Paris: DREES, 2011.
 232. Gaidioz C, Ruhlmann S. Pourquoi la spécialité médecine générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales? Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1, 2008.
 233. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux 2011. URL: https://www.google.co.uk/?gfe_rd=cr&ei=MyQoVKzCMMWq8weql4G4Bg&gws_rd=ssl#q=B%C3%A9n%C3%A9fices+non+commerciaux+%28BNC%29+des+m%C3%A9decins+lib%C3%A9raux+2011 (Letzter Zugriff April 2014).
 234. Marchand O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale: Synthèse de la situation et méthodologie. Université Joseph Fourier, 2006.
 235. Faculté de Médecine Paris 7. Devenir maître de stage des universités (MSU). URL: <http://desmgidf.fr/page/devenir-maitre-de-stage-des-universites-msu> (Letzter Zugriff März 2014).
 236. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Le Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche - CNESER. URL: <http://www.enseignementsup->

- recherche.gouv.fr/cid53497/le-conseil-national-de-l-enseignement-superieur-et-de-la-recherche-c.n.e.s.e.r.html (Letzter Zugriff Dezember 2014).
237. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'Ordre. URL: <http://www.conseil-national.medecin.fr/> (Letzter Zugriff 19 Dezember 2014).
238. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Qu'est-ce que l'ANEMF? URL: <http://www.anemf.org/fr/anemf/qu-est-ce-que-l-anemf.html> (Letzter Zugriff August 2014).
239. InterSyndicat National des Internes. Présentation. URL: <http://isni.fr/presentation/> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
240. Le Président de la République, Le Premier ministre, La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000824315> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
241. Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023560798&dateTexte=&categorieLien=id> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
242. InterSyndicat National des Internes. Le rapport démographie médicale 2013. Paris: ISNI, 2013.
243. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Stages en ambulatoire: Propositions de l'ANEMF. Paris: ANEMF, 2013.
244. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. La Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat. URL: <http://www.anemf.org/Qu-est-ce-que-la-CNIPI.html> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
245. Collège National des Enseignants Généralistes. La vérité des chiffres de la filière universitaire de médecine générale. URL: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/1307_Nominations_verites_des_chiffres_CNGE.pdf (Letzter Zugriff März 2014).
246. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Instruction N° DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale. URL: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/instruction_101_170311.pdf (Letzter Zugriff March 2014).
247. Commission Jeunes Médecins. Evolution du mode d'exercice. Du «burn-out» à la capitalisation de l'expérience médicale URL: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolution%20mode%20exercice.pdf> (Letzter Zugriff March 2014).
248. Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens 2013. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2013.
249. Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N. A review of the role and responsibilities of national ministries of health in five countries. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2007.
250. Bundesversicherungsamt. So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf (Letzter Zugriff März 2014).
251. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
252. Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN – Drucksache 17/13324. Aktuelle Entwicklung bei Verträgen

- zur hausarztzentrierten Versorgung und Grundsatz der Beitragssatzstabilität. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/135/1713513.pdf> (Letzter Zugriff März 2014).
253. Nolte E, Knai C, Hofmarcher MC, A, et al. Overcoming fragmentation in healthcare: chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Econ Policy Law* 2012;7:125-46.
254. Ettelt S, Nolte E, Mays N, Thomson S, McKee M, International Healthcare Comparisons Network. Health care outside hospital: Accessing generalist and specialist care in eight countries. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
255. Deutscher Bundestag. Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). *Bundesgesetzblatt* 2008;20(I):874-906.
256. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). *Bundesgesetzblatt* 2008;58(I):2424-44.
257. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Praxen / MVZ: Kennzahlen zu ärztlichen Praxen und Kooperationsformen. URL: <http://www.kbv.de/html/423.php> (Letzter Zugriff Mai 2014).
258. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag: 31.12.2013. URL: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf (Letzter Zugriff August 2014).
259. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. URL: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (Letzter Zugriff April 2014).
260. Redaelli M, Meuser S, Stock S. Ambulatory care trends in Germany: A road toward more integration of care? *J Ambul Care Manage* 2012;35(3):182-91.
261. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. Versorgungsbericht 2014: Ambulante Versorgung hat viele Gesichter. Bad Segeberg: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, 2014.
262. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Ambulante ärztliche Versorgung heute und morgen. : Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung der KV RLP. URL: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/2013-10-30_Vortrag_Amb_aerztliche_Versorgung_heute_und_morgen.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).
263. Günther O, Kürstein B, Riedel-Heller S, König H-H. Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten, mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung in strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands. Leipzig: Universität Leipzig, 2008.
264. Natanzon I, Szecsenyi J, Ose D, Joos S. Future potential country doctor: The perspectives of German GPs. *Rural Remote Health* 2010;10:1347.
265. Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, International Healthcare Comparisons Network. Capacity planning in health care: A review of the international experience. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
266. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bedarfsplanung. URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/> (Letzter Zugriff Mai 2014).
267. Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. : Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK, 2011.
268. Bundesministerium für Gesundheit. Versorgungsstrukturgesetz: Zukunftssichere Versorgung. URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/glossar_begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html (Letzter Zugriff Mai 2014).
269. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie: des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-920/BPL-RL_2014-07-17.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
270. Ärzteschaft. KV Bayerns lobt neue Bedarfsplanung. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56631/KV-Bayerns-lobt-neue-Bedarfsplanung> (Letzter Zugriff Mai 2014).

271. Ärzteschaft. KV Westfalen-Lippe zieht positive Bilanz der neuen Bedarfsplanung. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56885/KV-Westfalen-Lippe-zieht-positive-Bilanz-der-neuen-Bedarfsplanung> (Letzter Zugriff Mai 2014).
272. Ärzteschaft. Neue Bedarfsplanung verbessert hausärztliche Versorgung in Nordrhein. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57345/Neue-Bedarfsplanung-verbessert-hausaerztliche-Versorgung-in-Nordrhein> (Letzter Zugriff Mai 2014).
273. Bundesregierung. Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Bundesgesetzblatt 2014;33(I):1133-47.
274. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bundesärztleitung. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html (Letzter Zugriff August 2014).
275. Merkur S, Mossialos E, Long M, McKee M. Physician revalidation in Europe. Clinical medicine 2008;8(4):371-76.
276. Bundesärztekammer. Fortbildung als immanenter Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.102> (Letzter Zugriff Mai 2014).
277. Bundesärztekammer. Recommendations on continuing medical education. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RecCME.pdf> (Letzter Zugriff Mai 2014).
278. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. § 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_95d.html (Letzter Zugriff Mai 2014).
279. Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht 2013 der Bundesärztekammer Berlin: Bundesärztekammer, 2014.
280. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Pflichtquartal Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr: Warum alle Studierenden von einer Ausbildung in der allgemeinmedizinischen Praxis profitieren. URL: http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/Pflichtquartal_Allgemeinmedizin_im_PJ.pdf (Letzter Zugriff Mai 2014).
281. Egidi G, Bernau R, Boerder M, Muehlenfeld H-M, Schiemann G. DEGAM criteria catalogue for training practices in Primary Care – a proposal for the assessment of the structural quality of training practices. GMS Z Med Ausbild. 2014 Feb 17;31(1):Doc8.
282. Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg. Wir über uns. URL: <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/weiter/ueberuns.html> (Letzter Zugriff Juni 2014).
283. Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg. Ziele. URL: <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/ziele.shtml> (Letzter Zugriff Juni 2014).
284. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, et al. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Ergebnisse einer multizentrischen postalischen Befragung. Dtsch Med Wochenschr. 2012 Jun;137(23):1242-7.
285. Richter-Kuhlmann E. Innovationen bestimmen die Curricula Dtsch Arztebl 2010;107:A2160-1.
286. Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, et al. Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach-eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. Z Evid Fortbild Qual Gesundh 2011;105(2):89-96.
287. Institut für Qualitätsmessung und Evaluation. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung MB-Monitor 2014 'Ärztliche Weiterbildung'. URL: <http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mb-monitor-2014/gesamtauswertung-mb-monitor-2014.pdf> (Letzter Zugriff Juni 2014).
288. Steinhäuser J, Chenot J-F, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: A stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. BMC Res Notes 2013;6:314.

289. Groenewegen PP. Primary health care in the Netherlands: current situation and trends. Utrecht: NIVEL, 2007.
290. Willcox S, Lewis G, Burgers J. Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. Issue brief (Commonwealth Fund) 2011;27:1.
291. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. The Hague: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007.
292. Giesen P, Hiemstra N, Mookink H, De Haan J, Grol R. Tevreden over diensten. Med Contact 2002;57:1657-60.
293. Kirschner K, Braspenning J, Maassen I, Bonte A, Burgers J, Grol R. Improving access to primary care: the impact of a quality-improvement strategy. Qual Safety Health Care 2010;19(3):248-51.
294. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. Health Affairs 2013;32(12):2205-15.
295. Schippers EI. Kamerbrief tussenrapportage verhoging eigen risico en zorgmijding. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/10/25/kamerbrief-tussenrapportage-verhoging-eigen-risico-en-zorgmijding.html> (Letzter Zugriff April 2014).
296. Hingstman L, Kenens R. Achterstandswijken zijn impopulair bij huisartsen. Huisarts en Wetenschap 2009;52(11):521-21.
297. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013. Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen, 2013.
298. Devillé WLJM, Wiegers TA. Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2013. Utrecht: NIVEL, 2012.
299. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. MSRC. Medisch Specialisten Registratie Commissie. URL: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/MSRC.htm> (Letzter Zugriff April 2014).
300. Lester HE, Eriksson T, Dijkstra R, Martinson K, Tomasik T, Sparrow N. Practice accreditation: the European perspective. Br J Gen Pract 2012;62(598):e390-e92.
301. Lugtenberg M, Heiligers PJM, Hingstman L. Artsen en hun carrièrewensen: een literatuurverkenning: NIVEL, 2005.
302. Rijksoverheid. Eindexamen voortgezet onderwijs. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voortgezet-onderwijs/eindexamen-voortgezet-onderwijs> (Letzter Zugriff März 2014).
303. Rijksoverheid. Hoger Onderwijs: Hoe werkt de toelating bij een opleiding met een numerus fixus? URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hoger-onderwijs/vraag-en-antwoord/hoe-werkt-de-toelating-bij-een-opleiding-met-een-numerus-fixus.html> (Letzter Zugriff März 2014).
304. Maastricht University. Decentrale selectie. URL: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Faculteiten/FHML/Doelgroep/AankomendeStudenten/Bacheloropleidingen/Opleidingen/Geneeskunde/DecentraleSelectie.htm> (Letzter Zugriff April 2014).
305. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Numerus fixus geneeskunde: loslaten of vasthouden. URL: <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/numerus-fixus-geneeskunde-loslaten-of-vasthouden> (Letzter Zugriff April 2014).
306. UMC Utrecht. Master geneeskunde CRU: Coschappen en voorbereidende blokken. URL: <http://www.uu.nl/faculty/medicine/NL/onderwijs/geneeskunde/GNKmasterCRU/Paginas/default.aspx#anchor2> (Letzter Zugriff April 2014).
307. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Informatie Oudste Coschappen. URL: <http://www.erasmusmc.nl/geneeskunde/master/coschappen/ongedeeld/keuze/3836421/> (Letzter Zugriff April 2014).

308. Landelijke Huisartsen Vereniging. Startersdag 2015. URL: <https://www.lhv.nl/nascholing/evenementen/startersdag-2015> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
309. Rijksoverheid. Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 (16 July 2013). URL: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017.html> (Letzter Zugriff Mai 2014).
310. Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten. RGS erkende opleidingsinrichtingen huisartsgeneeskunde. URL: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/huisarts-2.htm> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
311. Huisartsopleiding Nederland. Scholing en toetsing. URL: <http://www.huisartsopleiding.nl/content.asp?kid=10125064> (Letzter Zugriff April 2014).
312. College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Kaderbesluit CHVG 2008. Staatscourant 2008;1000:1-38.
313. College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Besluit van 21 augustus 2008 houdende de algemene eisen voor de opleiding tot huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten, de erkenning als opleider, opleidingsinrichting of opleidingsinstituut voor de opleiding tot huisarts, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten en de registratie en herregistratie van huisartsen, verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten, 2008.
314. Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen. SBOH in Beeld 2013 URL: https://www.sboh.nl/images/bestanden/Algemeen/Organisatie/Jaarbericht_2013.pdf (Letzter Zugriff April 2014).
315. Huisartsopleiding Nederland. Opleider worden. URL: <http://www.huisartsopleiding.nl/content.asp?kid=10070521> (Letzter Zugriff April 2014).
316. Heiligers PJ, Nuijen T, Hingstman L. Wensen en behoeften van huisartsopleiders. Utrecht: NIVEL, 2008.
317. Heiligers PJ. Gender differences in medical students' motives and career choice. BMC Med Educ 2012;12(1):82.
318. Maiorova T, Stevens F, van der Zee J, Boode B, Scherpbier A. Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: A seeming paradox? A cohort study. BMC Health Serv Res 2008;8(1):262.
319. Dienst Uitvoering Onderwijs. Weten hoe studiefinanciering werkt. Studiefinanciering in het kort. URL: <http://www.duo.nl/particulieren/student-hbo-of-universiteit/studiefinanciering/weten-hoe-het-werkt.asp> (Letzter Zugriff April 2014).
320. Dienst Uitvoering Onderwijs. Studiefinanciering Berekenen Ouderbijdrage 2014. URL: https://duo.nl/Images/8414-14_tcm7-44740.pdf (Letzter Zugriff Dezember 2014).
321. Dienst Uitvoering Onderwijs. Bedragen studiefinanciering. Hoeveel je kunt krijgen. URL: <https://duo.nl/particulieren/student-hbo-of-universiteit/studiefinanciering/bedragen.asp> (Letzter Zugriff Dezember 2014).
322. Hofhuis H, van der Velden LFJ, Hingstman L. Kwaliteit van de huisartsopleiding vanuit het perspectief van huisartsen in opleiding en pas afgestudeerde huisartsen. Utrecht: NIVEL 2005.

Best Practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive - KBV

Vorlage für die Datensammlung

1.1 Überblick über das Gesundheitssystem

- 1.1.1 Organisation und Finanzierung der Primärversorgung
- 1.1.2 Jüngste Reformen des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems
- 1.1.3 Ansätze für die Bereitstellung der Primärversorgung auf nationaler und regionaler Ebene

1.2 Primärversorgung

- 1.2.1 Unterschiedliche Arten der Primärversorgung
- 1.2.2 Verfügbarkeit primärärztlicher Gesundheitsfachkräfte
- 1.2.3 Charakteristika primärärztlicher Praxen
- 1.2.4 Zugänglichkeit

1.3 Regulatorischer Rahmen für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Primärversorgung

- 1.3.1 Lizenzierung, Revalidierung und Akkreditierung von Ärzten
- 1.3.2 Anreizsysteme für die Niederlassung in ländlichen, entlegenen oder sozioökonomisch benachteiligten Gebieten

1.4 Kernkomponenten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

- 1.4.1 Medizinischer Aus- und Weiterbildungsweg
- 1.4.2 Einrichtungen, an denen medizinische Abschlüsse erworben werden können
- 1.4.3 Innovative Ansätze in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

1.5 Zentrale Funktionen im Gesundheitswesen

- 1.5.1 Governance/stewardship

1.6 Gewährleistung der flächendeckenden Primärversorgung in dünn besiedelten und wirtschaftsstrukturell schwachen Gebieten

- 1.6.1 Mechanismen

1.6.2 Evaluierung der Mechanismen

Anhang B: Interviewleitfaden

Medizinische Aus- und Weiterbildung

1. Eine alternde Bevölkerung und eine zunehmende Belastung durch chronische Erkrankungen stellen Länder vor Herausforderungen. Wenn Sie an die medizinische Aus- und Weiterbildung denken, wie gut glauben Sie, sind die im Gesundheitswesen Beschäftigten in Ihrem Lande derzeit darauf vorbereitet, mit diesen Herausforderungen umzugehen?
2. Wer ist an der Festlegung der Art und des Umfangs der medizinischen (theoretischen) Ausbildung beteiligt? Welche Unterschiede gibt es diesbezüglich zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildung zum Facharzt?
3. Wer ist an der Festlegung der Art und des Umfangs der klinischen Praxis beteiligt? Welche Unterschiede gibt es diesbezüglich zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildung zum Facharzt?
4. In welchem Umfeld/welcher Einrichtung und von wem wird die Weiterbildung zum Facharzt bereitgestellt?
5. Wie wird die medizinische Aus- und Weiterbildung finanziert? Welche Unterschiede gibt es diesbezüglich zwischen dem Medizinstudium und der Facharztausbildung?
6. Wenn Sie an die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Phasen der medizinischen Aus- und Weiterbildung denken, wie gut sind diese Übergänge koordiniert? Was funktioniert gut in diesen Übergangsphasen und was nicht?
7. Wie gut ist die Aus- und Weiterbildung von Medizinern in ihrem Land auf die Art, in der die Gesundheitsversorgung organisiert und bereitgestellt wird, abgestimmt? Wie gut werden Ärzte in der Aus- und Weiterbildung auf die Praxis vorbereitet?

Medizinische Aus- und Weiterbildung in Beziehung zur Gesundheitsversorgung

8. Ganz allgemein, wie gut, glauben Sie, interagieren das Bildungs- und das Gesundheitssystem in Ihrem Land, wenn es darum geht, die medizinische Aus- und Weiterbildung auf die Organisation der Gesundheitsversorgung abzustimmen?
9. Zurückkommend auf die Frage, die wir eingangs gestellt haben: Gibt es irgendwelche Vorschläge oder Aktivitäten hinsichtlich einer Reformierung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Ihrem Land, um die im Gesundheitswesen Beschäftigten (besser) auf die Herausforderungen einer alternden Bevölkerung vorzubereiten?

Anhang C: Überblick über die Rollen und Zugehörigkeiten der Interviewpartner

Rolle	Organisation*
England	
Wissenschaftler (Fachbereich Allgemeinmedizin)	Universität Cambridge
Ranghoher Mitarbeiter	Gesundheitsministerium (Department of Health /Health Education England North West)
Wissenschaftler	Berufsverband der Allgemeinmediziner / Hausärzte (Royal College of General Practitioners)
Ranghoher Mitarbeiter	Health Education East of England
Frankreich	
Ranghoher Mitarbeiter	Regionale Gesundheitsbehörde (Agence régionale de santé Loire)
Ranghoher Mitarbeiter	Ärztammer (Ordre des Médecins)
Ranghoher Mitarbeiter	Ärztammer (Ordre des Médecins)
Ranghoher Mitarbeiter	Vereinigung der Medizinstudenten (Association nationale des étudiants en médecine de France, ANEMF)
Wissenschaftler (Fachbereich Innere Medizin)	Universität Paris 6
Wissenschaftler (Fachbereich Allgemeinmedizin) / Ranghoher Mitarbeiter	Kollegium der Dozenten für Allgemeinmedizin (Collège national des généralistes enseignants, CNGE)
Deutschland	
Wissenschaftler (Fachbereich Allgemeinmedizin)	Universität Frankfurt
Ranghoher Mitarbeiter	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Wissenschaftler (Fachbereich Allgemeinmedizin)	Universität Ulm
Wissenschaftler (Fachbereich Allgemeinmedizin)	Universität Hamburg
Wissenschaftler	Universität Frankfurt

Niederlande

Ranghoher Mitarbeiter	Niederländisches Forschungsinstitut für die Gesundheitsversorgung (NIVEL)
Ranghoher Mitarbeiter	Zentrum für die Forschung und Entwicklung des Bildungswesens
Ranghoher Mitarbeiter	Universität Amsterdam
Ranghoher Mitarbeiter	Beirat für Gesundheitspersonalplanung (bekannt als Capaciteitsorgaan)
Wissenschaftler	Universität Utrecht

Hinweis: *Einige Experten haben mehrere Rollen wie zum Beispiel Wissenschaftler an der Universität, Dozent und Mitglied von Beiräten oder Berufsverbänden. Wir führen hier nur die primäre Rolle an.