

Projektbericht  
Research Report

Juli 2020

# Ansätze zur Deckung des Bedarfs an AllgemeinmedizinerInnen

Monika Riedel  
Barbara Stacherl  
Thomas Czypionka

**Endbericht**

**Studie im Auftrag**  
des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna

---

**AutorInnen**

Monika Riedel, Barbara Stacherl, Thomas Czypionka

**Titel**

Ansätze zur Deckung des Bedarfs an AllgemeinmedizinerInnen

**Kontakt**

T +43 1 59991-229

E [riedel@ihs.ac.at](mailto:riedel@ihs.ac.at)

**Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)**

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

[www.ihs.ac.at](http://www.ihs.ac.at)

ZVR: 066207973

*Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.*

## Abstract

The report explains individual and structural factors which affect the capacity to provide primary care services, other than the number of graduates from medical schools, in the Austrian context. The report follows the pathway of a medical career in course of time, from enrollment into medical school to everyday care provision and finally retirement. Along this pathway, the report identifies the most relevant factors guiding the GP capacity, and uses international literature to point out levers to adjust this capacity. Examples are derived mostly from countries outside of the German-speaking area. Migration patterns within this area, however, are discussed in the analysis.

Adducing international comparison, the report draws insights for Austria: Regarding the medical education, it seems particularly promising to expand compulsory courses in primary care, to extend obligatory clerkships in primary care practices in alignment with the international role models, and to facilitate access to information about existing teaching practices (e.g. via a centralized web-platform). With respect to the postgraduate education, training positions in general medicine could be made available by enabling graduates to work as “doctor without specialization” (with restricted practicing permissions) in the interim period between university and postgraduate training. Considering the general medicine postgraduate training, formal (e.g. remuneration) and structural (e.g. scientific module) inequalities with regards to the other specializations should be reduced. Additionally, the focus within the general medicine training should shift towards the occupation of general practitioners (as opposed to the occupation in a hospital).

In the realm of general practice, political efforts should put an emphasis on the importance of primary care, inter alia by aligning the income potentials for general practices. This in turn should entail a reform of the remuneration method, with a focus on health policy goals and costing, rather than bargaining power and custom. Such a reform should take into consideration the financial role of practice dispensaries and the consequences of a changed allocation of roles with respect to other health professions.

**Key words:** general practice, primary health care, shortage of GPs

## Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht untersucht, welche individuellen und strukturellen Einflussfaktoren neben der Zahl an Studienplätzen für die allgemeinmedizinische Versorgungskapazität bestehen. Den Ausgangspunkt bildet die chronologische Abfolge einer gedanklichen HausärztInnenkarriere in Österreich, von Ausbildungsbeginn bis zu Berufsalltag und schlussendlich Berufsende, und die dabei identifizierten Ansatzpunkte für Politikmaßnahmen. Soweit vorhanden veranschaulichen internationale Länderbeispiele Möglichkeiten, anhand dieser „Stellschrauben“ Einfluss auf die Versorgungskapazität zu nehmen. Der Fokus liegt dabei einerseits auf den Ländern außerhalb des DACH-Raumes, da zu letzteren schon Studien vorliegen, andererseits werden die Migrationsströme innerhalb des deutschen Sprachraumes in die Analyse einbezogen.

Aus den internationalen Ländermodellen lassen sich einige Anregungen für Österreich gewinnen: Vielversprechend erscheinen im Zusammenhang der Ausbildung ein Ausbau von verpflichtend wahrzunehmenden allgemeinmedizinischen Inhalten während des Studiums, erleichterte und zentralisierte Information über bestehende Lehrpraxen, -ambulatorien und PVEs (z.B. in Form einer Internet-Plattform), sowie eine weitere Verlängerung der verpflichtenden Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis im Sinne einer Angleichung an Standards in Vorbildländern. Für den Übergang in die postpromotionelle Ausbildung könnten Turnusstellen für AM freigespielt werden, indem Möglichkeit geschaffen werden, während der Wartezeit auf eine FachärztInnenausbildung bereits als Ärztin/Arzt (mit entsprechend eingeschränkten Berechtigungen) zu arbeiten. Im Turnus selbst sollten formale (z.B. Bezahlung) und inhaltliche Ungleichheiten (z.B. wissenschaftliches Modul) zu Sonderfächern abgebaut werden, und die Ausbildungsinhalte sollten sich stärker auf die hausärztliche Tätigkeit (im Gegensatz zur Tätigkeit auf Krankenhausstationen) fokussieren.

Im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit sollte die politische Fokussierung auf eine stärkere Bedeutung der Primärversorgung u.a. auch ein Angleichen von Einkommenschancen der hausärztlichen Praxen beinhalten. Dies wiederum sollte idealerweise in einer gesamthaften Reform der Tarifgestaltung erfolgen, die sich stärker an gesundheitspolitischen Zielen und Kostenrechnung, und weniger an Verhandlungsmacht und Gewohnheitsrecht orientiert. In den Rahmen einer solchen Reform wäre auch die finanzielle Rolle der Hausapotheke sowie Konsequenzen einer geänderten Rollenverteilung mit anderen Gesundheitsberufen einzugliedern.

**Schlagwörter:** Allgemeinmedizin, Primärversorgung, ÄrztInnenmangel, Versorgung mit HausärztInnen

# Inhaltsverzeichnis

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>Allgemeinmedizinische Ausbildung und Praxis in Österreich</b> ..... | <b>8</b>  |
| 2.1      | Medizinstudium .....   | 13        |
| 2.1.1    | Zulassungsverfahren .....  | 13        |
| 2.1.2    | Testinhalte des MedAT .....  | 14        |
| 2.1.3    | Anzahl an Studienplätzen .....   | 15        |
| 2.1.4    | Status von Allgemeinmedizin: Studium .....                             | 15        |
| 2.1.5    | Status von Allgemeinmedizin: Praktikum .....                           | 15        |
| 2.2      | Sonderfach vs. Allgemeinmedizin .....                                  | 17        |
| 2.2.1    | Ausbildung .....   | 18        |
| 2.2.2    | Einkommen .....  | 22        |
| 2.2.3    | Status .....   | 23        |
| 2.3      | Berufsausübung in Österreich vs. sonstigem DACH-Raum .....             | 24        |
| 2.4      | Spital vs. Niederlassung .....   | 29        |
| 2.4.1    | Berufsausübung .....   | 30        |
| 2.4.2    | Einkommen .....  | 32        |
| 2.5      | WahlärztIn vs. Kassenplanstelle .....                                  | 32        |
| 2.6      | Ländlicher Raum .....  | 36        |
| <b>3</b> | <b>Ansatzpunkte für höhere Versorgungskapazität</b> .....              | <b>39</b> |
| <b>4</b> | <b>Internationaler Vergleich</b> .....                                 | <b>45</b> |
| 4.1      | Starke Primärversorgung .....  | 45        |
| 4.2      | Medizinstudium .....   | 49        |
| 4.2.1    | Aufnahmekriterien .....  | 49        |
| 4.2.2    | Status von Allgemeinmedizin: Studium .....                             | 51        |
| 4.2.3    | Status von Allgemeinmedizin: Praktikum .....                           | 51        |
| 4.3      | Ausbildungsweg .....   | 53        |
| 4.4      | Postpromotionelle Ausbildung Allgemeinmedizin .....                    | 55        |
| 4.4.1    | Aufnahmekriterien .....  | 55        |
| 4.4.2    | Kapazitäten und Dauer .....  | 56        |
| 4.4.3    | Lehrpraxis .....   | 58        |
| 4.4.4    | Ausbildungsbedingungen .....   | 60        |
| 4.4.5    | Bezahlung .....  | 61        |
| 4.5      | Versorgungswirksamkeit .....   | 62        |
| 4.5.1    | Niederlassung .....  | 62        |
| 4.5.2    | Kassensystem .....   | 66        |
| 4.5.3    | Ländlicher Raum .....  | 71        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>5</b> | <b>Case Study Belgien</b> .....                     | <b>75</b>  |
| 5.1      | Allgemeinmedizin Belgien .....                      | 75         |
| 5.1.1    | Medizinstudium .....                                | 75         |
| 5.1.2    | Postpromotionelle Ausbildung Allgemeinmedizin ..... | 76         |
| 5.1.3    | Versorgungswirksamkeit .....                        | 78         |
| 5.2      | Problemaufriss Belgien .....                        | 80         |
| 5.3      | Lösungsansätze Belgien .....                        | 81         |
| 5.3.1    | Studium .....                                       | 81         |
| 5.3.2    | Niederlassung .....                                 | 82         |
| <b>6</b> | <b>Schlussfolgerungen für Österreich</b> .....      | <b>84</b>  |
| 6.1      | Medizinstudium .....                                | 84         |
| 6.2      | Sonderfach vs. Allgemeinmedizin .....               | 86         |
| 6.3      | Migration .....                                     | 90         |
| 6.4      | Spital vs. Niederlassung .....                      | 91         |
| 6.5      | WahlärztIn vs. Kassenplanstelle .....               | 93         |
| 6.6      | Ländlicher Raum .....                               | 94         |
| 6.7      | Organisatorisches .....                             | 96         |
| <b>7</b> | <b>Verzeichnisse</b> .....                          | <b>98</b>  |
| 7.1      | Abkürzungsverzeichnis .....                         | 98         |
| 7.2      | Abbildungsverzeichnis .....                         | 98         |
| 7.3      | Tabellenverzeichnis .....                           | 99         |
| 7.4      | Literaturverzeichnis .....                          | 99         |
|          | <b>Anerkennung</b> .....                            | <b>117</b> |

# 1 Einleitung

Die allgemeinmedizinische Primärversorgung stellt einen wichtigen Grundpfeiler des Gesundheitssystems dar. Gleichzeitig steht die Allgemeinmedizin in Österreich – sowohl die Kapazität an praktizierenden ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich als auch die Primärversorgungsstruktur – aktuell mehreren Herausforderungen gegenüber. Trotz absolut hoher ÄrztInnenzahlen wird eine Sicherstellung ausreichender Kapazitäten in der Primärversorgung immer schwieriger. Dies hat einerseits demographische Gründe, wie etwa die Alterung der Bevölkerung einschließlich des medizinischen Personals, eine damit verbundene Pensionierungswelle, und einen zunehmenden Zuzug in städtische Gebiete. Andererseits wird die Ausbildung für und die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich individuell aus verschiedenen Gründen häufig als unattraktiv wahrgenommen. Dazu kommen strukturelle Hürden, die den Einstieg als AllgemeinmedizinerIn mit Kassenvertrag erschweren. Neben Kapazitätsengpässen in der Primärversorgung gilt auch ihre Struktur in Österreich als wenig vorbildlich. Im Rahmen der Zielsteuerung wurden bereits umfängliche Weichenstellungen vorgenommen, um sich den internationalen Bestperformern annähern zu können (Zielsteuerung-Gesundheit 2018).

Der vorliegende Bericht geht spezifisch auf die Situation der Allgemeinmedizin in Österreich ein und diskutiert die wesentlichsten Faktoren für Engpässe in Kapitel 2. Auch die spezifische Stellung Österreichs innerhalb des DACH-Raumes und die Betroffenheit durch berufliche Migration innerhalb dieses Sprachraumes werden thematisiert; ansonsten wird für Literatur bezüglich des deutschsprachigen Auslandes auf bestehende Berichte verwiesen (Zielsteuerung-Gesundheit 2018). Kapitel 3 zeigt auf, welche Ansatzpunkte oder „Stellschrauben“ für die Entwicklung der allgemeinmedizinischen Versorgungskapazität prinzipiell zur Verfügung stehen, und erörtert diese anhand der Chronologie einer gedanklichen HausärztInnenkarriere. Darauf aufbauend stellt Kapitel 4 dar, wie andere Länder die sich daraus ergebenden Stellschrauben ausgestalten. Die Literaturanalyse konzentriert sich hierbei auf jene Länder, denen gemeinhin eine „gute“ Primärversorgung nachgesagt wird, was im ersten Abschnitt des Kapitels thematisiert wird. Als kleiner Nachbar eines gleichsprachigen und bevölkerungsmäßig weit größeren Nachbarn befindet sich Österreich in einer ähnlichen Situation wie Wallonien, der französisch-sprachige Teil Belgiens. Der dortige Umgang mit dieser Problematik wird in Kapitel 5 als Fallstudie herausgearbeitet. Das abschließende Kapitel 6 schließlich leitet aus den internationalen Betrachtungen Schlussfolgerungen für Österreich ab.

## 2 Allgemeinmedizinische Ausbildung und Praxis in Österreich

Die Allgemeinmedizin in Österreich steht gleichzeitig vor mehreren Herausforderungen. Regelmäßig berichten Medien von drohender oder bestehender Unterversorgung, dargestellt zumeist anhand von über längere Zeit unbesetzten Planstellen, und ergänzt durch Statistiken über die zu erwartende Pensionswelle. Dazu kommen Berichte praktizierender ÄrztInnen, die beklagen, einzelnen PatientInnen aus finanziellen Erwägungen nicht die notwendige Zeit widmen zu können.

Auf gesundheitspolitischer Ebene bestehen Bemühungen, im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die Primärversorgung auszubauen, und durch berufsübergreifende Primärversorgungszentren (im Gegensatz zu Einzelpraxen) aufzuwerten. Allerdings erfolgt die Einrichtung derartiger Zentren sehr schleppend. Auch wenn Primärversorgungszentren (PVZ) international – in unterschiedlichem Umfang – multiprofessionell ausgerichtet sind, kommt der Allgemeinmedizin hierin naturgemäß eine wichtige Rolle zu, und ein Aufbau derartiger Zentren in Österreich wird daher auf eine in quantitativer und qualitativer Hinsicht ausreichende allgemeinmedizinische Basis zurückgreifen müssen.

Auf qualitativer Ebene stand – oder steht – die Allgemeinmedizin in Österreich ebenfalls in der Kritik. Junge AllgemeinmedizinerInnen weisen seit Jahren darauf hin, dass die berufspraktische Ausbildung in Österreich gerade in dem Bereich, für den sie ausbilden soll, in nur sehr geringem Umfang Erfahrungsgewinn bietet, nämlich in der umfassenden Versorgung der Bevölkerung an ihrer ersten medizinischen Anlaufstelle, in der allgemeinmedizinischen Ordination (JAMÖ 2013). Eine Verbesserung ist durch die inzwischen verpflichtend vorgeschriebenen sechs Monate Lehrpraxis im Rahmen des Turnus eingetreten, aber ein Abstand zu anderen Ländern bleibt bestehen, wie die Länderbeispiele im internationalen Kapitel zeigen.

Die folgenden Kapitel des Berichtes widmen sich einer Reihe dieser und der daraus resultierenden Ansatzpunkte, die dazu genutzt werden können, die allgemeinmedizinische Versorgung in Österreich zu verbessern. Im Fokus stehen dabei quantitative Erwägungen: An welchen konkreten Punkten im beruflichen Werdegang werden Entscheidungen getroffen, die zu einer geringeren (als im Optimalfall denkbaren) allgemeinmedizinischen Versorgung führen? Anders formuliert, an welchen Punkten ihrer Karriere entscheiden sich junge Menschen in nennenswerter Anzahl für eine medizinische Karriere, die eben außerhalb der allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich stattfindet, also entweder im Ausland oder in einem anderen beruflichen Setting als einer allgemeinmedizinischen Kassenpraxis bzw. einem PVZ?

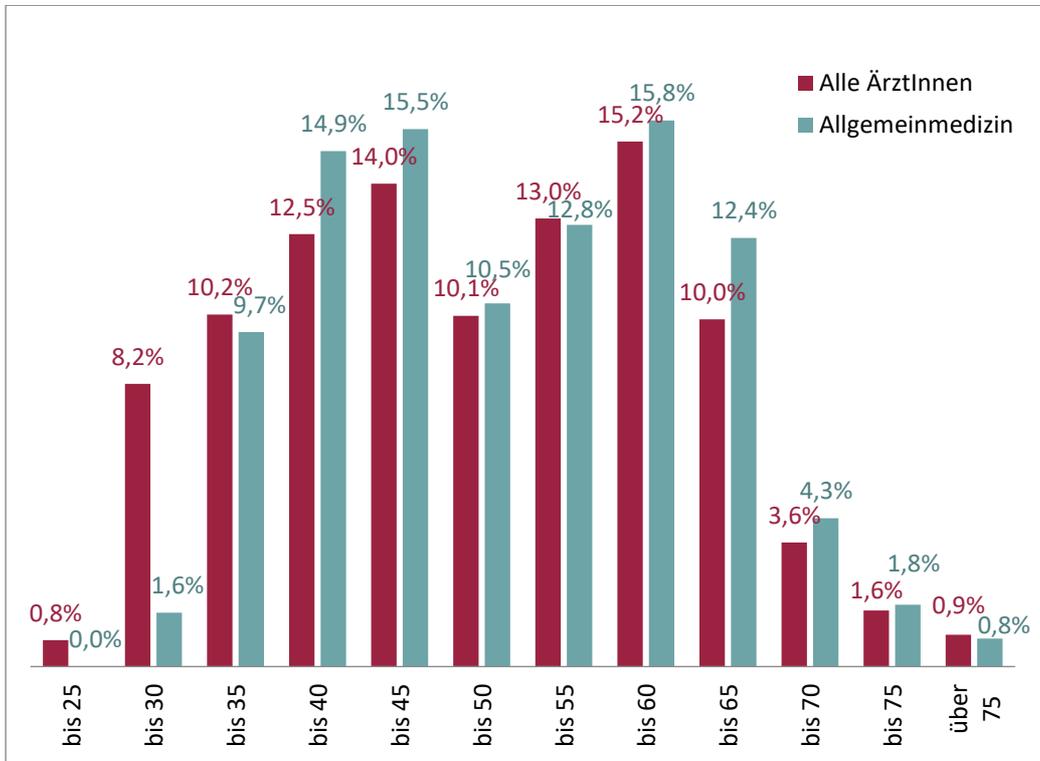
In diesem Kontext sind einige Faktoren zu berücksichtigen, die die Zahl an AllgemeinmedizinerInnen (AM) je Bevölkerungseinheit reduzieren werden<sup>1</sup>. Einige dieser Faktoren lassen sich anhand demographischer Kennzahlen belegen, andere hängen mit Faktoren zusammen, die spezifisch die Allgemeinmedizin in Österreich betreffen.

**Altersstruktur und Pensionierungswelle:** Nach Angaben der österreichischen Ärztekammer waren zum Stichtag 31.12.2018 31,5% ihrer Kammermitglieder 55 Jahre alt oder älter, und 18,7% 35 Jahre oder jünger. Die Altersverteilung der Ärzteschaft stellt sich zweigipfelig dar, zu diesem Zeitpunkt mit je einem Maximum bei 57 und bei 42 Jahren. Beide Gipfel wiederholen sich, in abgeschwächter Form, in den beiden Untergruppen der Angestellten und der ÄrztInnen mit Ordination, ausbildungsbedingt mit einem ausgeprägteren jüngeren Schwerpunkt bei Angestellten, und einem ausgeprägteren älteren Schwerpunkt bei ordinierenden ÄrztInnen. Ebenso findet sich die zweigipfelige Verteilung in der Allgemeinmedizin, wo der Anteil ab 55 Jahren sogar 35% beträgt, siehe Abbildung 1. (ÖÄK 2019a) Der Anteil der AM in den ersten Berufsjahren ist in Österreich mit Vorbehalt zu interpretieren. Lange Zeit war es üblich, erst nach Absolvieren des allgemeinmedizinischen Turnus eine Ausbildung im Sonderfach zu beginnen, und derzeit ist noch nicht abschätzbar, inwieweit die Ausbildungsänderungen der letzten Jahre in Kombination mit der leichteren Zugänglichkeit einer fachärztlichen Ausbildung diesen Usus beendet haben.

---

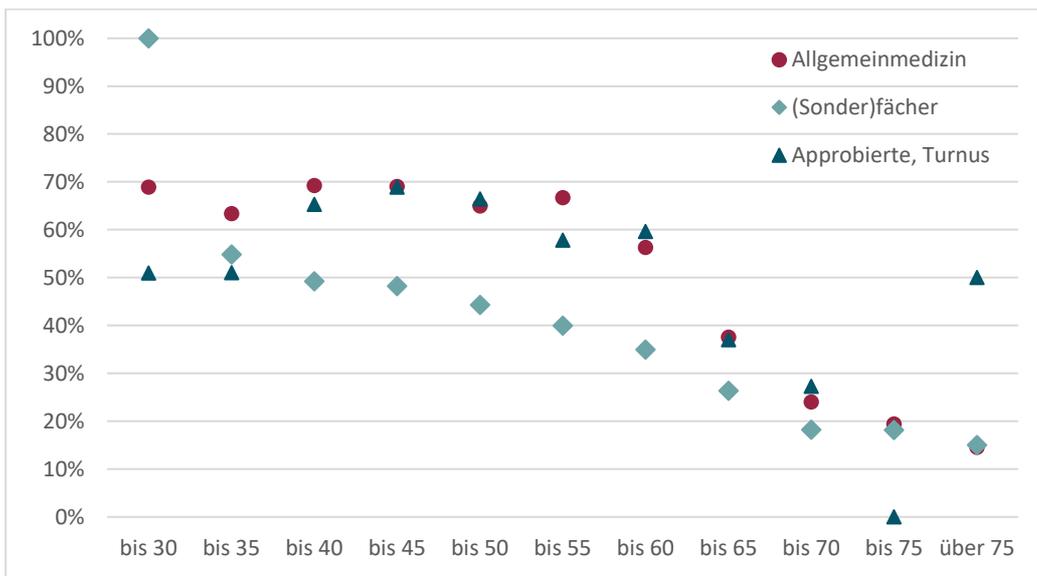
<sup>1</sup> Angesichts der im internationalen Vergleich hohen Anzahl an ÄrztInnen je Bevölkerungseinheit in Österreich bestehen derzeit unterschiedliche Meinungen darüber, ob von einem tatsächlichen ÄrztInnenmangel auszugehen ist, oder eher von einer Fehlallokation der bestehenden Kapazitäten. Unbestritten ist derzeit von einer Gewöhnung der Bevölkerung an reichliche und im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Verfügbarkeit von ÄrztInnen auszugehen, die u.a. durch Alterung auf Nachfrage- und Angebotsseite abnimmt und als Mangel empfunden und oft auch öffentlich diskutiert wird.

**Abbildung 1: Verteilung der ÄrztInnen nach 5-jährigen Altersgruppen, Kammermitglieder am 31.12.2020**



Quelle: ÖÄK (2019a), Darstellung: IHS (2020).

**Abbildung 2: Frauenanteil nach Altersgruppen, Kammermitglieder am 31.12.2018**



Quelle: ÖÄK (2019a), Darstellung: IHS (2020).

**Feminisierung:** Über die vergangenen Jahrzehnte ist auch in Österreich der Frauenanteil in der Medizin stetig gestiegen, bezogen auf alle ÄrztInnen sind die Männer derzeit nur noch knapp in der Überzahl. In den Sonderfächern spiegelt sich diese Entwicklung noch in den sinkenden Frauenanteilen bei steigender Altersgruppe wieder. Die Feminisierungstendenz hat die Allgemeinmedizin bereits früher erreicht als die Sonderfächer: In allen Altersgruppen bis 55 Jahre lauten jeweils rund zwei Drittel der der Allgemeinmedizin zugeordneten Approbationen auf Frauen, erst bei ÄrztInnen über 55 Jahren sind die Frauenanteile niedriger. Von insgesamt 24.772 Approbationen in Allgemeinmedizin galten zum Stichtag 31.12.2018 11.724 für Männer und 13.048 für Frauen (ÖÄK 2019a). Damit übertrifft zu diesem Stichtag der Frauenanteil in der Allgemeinmedizin (58%) sogar jenen während des Turnus (54%), was wohl vor allem an den jungen Ärztinnen für Allgemeinmedizin liegen dürfte, wie Abbildung 2 zeigt.

Bezogen auf die medizinische Versorgung hat die Feminisierung insbesondere zwei Auswirkungen: Erstens, aufgrund von Schwangerschaften und der nach wie vor häufigeren Übernahme von Betreuungsaufgaben fallen Frauen häufiger als Männer als Arbeitskräfte aus, oder sind in ihrem Tätigkeitsfeld eingeschränkt. Im ärztlichen Zusammenhang betrifft letzteres beispielsweise das Überstunden- und Nachtarbeitsverbot. Zweitens zeigt sich, dass Frauen zum Teil einen anderen Behandlungsstil einsetzen, was sich auch zeitlich auswirken kann. So sehen Bensing et al. (1993) bei weiblichen AM in den Niederlanden eine höhere Tendenz zur Kontinuität in der Behandlung sowie Unterschiede im behandelten Diagnosespektrum. Dumontet et al. (2012) bestätigen diese beiden Befunde mit französischen Daten und berichten beispielsweise von einem dreimal so hohen Anteil von Follow-Ups bei weiblichen im Vergleich zu männlichen AM.

Von Angehörigen der älteren Generationen wird beklagt, dass jüngere Personen sich nicht mehr in gleichem (zeitlichen) Ausmaß ihrer Profession verschreiben, wie es früher der Fall war oder gewesen sein soll. Ein Anzeichen dafür sei die abhanden gekommene Selbstverständlichkeit, mit der über eine offizielle Vollzeitbeschäftigung hinausgehende Arbeitszeiten akzeptiert würden, und zwar sowohl bei jungen Männern wie auch bei jungen Frauen (Stichwort **Work-Life-Balance**). Unabhängig von den Präferenzen der Beschäftigten wird eine solche Tendenz jedenfalls durch legislative Schritte unterstützt. Auf EU-Ebene ist ein Beispiel hierfür die Arbeitszeitrichtlinie, die auch im Medizinbereich neue Obergrenzen für die Wochenarbeitszeit einzog, und auf nationaler Ebene die verstärkte Bemühung um die Verankerung von Möglichkeiten, Auszeiten für Familienangelegenheiten zu nehmen, wie Papamonat oder Familienhospizkarenz. Verstärkt wird diese Tendenz durch ein zunehmendes Interesse an Teilzeitarbeit, auch abseits von Familienpflichten.

Beide Tendenzen, sinkende individuelle Jahresarbeitszeit und (bzw. zum Teil durch) steigende Wahrnehmung von Betreuungspflichten, sind auch im Medizinbetrieb zu beobachten und führen dazu, dass es nicht mehr ausreicht, in den Ruhestand übertretende ÄrztInnen im Verhältnis 1:1 zu ersetzen. Stattdessen müssen (jedenfalls im Aggregat) mehr als 100% der ausscheidenden MedizinerInnen ersetzt werden, wenn das Versorgungsniveau *ceteris paribus* gehalten werden soll.

Neben diesen teils demographischen, teils gesamtgesellschaftlichen Tendenzen weist die (Allgemein-)Medizin in Österreich einige Aspekte auf, die als wenig wünschenswert angesehen werden, und die dadurch zu einer geringeren als gesundheitspolitisch gewünschten Verfügbarkeit von medizinischen Fachkräften führen können.

Das möglicherweise meistdiskutierte Problemthema liegt hierbei an der Schnittstelle zwischen vorwiegend theoretischer und weiterführender berufspraktischer Ausbildung: die **Abwanderung** von AbsolventInnen des Medizinstudiums in Österreich ins Ausland. Diesem Thema widmet sich Abschnitt 2.3 mit besonderem Fokus auf den DACH-Raum, da dieser Raum aufgrund ähnlicher kultureller und sprachlicher Bedingungen besonders attraktiv für Migrationsbewegungen ist. Es wird gezeigt, dass Bewegungen in beide Richtungen stattfinden, dass aber der Nettoeffekt, zumindest in der Querschnittsbetrachtung, aus österreichischer Sicht klar negativ bleibt.

Eine weitere wesentliche Fragestellung ist, was AbsolventInnen des Medizinstudiums dazu bewegt, eine **Karriere in einem Sonderfach** jener in der Allgemeinmedizin vorzuziehen. Neben dem schwer fassbaren aber dennoch wesentlichen Begriff des – zumindest unter Medizin-KollegInnen – geringeren Prestiges spielen auch die Arbeitsbedingungen und Einkommen eine große Rolle. Dass einige Aspekte aus dem Oberbegriff Arbeitsbedingungen das Fach Allgemeinmedizin wenig attraktiv machen, kommt deutlich in einer Befragung Medizinstudierender an der MUG zum Ausdruck (Poggenburg et al. 2017). Die fünf am häufigsten genannten Gründe, die von der Berufswahl Allgemeinmedizin abhalten, waren demnach *nicht genug Zeit für einzelne PatientInnen und Gespräche, zu viele Vorgaben von den Krankenkassen, weniger abrechenbare Zusatzleistungen im Vergleich zu FachärztInnen, niedrigeres Einkommen als FachärztInnen, und zu viele administrative Tätigkeiten*. Um wieviel sich die Einkommenschancen in einer fachärztlichen von einer allgemeinmedizinischen Ordination unterscheiden, wird anhand der Einkommensstudie des IHS dargelegt (Cypionka et al. 2018). Wie in Kapitel 2.2.2 angeführt, liegt das mediane Jahreseinkommen in Allgemeinmedizin bei rund 91% des Medians aller Fachgruppen (129.942 Euro vs. 142.772 Euro, jeweils vor Steuern und bei Vorliegen eines §2-Kassenvertrags, 2015).

Im Rahmen dieser Studie werden Faktoren und Aspekte diskutiert, die zu quantitativ bedeutsamen Abflüssen führen. Daneben bestehen eine Vielzahl von kleineren Abflüssen, die aufgrund des geringeren Umfangs im Rahmen der Studie nicht thematisiert werden können, wie bzw. medizinischen Posten in der Verwaltung oder der Pharmawirtschaft.

## 2.1 Medizinstudium

An der ersten Schnittstelle, der Aufnahme des Medizinstudiums, ist die kritische Frage nicht, wie viele Personen sich für ein Medizinstudium interessieren – die Zahl der Anmeldungen für den Aufnahmetest ist inzwischen rund zehnmal so hoch wie die der zu vergebenden Studienplätze. Eine quantitative Beschränkung stellt hier nur die Limitierung der Ausbildungsplätze an den Universitäten dar. Kritisch für die spätere allgemeinmedizinische Versorgung ist insbesondere, welche Personen durch das Auswahlverfahren selektiert werden. Zu fragen ist demnach, ob es dem Auswahlverfahren gelingt, Personen für das Studium zu rekrutieren, die ein Interesse an Allgemeinmedizin und hausärztlicher Praxis, nicht nur, aber auch in ländlichen Gebieten aufzubringen.

Die erste notwendige Bedingung für die spätere Ausübung des Berufs als niedergelassene HausärztIn ist die Aufnahme des Medizinstudiums. Während der universitären Ausbildung wird in Österreich noch nicht nach späterer Fachrichtung differenziert, lediglich die Ausbildung für ZahnärztInnen erfolgt im Rahmen eines von der sonstigen medizinischen Ausbildung getrennten Curriculums. Das Studium dauert in der Regel 12 Semester und umfasst 360 ECTS. Der Aufbau des Studiums unterscheidet sich an den insgesamt sieben Standorten – an vier öffentlichen und drei privaten Universitäten - in Österreich zum Teil erheblich, was den Wechsel zwischen Universitäten erschwert. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Studium der Humanmedizin, also exklusive Zahnmedizin, an öffentlichen Universitäten in Österreich.

### 2.1.1 Zulassungsverfahren

In Österreich regelt seit 2006 ein spezielles Zulassungsverfahren den Zugang zum Medizinstudium. Hierbei wird ein gemeinsamer Aufnahmetest (MedAT) an einem einheitlich festgelegten Tag für alle vier öffentlichen Universitäten<sup>1</sup> durchgeführt, die in Österreich ein Studium der Humanmedizin anbieten. Die Anmeldung zum Test hat bis zu einem festgelegten Termin im März zu erfolgen und kostet 110 €, der Test selbst ist schriftlich, erfolgt üblicherweise Anfang Juli und erfordert die ganztägige Anwesenheit

---

<sup>1</sup> Medizinische Universität Wien, Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Innsbruck, sowie seit 2014 die medizinische Fakultät der Johannes-Kepler Universität Linz.

der KandidatInnen. Durch dieses Prozedere ist sichergestellt, dass sich eine Person im selben Jahr an nur einem Standort um einen Studienplatz bewerben kann, und sich bewusst für einen der möglichen Standorte entscheidet. Im Jahr 2019 unterzogen sich 16.443 Personen dem MedAT, um einen der 1.680 Plätze (davon 144 für Zahnmedizin) zu gewinnen. (Unger 2020) Damit ist das Interesse am Studium der Humanmedizin in Österreich ungebrochen.

Bei der Vergabe der Studienplätze sind neben dem Testergebnis auch bestimmte Länderquoten zu berücksichtigen, die sich auf das Land beziehen, in dem das Reifeprüfungszeugnis erworben wurde. 75% der Plätze sind reserviert für Personen mit Reifeprüfungszeugnis aus Österreich, 20% aus einem anderen EU-Land, und die restlichen 5% für Personen mit Reifeprüfungszeugnis aus einem Drittstaat. Diese Regelung wurde ausgelöst durch den starken Anstieg an Studierenden insbesondere aus Deutschland zu Beginn der 2000er Jahre.

### 2.1.2 Testinhalte des MedAT

Der MedAT gliedert sich in vier Teilbereiche, die unterschiedlich gewichtet werden. Der naturwissenschaftliche Wissenstest, auch BMS für **Basiskenntnistest** für Medizinische Studien genannt, ist mit 40% der Gesamt-Punktezahl relativ hoch gewichtet. Er setzt sich zusammen aus 40 Fragen zu Biologie, 24 Fragen zu Chemie, 16 Fragen zu Physik und zehn Fragen zu Mathematik. Weitere 40% der Punkte bewerten die **kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten**. Dabei sind Figuren zusammensetzen, Allergieausweise zu memorieren, Zahlenfolgen zu vervollständigen, Buchstaben im Themenbereich „Wortflüssigkeit“ richtig zu ordnen und die Implikationen verschiedener Aussagen zu erkennen. Die Bewertung der **sozial-emotionalen Kompetenzen** entspricht 10% der Gesamtpunktezahl. Die Hälfte hiervon wird für Fragestellungen aus dem Bereich des sozialen Entscheidens vergeben. Wohl als Reaktion auf die Kritik, dass sozial-emotionale Kompetenzen im früheren Prozedere unterbewerten gewesen seien, wurde im Jahr 2017 der Teilbereich „Emotionen Erkennen“ aufgenommen, der seither die andere Hälfte der Bewertung sozial-emotionaler Kompetenzen ausmacht. Die letzten 10% der Gesamtpunktezahl werden für Aufgaben aus dem Bereich des **Textverständnisses** vergeben. Dieser Teilbereich ist nur bei Humanmedizin, nicht aber bei Zahnmedizin vorgesehen.

Auch wenn der MedAT inzwischen breiter aufgestellt ist, bestehen nach wie vor Bedenken, dass durch die spezifische Schwerpunktsetzung des MedAT (mit wenig sozialen Komponenten und keinem Einbezug der Persönlichkeit) geeignete AM verloren gehen. Diese Bedenken bzw. das allfällige Ausmaß solcher Verluste geeigneter Personen für eine allgemeinmedizinische Berufsausübung in Österreich sind aber naturgemäß schwer quantifizierbar. Auch aus diesem Grund ist es sinnvoll, einen internationalen

Vergleich der Auswahlkriterien für eine medizinische Karriere zu erstellen, wie in Abschnitt 4.2.1 durchgeführt.

### 2.1.3 Anzahl an Studienplätzen

Anders als vor 2006 besteht nunmehr eine festgelegte Anzahl von Studienplätzen für das erste Semester. Mit Stand Herbst 2019 standen 1.741 Studienplätze zur Verfügung, hiervon 1.536 an öffentlichen Universitäten (ohne Zahnmedizin). Durch den noch nicht abgeschlossenen Ausbau der Medizinausbildung an der Universität Linz ist geplant, diese Kapazität bis zum Studienbeginn im Jahr 2022 um weitere 120 Studienplätze aufzustocken.

Der Umfang an Studienplätzen für Erstsemestrige richtet sich nach der festgelegten Anzahl an Ausbildungsplätzen, eine regelmäßige Anpassung an bzw. Verknüpfung mit einer Bedarfsschätzung für zukünftige ÄrztInnen wird nicht durchgeführt.

### 2.1.4 Status von Allgemeinmedizin: Studium

Nach einer GÖG-Erhebung im Jahr 2017 wurde an allen sieben Universitäten mit Medizinstudium zumindest eine Lehrveranstaltung und/oder ein Praktikum angeboten, das die Bezeichnung Allgemeinmedizin im Titel führt. Die Zahl und der Zeitpunkt derartiger Veranstaltungen unterscheiden sich aber erheblich. So wurde in Innsbruck vor allem zu Beginn des Studiums ein Schwerpunkt auf Allgemeinmedizin gelegt, im Gegensatz zu den anderen Universitäten. (Zielsteuerung-Gesundheit 2018) In Innsbruck wird in den ersten vier Semestern die Lehrveranstaltung „Klinische und allgemeinmedizinische Falldemonstrationen“ mit jeweils ein bis zwei ECTS vorgeschrieben (Medizinische Universität Innsbruck 2019). An der MedUni Wien ist keine mit Allgemeinmedizin betitelte Lehrveranstaltung im Curriculum enthalten (eine Famulatur in der Primärversorgung allerdings schon, dazu Abschnitt 2.1.5) (Medizinische Universität Wien 2019). Die MedUni Graz sieht das Pflichtmodul „Sinnesorgane und ihre Erkrankungen und Allgemeinmedizin“ im zehnten Semester vor (Medizinische Universität Graz 2019). Die jüngste der öffentlichen medizinischen Universitäten, die Medizinische Fakultät der JKU Linz, nimmt für sich in Anspruch die Schwerpunkte auf Allgemeinmedizin, soziale Kompetenz und Kommunikation zu legen. Während des Bachelor-Studiums (im sechsten Semester) findet das Pflichtfach Allgemeinmedizin im Ausmaß von drei ECTS statt. Im dritten Master-Semester ist erneut das Pflichtfach Allgemeinmedizin (mit 2,5 ECTS) im Curriculum enthalten (JKU 2019).

### 2.1.5 Status von Allgemeinmedizin: Praktikum

Im Rahmen der **Pflichtfamulaturen** sind in Wien vier der insgesamt 12 Wochen in einer Lehrpraxis für Allgemeinmedizin oder einer Einrichtung der Primärversorgung (die aber

nicht eine AM-Einrichtung sein muss, sondern beispielsweise auch eine Notfallambulanz sein kann) zu leisten. Für das Studium in Graz sind im Rahmen der Pflichtfamulatur zumindest sechs Wochen an Betten führenden Stationen zu absolvieren, Famulaturen sind außerdem in universitären Lehrordinationen möglich aber nicht zwingend. Im Gegensatz dazu werden in Innsbruck im Rahmen der 18 Wochen Pflichtfamulatur nur jene angerechnet, die in Krankenanstalten absolviert wurden. In Linz, wo das Studium in sechs Semester Bachelor-Programm und sechs Semester Master-Programm gegliedert ist, dauert die Pflichtfamulatur vier Wochen im Bachelor- plus acht Wochen im Master-Programm. In Linz wird ausdrücklich empfohlen (aber eben nicht vorgeschrieben), vier Wochen der Famulatur in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu absolvieren. (JKU 2020; Medizinische Universität Graz 2019; Medizinische Universität Innsbruck 2020; Medizinische Universität Wien 2020) Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass eine gewisse allgemeinmedizinische Erfahrung im Rahmen der Pflichtfamulaturen gewonnen werden kann und meist auch empfohlen wird, aber keinen verpflichtenden Teil darstellt.

In Innsbruck können bis zu 16 der insgesamt 48 Wochen im **Klinisch-Praktischen Jahr** (KPJ) im 11. und 12. Semester in allgemeinmedizinischen Praxen belegt werden. Konkret ist das der Fall, wenn die KPJ-Variante Allgemeinmedizin gewählt wird. Für Studierende der sonstigen Variante sind 4 Wochen Allgemeinmedizin verpflichtend. Als Bestandteil des KPJ-Tertial C „Wahlfächer“ ist Allgemeinmedizin in Wien kein verpflichtendes Element im KPJ, es kann aber ein ganzes oder halbes Tertial (16-Wochen Block) in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis geleistet werden. In Wien ist das Interesse daran steigend (von anfangs 12 zu voraussichtlich 30 MedizinerInnen im Sommersemester 2020). Mit Wintersemester 2020/21 soll die Kooperation örtlich ausgeweitet werden, sodass nicht nur bei Lehrpraxen in Wien, sondern auch in Niederösterreich die MedizinerInnen in Ausbildung im Rahmen des sogenannten KPJ-Exzellenzprogramms das gleiche Einkommen wie bei der Ausbildung im Krankenhaus erhalten. Auch bei der Ausbildung im Krankenhaus wird im Rahmen des Exzellenzprogramms Wert darauf gelegt, durch einen hohen Zeitanteil in Ambulanzen und durch die Bereitstellung von allgemeinmedizinischen Mentorinnen und Mentoren besonders jene Kompetenzen zu stärken, die in der allgemeinmedizinischen Praxis gebraucht werden. (MedUni Wien 2020) In Graz ist für das letzte Drittel ein vierwöchiger Block in Allgemeinmedizin an einer universitären Lehrordination vorgesehen, danach können weitere vier Wochen Allgemeinmedizin in einer solchen Ordination als Wahlpflichtfach angerechnet werden. Auch für Studierende der JKU Linz ist im Rahmen des KPJ ein vierwöchiger Block in Allgemeinmedizin verpflichtend vorgesehen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Allgemeinmedizin zwar an drei der vier öffentlichen Medizinuniversitäten verpflichtender Bestandteil des KPJ ist, nicht aber an der größten (Wien).

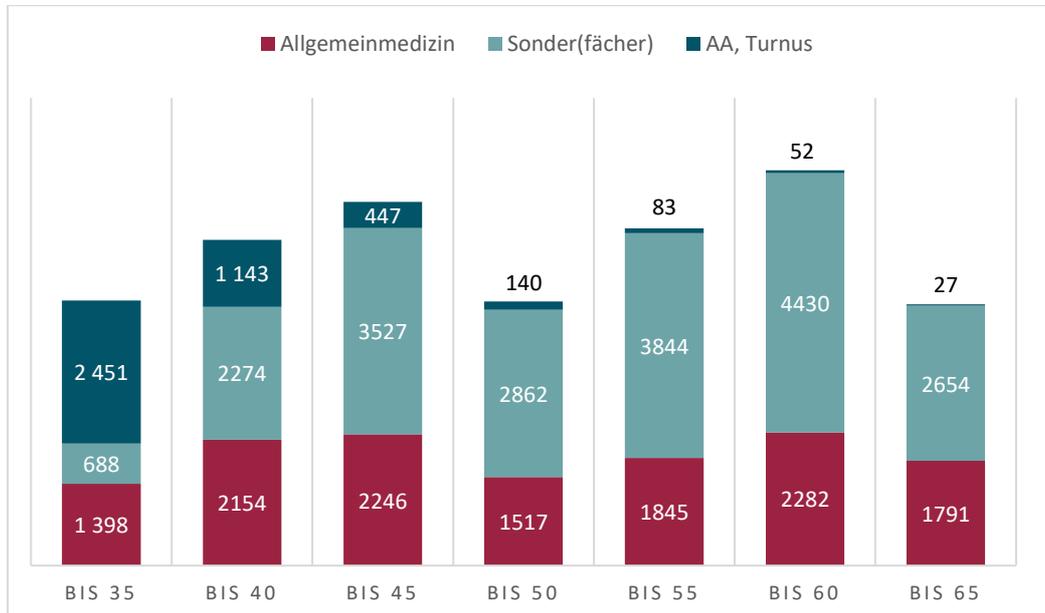
## 2.2 Sonderfach vs. Allgemeinmedizin

Die Frage, in welchem medizinischen Gebiet nach Absolvierung der Ausbildung gearbeitet werden soll, ist höchst individuell und in Österreich auf staatlicher Ebene kaum strategisch gelenkt. Es fehlt eine staatliche Bedarfsplanung, wie viele Personen mit welcher Spezialisierung zukünftig gebraucht werden und daher entsprechend postpromotionell auszubilden sind. Auch §9 Ärztegesetz, der die Anerkennung von Ausbildungsstätten für die allgemeinmedizinische Ausbildung sowie die Genehmigung zusätzlicher Ausbildungsplätze regelt, legt lediglich Qualitätskriterien für ausbildende Institutionen aber keinerlei Abstimmung mit gesamtgesellschaftlichen Bedarfskriterien fest.

Die individuelle Entscheidung wird bei einigen Studierenden der Humanmedizin klar durch eigene Interessen determiniert sein. Bei anderen kann aber die Interessenlage weniger klar sein, und damit könnten verschiedene Maßnahmen ergriffen werden, um das Interesse in Richtung Allgemeinmedizin zu lenken. Einige Möglichkeiten, auch in der Allgemeinmedizin schon während des Studiums Erfahrungen zu sammeln und damit diese Fächerwahl gewissermaßen zu bewerben, wurde bereits angesprochen. Mit der neunmonatigen Basisausbildung zu Beginn der postpromotionellen Ausbildung liegt eine weitere solche Möglichkeit vor, siehe unten. Schlussendlich werden aber die (erwarteten) Aufgabenstellungen und Arbeitsbedingungen zum Teil während der postpromotionellen Ausbildung, insbesondere aber in der späteren eigenverantwortlichen Berufstätigkeit häufig dafür ausschlaggebend sein, welche medizinische Spezialisierung MedizinerInnen anstreben.

Bezogen auf alle Kammermitglieder zum 31.12.2018, wird exakt ein Drittel der Allgemeinmedizin zugerechnet. Dieser Anteil weist nach 5-jährigen Altersgruppen nur eine moderate Schwankungsbreite (zwischen 31 und 40%) auf, wie Abbildung 3 anhand der wichtigsten Erwerbsphase (von 30 bis 65 Jahren) darstellt.

**Abbildung 3: Anteil der Allgemeinmedizin an gesamtter ÄrztInnenzahl nach 5-jährigen Altersgruppen, Kammermitglieder am 31.12.2018**



Quelle: ÖÄK (2019a), Darstellung: IHS. Anmerkung: Personen ohne Mehrfachzählung.

### 2.2.1 Ausbildung

Die postpromotionelle Ausbildung in Österreich wurde durch die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) neu geregelt.

#### Aufnahmekriterien

Die ÄAO 2015 enthält keinerlei Regelung über die Zuteilung der Ausbildungsplätze im Sinne einer Priorisierung bestimmter Fächer oder Bevölkerungsgruppen.

#### Ausbildungsdauer

Wie auch in der fachärztlichen Ausbildung, besteht der erste Ausbildungsblock aus der neunmonatigen Basisausbildung zum Erwerb der klinischen Basiskompetenz in chirurgischen und konservativen Fachgebieten. Die daran anschließenden Ausbildungsblöcke belaufen sich bei Allgemeinmedizin auf 33 Monate und sind damit um mindestens 30 Monate kürzer als die Ausbildung in den medizinischen Sonderfächern.

#### Lehrpraxis

Seit Geltung der ÄAO 2015 ist am Ende der Ausbildung in Allgemeinmedizin eine sechsmonatige Praxisphase in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen

oder Lehrambulatorien vorgesehen. Ab 01.06.2022 ist eine Ausdehnung auf neun Monate und ab 01.06.2027 eine Ausdehnung auf 12 Monate vorgesehen. Zusätzlich können praktische Erfahrungen außerhalb von Krankenhäusern gewonnen werden, da in einzelnen Fächern (wie Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und Traumatologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin) auch mindestens dreimonatige Ausbildungsblöcke im Praxissetting auf die allgemeinärztliche Ausbildung angerechnet werden können, und zwar in der Gesamtdauer von insgesamt höchstens 12 Monaten und ungeachtet der Ausbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin (§11 ÄAO 2015). Die auf die Ausbildung anrechenbare Gesamtdauer der in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien absolvierten Ausbildung beträgt derzeit somit insgesamt höchstens 18 Monate. Für die Organisation und Administration der Ausbildung in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien hat die Österreichische Ärztekammer zu sorgen. (§7 Abs 4 ÄrzteG)

Damit einer ärztlichen Praxis die Bewilligung als Lehr- oder Lehrgruppenpraxen erteilt wird, müssen einige Bedingungen erfüllt sein. Hierzu zählen eine Mindestgröße von 800 PatientInnen pro Quartal und Planstellen-Vollzeitäquivalent (in berechtigten Ausnahmen mindestens 750), eine Mindestdauer von vier Jahren in niedergelassener Praxis, räumliche und infrastrukturelle Erfordernisse, die Absolvierung einer 12-stündigen Fortbildung als AusbilderIn, sowie auch mehrere Kriterien die auf eine korrekte Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung abzielen, und einige weitere. Pro Planstellen-Vollzeitäquivalent darf maximal je eine TurnusärztIn in eine Lehrgruppenpraxis aufgenommen werden, sodass ein Verhältnis von 1:1 oder besser zwischen ausbildender und auszubildender ÄrztIn ergibt. (§12 ÄAO 2015).

### **Bezahlung**

Wie hoch die Bezahlung für angehende AM ausfällt, hängt von der jeweiligen Ausbildungsstelle ab. Als Beispiel wird im Folgenden die Bezahlung in Wien sowie in der Steiermark dargestellt. Da ein hoher Anteil der postpromotionellen Ausbildung in Krankenanstalten der Stadt **Wien** erfolgt, ist somit die dortige Gehaltsregelung wesentlich. Laut Wiener Bediensteten Gesetz (W-BedG) § 76 Abs 6 gilt für ÄrztInnen im Spitalsdienst Gehaltsschema W5. Abweichend hiervon gebührt ÄrztInnen in Ausbildung für die Ausbildungsdauer ein Gehalt gemäß unten stehender Tabelle sowie gegebenenfalls ein sogenannter Kinderbeitrag in der Höhe von 14,53 Euro pro Kind monatlich (§ 79). Die Zeitdauer innerhalb der Gehaltsstufen 2 bis 4 der Gehaltstabelle regelt § 86 W-BedG. Gehalt und Verweildauer je Gehaltsstufe sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Während das Wiener Bedienstetengesetz in der Entlohnung der ÄrztInnen in Ausbildung nicht zwischen allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Ausbildung unterscheidet,

unterscheidet das Dienst- und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes **Steiermark** hier sehr wohl.

**Tabelle 1: Gehaltsstufen für ÄrztInnen in Ausbildung für Wiener Gemeindebedienstete, 2020**

| Gehaltsstufe | Gehalt in Euro pro Monat | Verweildauer |
|--------------|--------------------------|--------------|
| 01           | 3.736,86                 | 2 Jahre      |
| 02           | 3.946,29                 | 2 Jahre      |
| 03           | 4.155,72                 | 2 Jahre      |
| 04           | 4.208,07                 | 3 Jahre      |

Quelle: § 86 W-BedG, §110 W-BedG, Darstellung IHS (2020)

TurnusärztInnen in fachärztlicher Ausbildung sind in Entlohnungsgruppe sl/2 einzureihen; TurnusärztInnen in allgemeinmedizinischer Ausbildung sind hingegen ebenso wie approbierte ÄrztInnen und AssistenzärztInnen, die nicht in fachärztlicher Ausbildung stehen, in Entlohnungsgruppe sl/1 einzureihen. (§ 191a Stmk. L-DBR). Der monetäre Unterschied zwischen einer Einordnung in sl/2 und sl/1 mag gerade in den ersten Jahren mit rund 25 Euro brutto pro Monat kaum spürbar sein. Was aber bleibt ist der Eindruck, dass eben ein prinzipieller Unterschied gemacht wird, der sich auch in der „Notwendigkeit“ einer separaten Kategorie im Gehaltsschema widerspiegelt. Bereits durch die wenigen Euro Unterschied wird damit einer geringeren Wertschätzung der allgemeinmedizinischen gegenüber einer fachärztlichen Ausbildung - und wohl auch der jeweiligen Profession - Ausdruck verliehen.

Nach dreijähriger ausbildungsrelevanter Tätigkeit gebührt FachärztInnen in Ausbildung mindestens ein Gehalt gemäß Stufe 5 in Schema sl/2; sofern zuvor der allgemeinmedizinische Turnus absolviert wurde, gebührt dieses Gehalt ab Beginn der fachärztlichen Ausbildung. (§ 193 Stmk. L-DBR). Daher kann der Unterschied zwischen der Einordnung in sl/1 bzw. sl/2 auch nicht damit argumentiert werden, dass die größere Erfahrung durch einen allfällig zuvor abgeleisteten allgemeinärztlichen Turnus abgegolten werden soll - dafür wäre der Unterschied aber ohnehin zu klein. Mangels anderer Erklärung bleibt die bereits angesprochene Signalwirkung einer unterschiedlichen Wertschätzung als Eindruck haften.

**Tabelle 2: Entlohnungsstufen für ÄrztInnen in Ausbildung für Bedienstete des Landes Steiermark, 2019, in Euro pro Monat**

| Entlohnungsstufe | sl/1     | sl/2     | Differenz (sl/2-sl/1) |
|------------------|----------|----------|-----------------------|
| 01               | 3.093,80 | 3.118,60 | 24,80                 |
| 02               | 3.216,30 | 3.242,10 | 25,80                 |
| 03               | 3.335,50 | 3.362,40 | 26,90                 |
| 04               | 3.457,00 | 3.537,60 | 80,60                 |
| 05               | 3.792,10 | 3.955,50 | 163,40                |
| 06               | 3.871,70 | 4.063,10 | 191,40                |
| 07               | 3.977,10 | 4.207,00 | 229,90                |
| 08               | 4.082,40 | 4.741,10 | 658,70                |

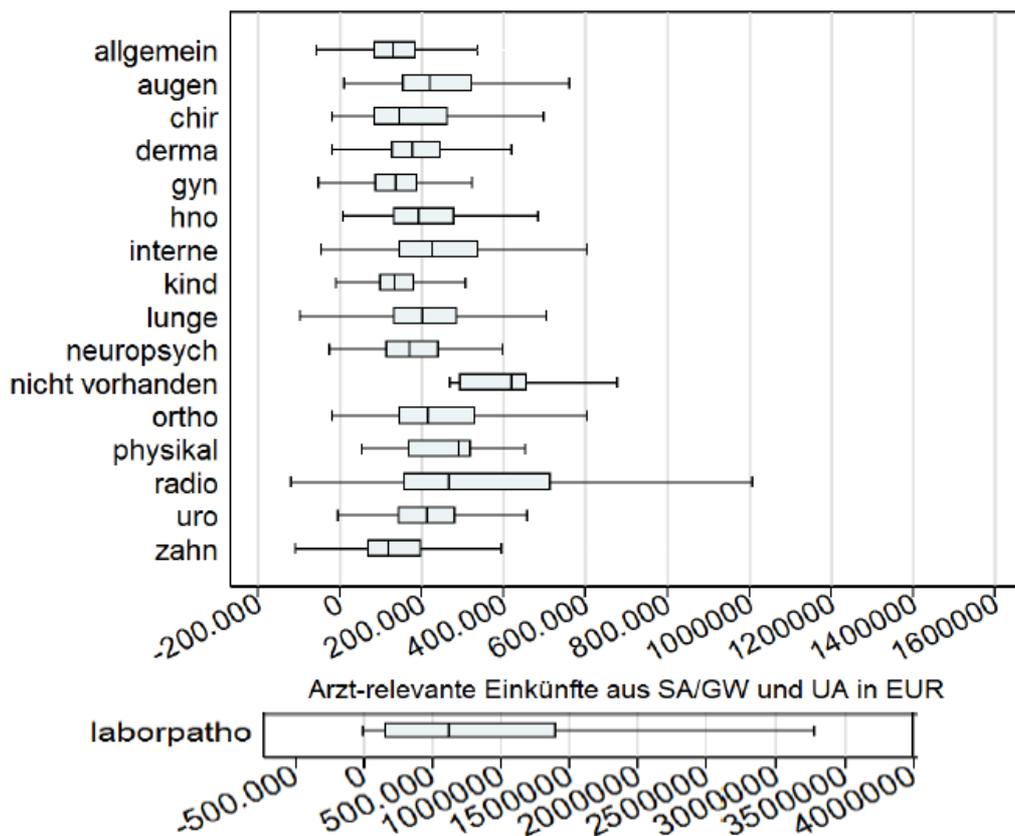
Quelle: Gehaltstabelle für das Jahr 2019, Auszug aus dem Landesgesetzblatt des Land Steiermark, 12. Verordnung.  
Darstellung IHS (2020)

Die Bezahlung während der Absolvierung der **Lehrpraxis** im niedergelassenen Bereich wurde kollektivvertraglich für ganz Österreich geregelt. Demnach gebührt bei Anstellung direkt in einer Praxis jenes Gehalt (inklusive Zulagen und Nebengebühren), welches unter Berücksichtigung allfälliger Vordienstzeiten nach dem Gehalts- und Zulagenschema des jeweiligen Bundeslandes zusteht, und zwar nach neun Monaten Basisausbildung und 27 Monaten Grundausbildung (§ 13 des Kollektivvertrages für Angestellte bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten). Alternativ kann das Anstellungsverhältnis mit der zuvor ausbildenden Krankenanstalt aufrecht bleiben, und für die Dauer der Lehrpraxis erfolgt eine Zuteilung zu einer Lehrpraxis. In diesem Fall tritt in der dienst- und besoldungsrechtlichen Stellung keine Änderung ein, insbesondere bleibt die Einstufung im Gehaltsschema unverändert. In beiden Fällen gewähren Bund, Land und Sozialversicherung eine Förderung von 90% der Gehaltskosten einschließlich Lohnnebenkosten und Sonderzahlungen für die Dauer von höchstens sechs Monaten und ein Beschäftigungsausmaß von maximal 30 Stunden/Woche. Die verbleibenden 10% der Gehaltskosten sind von der Lehr(-gruppen-)praxis zu tragen. Bei Anstellung im Ausmaß von über 30 Stunden/Woche sind die daraus resultierenden Mehrkosten zur Gänze durch die Praxis zu tragen. Konkret regelt eine Verordnung des Gesundheitsministeriums, dass 75% des Gehaltes (Grundgehalt, Zulagen, Lohnnebenkosten und anteilige Sonderzahlungen; 75% da es sich um 75% eines VZÄ handelt) zu 25% vom Bund und zu je 32,5% vom Dachverband der Sozialversicherungsträger und den Ländern sowie zu 10% von der Lehr(-gruppen-)praxis als Eigenleistung getragen werden. (BMGF 2018)

### 2.2.2 Einkommen

Im Jahr 2015 betrug das Einkommen der VertragsärztInnen für Allgemeinmedizin im Median ca. 130.000 Euro vor Steuern nach Abzug aller Praxiskosten, der Ärztekammerumlage sowie der Sozialversicherungsbeiträge (Cypionka et al. 2018). Wie in vielen anderen Ländern haben auch in Österreich die meisten FachärztInnen und hier insbesondere jene der technischen Fächer (Labor/Pathologie 687.000 Euro, Physikalische Medizin 293.000 Euro, Radiologie 278.000 Euro) durchschnittlich höhere Einkommen. Auch die Medianeinkommen in Kinder- und Jugendheilkunde (135.000 Euro) sowie Frauenheilkunde/Geburtshilfe (139.000 Euro) liegen im unteren Bereich, also Fächer, die in Österreich auch in größerem Umfang Tätigkeitsbereiche umfassen, die in anderen Ländern im Rahmen der Primärversorgung bzw. im hausärztlichen Bereich angesiedelt sind. Auch dies ist ein indirektes Zeichen dafür, dass der Primärversorgung in Österreich kein hoher Stellenwert zukommt.

**Abbildung 4: Relevante ärztliche Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag, aus selbstständiger und unselbstständiger Tätigkeit, nach Fachgruppe, 2015**



Anmerkungen: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt. Nicht vorhanden: unbekannte Fachgruppenzuordnung; SA/GW: Selbständige Arbeit und Gewerbe; UA: unselbständige Arbeit; Labor/Patho muss in getrennter Darstellung erfolgen, um die Sichtbarkeit der Unterschiede zwischen den anderen Fächern zu erhalten.  
Quelle: Cypionka et al. (2018)

### 2.2.3 Status

Im Gegensatz zu den vorigen Abschnitten konzentriert sich der hier diskutierte Aspekt – Prestige und Berufsbild – nicht auf eine einzelne Phase im Werdegang von AM, sondern stellt eine die gesamte Ausbildung und Berufsausübung begleitende Thematik dar. Daher werden hier zum Teil bereits in anderen Abschnitten angesprochene Themen nochmals aufgegriffen. Wir gehen davon aus, dass das Prestige der Allgemeinmedizin je nach befragter Bevölkerungsgruppe unterschiedlich stark von jenem einzelner medizinischer Fächer oder jenem der FachärztInnen im Allgemeinen abweicht. So nehmen wir an, dass Personen mit Gesundheitsberuf – eben insbesondere berufsberechtigte und angehende ÄrztInnen – stärkere Prestigeunterschiede wahrnehmen werden als die allgemeine Bevölkerung.

Ein wie wir glauben analoger Unterschied in der Wahrnehmung der Allgemeinmedizin zeigt sich bei Personen, die bereits unterschiedlich stark mit der medizinischen Berufsausübung begonnen haben, nämlich zwischen Studierenden der Medizin und Personen in Turnusausbildung. Gemäß einer Befragung dieser beiden Gruppen sind Studierende in Deutschland und Österreich der Meinung, dass HausärztInnen in der Bevölkerung überwiegend ein hohes Ansehen genießen, immerhin glaubt mehr als jeder zweite Studierende auch, dass diese in der Gesellschaft ein hohes Ansehen genießen. Andererseits glaubt weniger als jeder zehnte Studierende in Deutschland und Österreich, dass HausärztInnen bei KollegInnen anderer Fachrichtungen ein hohes Ansehen genießen. (Poggenburg et al. 2017, S. 47)

Zum niedrigeren Image der Allgemeinmedizin in Österreich aus Sicht der Angehörigen von Gesundheitsberufen, insbesondere den ÄrztInnen, dürften bereits in der Ausbildung zusätzlich zu den in den Abschnitten 2.1.4 und 2.1.5 genannten Aspekten mehrere weitere beitragen:

- Es gibt Hinweise auf die Praxis einiger Krankenhäuser, bereits im KPJ jene Personen in den Ausbildungsmodulen vorzuziehen, die ihre Absicht geäußert haben, in weiterer Folge das entsprechende Sonderfach zu wählen.
- Obwohl so nicht gesetzlich vorgesehen, war es bis zur Einführung von KPJ und Basismodul in vielen Ausbildungskrankenhäusern üblich, nur Personen zur Facharztausbildung zuzulassen, die bereits über eine Jus Practicandi in Allgemeinmedizin verfügten. Auch das kommt einer impliziten Abwertung gleich.
- Die postpromotionelle Ausbildung nach absolviertem Basisjahr dauert in den Sonderfächern mehr als doppelt so lange wie in der Allgemeinmedizin.
- In den Sonderfächern, nicht aber in der Allgemeinmedizin ist ein wissenschaftliches Modul (neun Monate) vorgesehen (ÄAO 2015 §3 Z.5). Dies

kann suggerieren, dass die Praxis der Allgemeinmedizin im Vergleich zu den Fächern gewissermaßen weniger wissenschaftlich sei, weniger Fortbildung durch die Lektüre von Fachliteratur verlange, oder auch weniger Forschung benötige. Dies steht im Widerspruch zur reichen wissenschaftlichen Literatur zu diversen Fragestellungen der Allgemeinmedizin im internationalen Bereich. Besonders in gesundheitlich herausfordernden Phasen wie aktuell durch Covid19 ist diese Sichtweise unplausibel.

- Wie erwähnt, werden in mindestens einem Bundesland für die Entlohnung in allgemeinmedizinischer und in fachärztlicher Ausbildung unterschiedliche Gehaltsschemata angewandt, die die fachärztliche Ausbildung, wenn auch anfangs nur sehr geringfügig, höher entlohnen, was implizit einer unterschiedlichen Bewertung gleichkommt.

In der Berufsausübung kommen weitere Aspekte dazu, die auch aus der Perspektive der Allgemeinbevölkerung wahrgenommen werden können:

- In Österreich kommt den AM (fast) keine Gatekeeper-Funktion zu, so dass PatientInnen die meisten „fachärztlichen“ Leistungen ohne vorherige hausärztliche Konsultation in Anspruch nehmen können. In Gebieten mit hoher FachärztInnendichte im niedergelassenen Bereich kann somit der Eindruck entstehen, HausärztInnen seien verzichtbar. Allerdings besteht ein wesentlicher Teil der hausärztlichen Funktion auch darin, Übersicht über die Gesamtversorgung einer Person zu wahren, gerade bei chronischen und multimorbiden PatientInnen.

## 2.3 Berufsausübung in Österreich vs. sonstigem DACH-Raum

Anders als demographische (alternde Ärzteschaft, die zunehmende Feminisierung, Urbanisierung) und *lifestyle* Trends (Wunsch nach geringeren Arbeitsstunden, Work-Life-Balance), die viele europäische Gesundheitssysteme gleichermaßen betreffen, gibt es Faktoren, die insbesondere im österreichischen Kontext von Bedeutung sind. Konkreter meint dies die spezifische Situation Österreichs innerhalb des DACH-Raums. Da an Österreich zwei Länder des gleichen Sprachraums angrenzen, ist es für EinwohnerInnen des DACH-Raums relativ einfach, für Studium, praktische Ausbildung und medizinische Tätigkeit zwischen diesen Ländern zu wechseln. Dies bedingt eine Konkurrenzsituation der Ausbildungs- und Gesundheitssysteme untereinander. Faktoren wie Anzahl der Studienplätze, Aufnahmeverfahren, Ausbildungsqualität, Arbeitsbedingungen und Bezahlung spielen somit nicht nur innerhalb des Landes,

sondern auch im Vergleich mit den Nachbarländern eine Rolle. Migration zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz hat damit einen besonderen Stellenwert.

Die Thematik der Migration von Studierenden und AbsolventInnen innerhalb des deutschsprachigen Raums stellt auch in der öffentlichen Wahrnehmung ein prominentes Problemfeld dar (Angerer 2019; Vachova 2017). Zunächst betrifft die Migration einen *Zufluss von Studierenden nach Österreich*. Maximal ein Viertel der Medizin-Studienplätze an Österreichs öffentlichen Universitäten wird an Personen mit nicht österreichischem Schulabschluss vergeben (20% für andere EU-Staaten und weitere 5% außerhalb der EU). Diese Quote wurde 2017 von der Europäischen Kommission als notwendig für ein funktionierendes öffentliches Gesundheitssystem anerkannt. (Miko 2017). Aktuelle Aufschlüsselungen der Medizin-Studierenden bezüglich des Herkunftslandes werden nicht veröffentlicht. Eine Analyse der Statistik Austria zeigt allerdings, dass insbesondere deutsche Studierende für das Medizin-Studium nach Österreich kommen. In den Abschlussjahren 2009-2013 waren knapp über 10% der AbsolventInnen in Humanmedizin deutsche Staatsangehörige (Radinger et al. 2016). Aufgrund der anderen Zulassungsbestimmungen ist es für viele Deutsche attraktiv, sich auf einen Studienplatz in Österreich zu bewerben. Nicht die Abiturnote ist ausschlaggebend, sondern die Medizin Aufnahmeprüfung (MedAT) auf den sich die InteressentInnen gezielt vorbereiten können. Außerdem ist die universitäre Ausbildung in Deutschland Sache der Bundesländer, was tendenziell dazu führt, dass zu wenige Studienplätze angeboten werden. (Simmank 2017)

Ausschlaggebend für die Thematik eines drohenden AM-Mangels ist darüber hinaus die *Abwanderung von AbsolventInnen ins deutschsprachige Ausland*. Eine Analyse von Statistik Austria zeigt, dass nach dem Abschlussjahr 2010/11 84% der AbsolventInnen aus Deutschland innerhalb von drei Jahren Österreich wieder verlassen. Bei den übrigen EU Staaten verhält es sich mit knapp 70% recht ähnlich. Außerdem verlässt auch ein beträchtlicher Anteil der österreichischen MedizinabsolventInnen nach dem Abschluss das Land. Beim Abschlussjahr 2012/13 waren es beispielsweise 6,7% der AbsolventInnen, die innerhalb eines Jahres wegzogen. Innerhalb von drei Jahren nach dem Abschlussjahr 2010/11 lag dieser Wert bei 8,4%. Verglichen mit Universitätsabschlüssen allgemein bedeutet dies, dass ÖsterreicherInnen nach Abschluss eines Medizinstudiums das Land häufiger verlassen. Die praktische Ausbildung wird demnach also häufig im Ausland absolviert. (Radinger et al. 2016) Eine Aufschlüsselung nach Fächern ist für die Wegzüge nicht verfügbar. Mögliche fachspezifische Effekte (z.B.: AbsolventInnen gehen für die praktische Ausbildung bestimmter Fächer ins Ausland) sind somit nicht erfasst. Außerdem ist nicht ersichtlich, ob die AbsolventInnen, die nach dem Studium das Land verlassen, dauerhaft im Ausland bleiben. Dieser Aspekt wird im anschließenden Abschnitt behandelt.

Hinsichtlich der Attraktivität der praktischen Ausbildung im Ausland im Vergleich zu Österreich sind mehrere Faktoren entscheidend, unter anderem Unterschiede in der Ausbildungsqualität, der Bezahlung und der Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz. Die Qualität der praktischen Ausbildung in der Schweiz und in Deutschland wird teilweise als besser als in Österreich empfunden. Außerdem sind in der Schweiz und in Deutschland die Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz kürzer. Während in Österreich für die Basisausbildung (damit sowohl für Allgemeinmedizin als auch für die Sonderfächer) üblicherweise mehrere Monate Wartezeit anfallen, kann im deutschsprachigen Ausland sofort mit der Ausbildung begonnen werden. (Gerstendorfer 2019) Darüber hinaus sind die Gehälter für JungmedizinerInnen in Deutschland und der Schweiz durchaus attraktiv. Im Jahr 2011 lag das kaufkraftbereinigte Nettoeinkommen von BerufseinsteigerInnen (in praktischer Ausbildung) in Österreich zwischen 22.100€ und 30.500€. In der Schweiz lag dieser Wert umgerechnet zwischen 36.300€ und 44.400€ und in Deutschland zwischen 28.600€ und 34.500€. Diese Werte sind nicht nach Fächern aufgeschlüsselt verfügbar, allerdings wird ersichtlich, dass die kaufkraftbereinigten Bandbreiten in Deutschland und der Schweiz über jener in Österreich liegen. Insbesondere Länder mit zahlenmäßig weniger Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen scheinen durch höhere Gehälter ÄrztInnen aus dem Ausland anzuwerben zu versuchen (Blum et al. 2011).

Bei diesen Ausführungen darf natürlich nicht vergessen werden, dass es auch Abflüsse beim Studium und Zuflüsse bei der praktischen Ausbildung oder der Tätigkeit / Niederlassung gibt. Um die tatsächlichen und nicht die gefühlten Dimensionen dieser prominenten Migrationsthematik einordnen zu können, werden im Folgenden Daten herangezogen und erläutert.

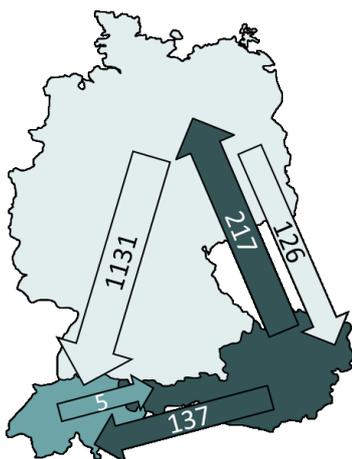
Die europäischen Gesundheitssysteme sind zum Teil stark von Zuwanderung von im Ausland ausgebildeten MedizinerInnen abhängig. Daten der OECD von 2017 (oder dem letztverfügbaren Jahr) zeigen, dass insbesondere der Norden Europas einen hohen Anteil ausländischer ÄrztInnen beschäftigt – in Norwegen, Schweden und Irland liegt dieser Anteil bei über einem Drittel der gesamten Ärzteschaft. Dahingegen liegt dieser Wert in vielen Ländern im Osten Europas bei unter 5 %.



und daher ein Umzug ins Nachbarland vergleichsweise einfach ist, scheint dies einleuchtend. Zahlen zu den jahresdurchschnittlichen Zuströmen von AuslandsabsolventInnen bestätigen die Annahme. Pro Jahr nahmen in der Schweiz im Zeitraum zwischen 2007 und 2017 1.131 in Deutschland ausgebildete MedizinerInnen und 137 in Österreich ausgebildete MedizinerInnen eine berufliche Tätigkeit auf. Österreich hingegen verzeichnete im gleichen Zeitraum lediglich einen durchschnittlichen Zustrom von fünf in der Schweiz ausgebildeten MedizinerInnen, Deutschland keinen. 217 AbsolventInnen aus Österreich migrierten jährlich nach Deutschland, in Österreich kamen 126 AbsolventInnen aus Deutschland an. Aus österreichischer Perspektive bedeutet dies, dass die Abwanderung ins deutschsprachige Ausland durchaus beträchtlich ist, wohingegen die Zuwanderung derselben Länder bedeutend geringer.

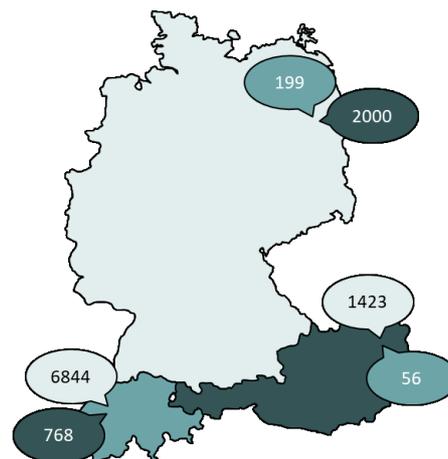
Diese Zahlen geben allerdings nur Auskunft über den durchschnittlichen jährlichen Zustrom an MedizinerInnen. Ob diese MedizinerInnen dauerhaft im Ausland verbleiben wird daraus jedoch nicht ersichtlich. Um dies besser beurteilen zu können wird der Bestand an im Ausland ausgebildeten MedizinerInnen nach Ursprungsland herangezogen. In der Schweiz waren im Jahr 2017 768 MedizinerInnen mit österreichischer Ausbildung tätig, in Deutschland waren es 2.000. Gleichzeitig waren in Österreich 2017 lediglich 56 in der Schweiz ausgebildete und 1.423 in Deutschland ausgebildete MedizinerInnen tätig. Die Zuströme scheinen somit nicht temporärer Natur zu sein, sondern stellen dauerhafte Migration dar (OECD 2019a).

**Abbildung 6: Jährlicher Zufluss von AuslandsabsolventInnen (Durchschnitt 2007-2017)**



Quelle: OECD (2019), Darstellung IHS (2020)

**Abbildung 7: Bestand an im Ausland ausgebildeten MedizinerInnen (2017)**



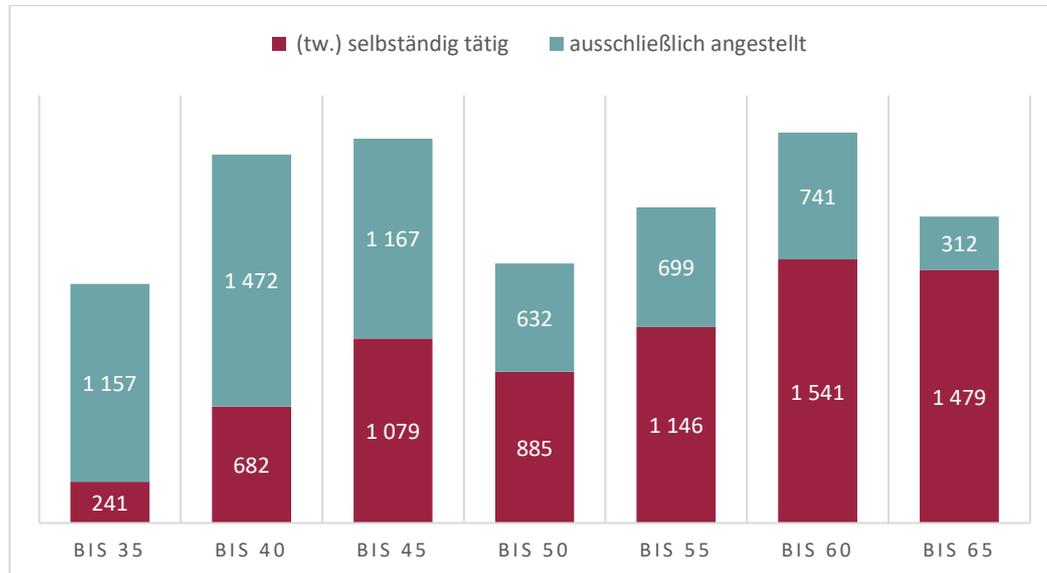
Quelle: OECD (2019), Darstellung IHS (2020)

## 2.4 Spital vs. Niederlassung

Die Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis mit Krankenkassenvertrag ist sicherlich das typische berufliche Setting in der Allgemeinmedizin, und gleichzeitig jenes, dessen Versorgungssicherheit bzw. die Sorge um welches den Anlass für diesen Bericht gegeben hat. Alternative Arbeitsfelder wären die Tätigkeit als AmtsärztIn, als ChefärztIn bei einer Krankenversicherung, in der Forschung oder als StationsärztIn im Krankenhaus, um einige wesentliche Möglichkeiten zu nennen.

Diese Tätigkeiten erfolgen normalerweise in einem Angestelltenverhältnis, während die Arbeit in hausärztlicher Praxis mit oder ohne Kassenvertrag derzeit noch fast ausschließlich als selbständige Tätigkeit durchgeführt wird. Daher liefert die Aufgliederung der ärztlichen Kapazität nach diesem Kriterium – angestellt oder selbständig tätig – auch eine näherungsweise Information über den Tätigkeitsschwerpunkt, hausärztlich bei Selbständigkeit oder administrativ, präventiv, forschend oder unterstützend für die stationäre Versorgung bei Anstellungsverhältnissen. Somit kann der Anteil der ausschließlich angestellt arbeitenden AM als Näherung für einen weiteren Abfluss an hausärztlicher Kapazität angesehen werden. Bezogen auf Personen aller Altersgruppen, machte dieser Anteil am 31.12.2018 mit 45% fast die Hälfte der Gesamtkapazität aus: 8.011 der Allgemeinmedizin zugeordnete ÄrztInnen waren zu diesem Stichtag zumindest teilweise selbständig tätig, während 6.442 Personen ausschließlich angestellt arbeiteten. Wie Abbildung 8 für den Altersbereich 30-65 Jahre verdeutlicht, ist diese Tätigkeit keineswegs nur zu Karrierebeginn quantitativ bedeutsam: bis zum Alter von 60 Jahren sind rund ein Drittel der AM ausschließlich angestellt tätig. Weitere 1.800 AM (nicht in die Abbildung inkludiert, da keine Altersgliederung vorliegt) sind angestellt, arbeiten aber auch in einer Gruppenpraxis oder Ordination, sind also in diesem Sinne gemischt tätig. Es ist uns nicht ersichtlich, ob ihre Haupttätigkeit in der Ordination oder im Anstellungsverhältnis liegt. Insofern können wir hierzu auch nicht angeben, inwieweit diese Personen quantitativ bedeutsam für die hausärztliche Versorgung sind.

**Abbildung 8: AllgemeinmedizinerInnen nach arbeitsrechtlichem Status, Kammermitglieder am 31.12.2018**



Anmerkung: Personen ohne Mehrfachzählung.  
 Quelle: ÖÄK (2019a), Darstellung: IHS (2020).

### 2.4.1 Berufsausübung

Während in anderen Ländern allenfalls die Entscheidung zu treffen ist, ob der Beruf als HausärztIn im Anstellungsverhältnis bei einer Gruppenpraxis, einem PVZ o.ä. ausgeübt wird oder eben selbständig in eigener Praxis mit oder ohne ärztlichen PartnerInnen, so war in Österreich jedenfalls in der Vergangenheit die Entscheidung für den Beruf als HausärztIn gekoppelt an die selbständige Arbeit in eigener Praxis. Damit ist die Arbeit als HausärztIn im österreichischen Gesundheitssystem (derzeit noch) praktisch ausschließlich im Rahmen einer **unternehmerischen Tätigkeit** quantitativ bedeutsam<sup>1</sup>, und daher mit einigen nicht-medizinischen Aufgaben, Verpflichtungen und Möglichkeiten verbunden, die sich bei Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis nicht oder anders stellen. Das Führen einer Praxis bedeutet

- Dass durch die Führung des Wirtschaftsbetriebes „ärztliche Praxis“ ein gewisses **unternehmerisches Risiko** besteht, wenn auch abgemildert dadurch, dass die Nachfrage nach dem verkauften Produkt „ärztliche Beratung, Diagnose und Behandlung“ für InhaberInnen eines Kassenvertrages praktisch garantiert ist.
- Zusätzlich sind dafür auch **betriebswirtschaftliche** und **rechtliche** Kenntnisse notwendig, die nicht im Zuge der Ausbildung vermittelt werden. Die Leitung eines

<sup>1</sup> Inzwischen sind in Österreich auch andere Formen der Ausübung des hausärztlichen Berufes möglich, wie als Gesellschafter oder Angestellte in Primärversorgungszentren oder neuerdings auch als Angestellte bei niedergelassenen ÄrztInnen. Diese Vertragsformen betreffen aber derzeit noch sehr wenige Personen.

mehr oder weniger großen Teams von Personen, die in der Praxis administrativ, therapeutisch, pflegerisch oder assistierend tätig sind, stellt Anforderungen an **Management- bzw. Führungskompetenzen**. Es sind Kenntnisse von Arbeitsrecht und Sozialversicherungsrecht nötig, auch wenn die Detailbearbeitung outsourct werden kann. Diese Anforderungen könnten auf BerufsanfängerInnen abschreckend wirken.

- In der Regel „Einzelkämpfertum“ hinsichtlich der medizinischen Tätigkeit, und somit nur geringe Möglichkeiten für **fachlichen Austausch**.
- Zum Teil nur schwer im Voraus kalkulierbare **Arbeitszeiten**, die bei Vorliegen eines Kassenvertrages ein bestimmtes Mindestmaß an Anwesenheit in der Ordination erfordern (derzeit 20h /Woche, mit Auflagen bezüglich der Verteilung über Tageszeiten), andererseits phasenweise auch weit überschritten werden können.

Diese Aspekte können je nach individuellen Präferenzen als unerwünscht wahrgenommen werden. Zudem kann die Gründung einer Praxis, wie bei jeder Unternehmensgründung, gewisse Anfangsinvestitionen erfordern, die je nach geplanter Praxisausstattung und -lage beträchtliche Höhen erreichen können. Um diesen Schritt der Niederlassung für schwer besetzbare Kassen-Stellen zu erleichtern gibt es in Wien und in der Steiermark Anreizprogramme, die die Anfangsinvestitionen fördern<sup>1</sup>. Nichtsdestotrotz mögen die finanziellen Hürden bei der Praxisgründung sowie die oben angeführten Aspekte hinsichtlich einer Praxisführung für einzelne Personen abschreckend wirken, sodass die Arbeit im Rahmen einer Anstellung bevorzugt wird. Dies dürfte insbesondere zu Karrierebeginn eine Rolle spielen, wenn erst in geringerem Umfang eigene Erfahrungen gewonnen werden konnten. Gerade in dieser Phase kann die Arbeit im Krankenhaus attraktiver erscheinen, da fachlicher Austausch und inhaltliche wie apparative Unterstützung leichter zugänglich sind als in einer Einzelpraxis, und manche Leitungs- oder Verwaltungsarbeiten nicht anfallen. In der österreichischen Krankenhauslandschaft hat sich etabliert, dass AM in durchaus nennenswertem Umfang als StationsärztIn beschäftigt sind. Konkret arbeiteten im Jahr

---

<sup>1</sup> Bei beiden Förderprogrammen wird ein Startkapital für längerfristig nicht besetzte Planstellen bereitgestellt (mehrfach erfolglos ausgeschrieben). Dies betrifft nicht nur, aber zu einem großen Teil allgemeinmedizinische Stellen. Im steiermärkischen Konzept werden für anfänglich 16 Planstellen (davon neun Allgemeinmedizin-Stellen) Starthilfen in Höhe von 70.000 Euro für eine Einzelordination oder eine Jobsharing-Gruppenpraxis, 35.000 Euro für eine Übergabepaxis und 105.000 Euro für eine neu gegründete Gruppenpraxis zur Verfügung gestellt (Die Ärztekammer Steiermark 2019). In Wien erhalten AM bei Niederlassung in den Gemeindebezirken Favoriten, Simmering, Rudolfsheim-Fünfhaus und Brigittenau 44.000 Euro Startkapital. Im Bezirk Favoriten, wo der Niederlassungs-Anreiz am längsten besteht, konnten bereits drei Allgemeinmedizin-Stellen besetzt werden (Klemm 2020).

2017 in Österreich 2.550 AM neben 14.375 FachärztInnen in den Krankenanstalten, wobei hier ÄrztInnen in Ausbildung (sowohl AM als auch Sonderfächer) nicht mitgezählt sind. (Statistik Austria 2019b)

## 2.4.2 Einkommen

Die ÄrztInneneinkommensstudie von Czipionka et al. (2018) erlaubt einen Vergleich der Einkommenssituation nach Arbeitssetting. Im Jahr 2015 erzielten AM mit einem sogenannten §2-Krankenkassenvertrag Einkünfte<sup>1</sup> von 130.000 Euro (Median). 30% der AM mit Praxissitz in einer ländlichen oder intermediären Gegend betrieben 2015 eine Hausapotheke. Die Medianeinkünfte dieser BetreiberInnen von Hausapotheken lagen 2015 bei 196.000 Euro. AM ohne Hausapotheke erzielten deutlich niedrigere Medianeinkünfte (129.000 Euro). Bei Betrachtung des Mittelwerts fällt die Differenz ähnlich aus.

Bezogen auf ÄrztInnen mit Krankenhausanstellung muss einschränkend festgehalten werden, dass der analysierte Datensatz sich nicht über ganz Österreich erstreckt, sondern ausschließlich Beschäftigte beim KAV umfasst. AM bezogen dort im Jahr 2015 durchschnittlich 59.000 Euro aus angestellter sowie weitere 3.000 Euro aus arztrelevanter selbständiger Tätigkeit. Bei dieser Betrachtung wurden ÄrztInnen in Ausbildung (sowohl Allgemeinmedizin als auch Fächer) und Primarii ausgeklammert, und sowohl Vollzeit- wie auch Teilzeitbeschäftigte erfasst.

## 2.5 WahlärztIn vs. Kassenplanstelle

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern berechtigt die fachliche Qualifikation und Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes noch nicht im vollen Umfang dazu, auf Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens die Leistungen zu erbringen. Nur die InhaberInnen einer im Stellenplan berücksichtigten Praxis sind berechtigt, die gemäß Gesamtvertrag im Honorarkatalog vereinbarten Entgelte für die entsprechenden Leistungen mit der jeweiligen Krankenversicherung zu verrechnen. Zu Berufsausübung berechnete ÄrztInnen, die keine derartige Planstelle per Einzelvertrag innehaben, rechnen direkt mit den PatientInnen ab, die wiederum die Rechnungen bei ihrer Krankenversicherung zur Rückerstattung einreichen können. Im Zuge der Kostenrückerstattung werden den PatientInnen 80% jenes Betrages erstattet, der laut Honorarordnung einem / einer VertragsärztIn zugestanden hätte. (§ 131 ASVG)

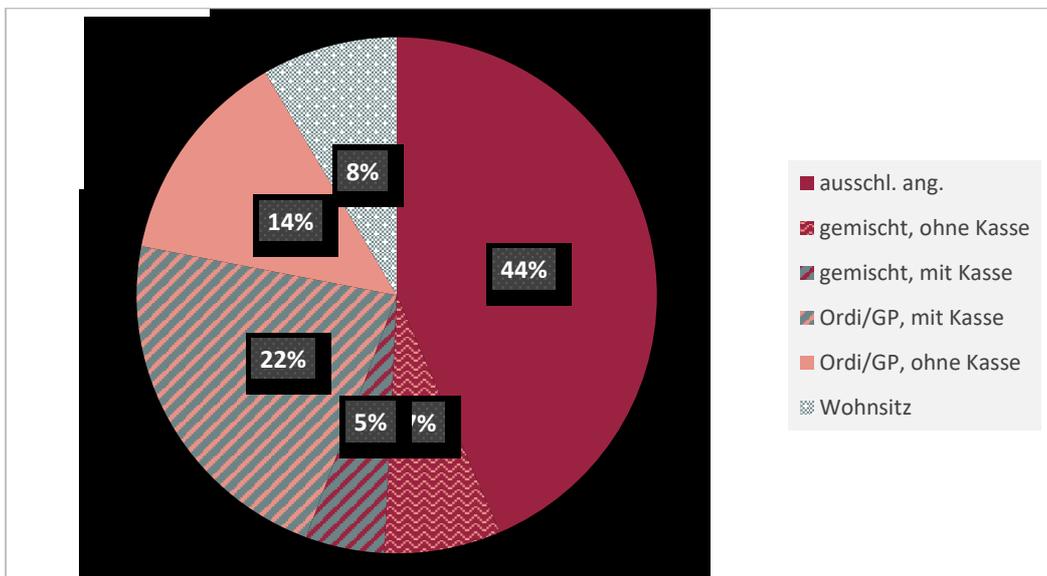
Bei Betrachtung der tatsächlichen Zahlen und Relationen zeigt sich die Dimension der Thematik: Nur 27% der als AM registrierten Mitglieder der österreichischen Ärztekammer arbeiten als HausärztIn im öffentlichen Gesundheitssystem, was sich in

---

<sup>1</sup> Summe der Einnahmen vor Steuern aber nach Abzug von Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträgen.

22%-Punkte ausschließliche HausärztInnen und 5%-Punkte HausärztInnen mit zusätzlicher Angestelltentätigkeit (in uns unbekanntem Umfang) gliedert. Weitere 21% der AM werden zwar auch im ambulanten Bereich allgemeinmedizinisch tätig, jede/r Dritte von ihnen aber neben einer Angestelltentätigkeit, und alle 21% ohne Kassenvertrag, also als WahlärztIn. Anders betrachtet, steht der österreichischen Bevölkerung nur ein Viertel der zum größten Teil auf öffentliche Kosten als HausärztInnen ausgebildeten Personen vollumfänglich im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens auch als HausärztIn zur Verfügung. (Auf die Problematik bezüglich Niederlassung versus Spital wurde im vorigen Abschnitt eingegangen: In Österreich arbeiten, im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern, viele AM angestellt, insbesondere in Krankenhäusern.)

**Abbildung 9: AllgemeinmedizinerInnen nach Tätigkeitsart, Kassenmitglieder am 31.12.2018**



Quelle: ÖÄK (2019a), Darstellung: IHS. Anmerkung: Personen ohne Mehrfachzählung und ÄrztInnen im Turnus.

Die Österreichische Gesundheitskasse gab am 06.02.2020 bekannt, dass mit Stichtag 1. Jänner 2020 insgesamt 3.839,5 VertragsärztInnen-Stellen für Allgemeinmedizin und 3.132 für FachärztInnen in ganz Österreich vorgesehen sind. Dieses Stellengerüst war am Stichtag zu 98% (Allgemeinmedizin) bzw. zu 97% (Fächer) besetzt. Anders betrachtet, waren österreichweit 72,5 fachärztliche und 90,5 allgemeinmedizinische **Planstellen vakant**. Die Problematik unbesetzter Planstellen stellt sich demnach in der Allgemeinmedizin in vergleichbarem Ausmaß wie in den Fächern dar. Dies wird sich durch die anstehende Pensionierungswelle auch nicht verändern, weist eine Untersuchung für das Jahr 2014 doch ein Durchschnittsalter von 56,7 Jahren bei FachärztInnen und von 55,1 Jahren bei AM mit §2-Vertrag in Einzelpraxen und somit eine

zwischen beiden Bereichen weitgehend ausgeglichene Altersstruktur aus. (Föbleitner und Teichert 2017)

Die bereits angesprochene Befragung von angehenden MedizinerInnen zur Attraktivität der Allgemeinmedizin stellte auch die Frage, was davon abhalten könnte, als HausärztIn tätig zu werden. Die fünf am häufigsten von Studierenden / Personen im Turnus mit „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ bewerteten Gründe waren dabei, dass ... (Poggenburg et al. 2017, S. 29):

- ... man mit einer Kassenstelle nicht genug Zeit für einzelne PatientInnen und Gespräche hat,
- ... die Krankenkassen zu viele Vorgaben machen,
- ... im Vergleich zu Fachärzten weniger Zusatzleistungen abgerechnet werden können,
- ... das Einkommen im Vergleich zu Fachärzten zu niedrig ist und
- ... zu viele administrative Tätigkeiten anfallen.

Damit fallen vier der fünf meistgenannten Gründe direkt in den Bereich der **Kooperation mit den Krankenkassen**, in einem Fall (niedrigere Einkommen als FachärztInnen) indirekt. Weiters ist in allen Fällen der Prozentsatz der Nennungen bei TurnusärztInnen höher als bei Studierenden. Der größere eigene Erfahrungsumfang – oder die bereits längere Beeinflussung durch berufsausübende ÄrztInnen – gehen also mit einer stärkeren Wahrnehmung dessen einher, dass die Form der Kooperation zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen eher für eine Spezialisierung auf ein Fach spricht, als für Allgemeinmedizin.

In der erwähnten Befragung wurden mit geringerer Häufigkeit weitere Hemmnisse dafür genannt, sich für eine Tätigkeit als Vertrags- statt als WahlärztIn zu entscheiden. Hierzu zählen Gründe, die mit (zu) langen **Arbeitszeiten** in Zusammenhang gesehen werden können. Über die tatsächliche Arbeitszeit stehen uns keine Informationen zur Verfügung, die Gesamtverträge der einzelnen Krankenversicherungen schreiben aber Mindestöffnungszeiten vor, zum Teil ergänzt über Bestimmungen zu Lage dieser Zeiten. Folgendes Beispiel bezieht sich auf Wien: Laut Gesamtvertrag §14 gilt für Einzelverträge seit 2004 eine wöchentliche Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden, verteilt auf fünf Tage, wobei von drei vorgegebenen Ordinationszeitenblöcke zwei auszuwählen und mindestens einmal pro Woche mit mindestens zwei Stunden abzuhalten sind (Abendordination ab 17:00 Uhr, Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, Frühordination ab 7:00 Uhr). In der gelebten Praxis haben viele Ordinationen bei Bedarf auch länger geöffnet, mit oder ohne vorheriger Terminvergabe. Dennoch erscheinen diese Öffnungszeiten, auch unter Einberechnung von Zeiten für Ordinations- und PatientInnenmanagement, gemessen an anderen Vollzeitbeschäftigungen mit

regelmäßig 40 Wochenstunden nicht als so belastend, dass zu lange und unberechenbare Arbeitszeiten uns als valides Argument gegen eine Allgemeinmedizinische Praxis nachvollziehbar erscheinen. Damit übereinstimmend werden in der genannten Befragung auch nicht die Zahl der Arbeitsstunden per se, sondern vielmehr die Notwendigkeit einer ständigen Erreichbarkeit und die hohe Belastung durch Bereitschaftsdienste an Wochenenden und nachts nur geringfügig weniger häufig genannt, als die oben genannten organisatorischen Gründe.

Unbestritten verfügen WahlärztInnen aber über größere Flexibilität in ihrer Arbeitszeitgestaltung. Ihnen steht schließlich nicht nur frei, wie lange sie arbeiten wollen, sondern auch zu welcher Tageszeit. Darüber hinaus können sich WahlärztInnen den Umfang ihrer Tätigkeit leichter nach oben begrenzen: Streben sie eine Verbesserung ihrer Work-Life-Balance an, steht es ihnen frei, in geringerem Stundenausmaß zu ordinieren, ohne sich längerfristig an Stellvertretungen oder KollegInnen für eine geteilte Kassenstelle zu binden. Die meisten InhaberInnen einer Kassen-Planstelle haben diese Freiheit nicht, da die Planstellen in der Regel als Vollzeitstellen konzipiert wurden. In dieser Hinsicht ist derzeit ein wenig Bewegung zu beobachten: Beispielsweise sind zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung im Bundesland Niederösterreich 26 freie Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin ausgeschrieben (Ausschreibungsende 13. März 2020). Gleichzeitig werden in vier niederösterreichischen Orten InteressentInnen für die Teilnahme an Jobsharing- Modellen /Gruppenpraxen/Gesellschafterpraxen gesucht (AKNÖ 2020). Auch beispielsweise der Wiener Gesamtvertrag lässt prinzipiell die Möglichkeit offen, eine Planstelle auf zwei Personen aufzuteilen.

Eine weitere mögliche Einschränkung stellt die **Honorarordnung** dar, die das Gerüst der verrechenbaren Leistungen sowie die dafür verrechneten Tarife festschreibt. Bezüglich der Tarife je Leistungsposition wird von ärztlicher Seite kritisiert, dass diese nur dann zu einem angemessenen Einkommen für vollberufliche VertragsärztInnen führen können, wenn nur wenig Zeit je PatientIn aufgewandt wird, also die berüchtigte „Fließbandmedizin“ betrieben würde. Darüber hinaus legt die Honorarordnung nicht nur fest, mit welchem Betrag die einzelnen ärztlichen Leistungen vergütet werden, sondern je nach konkreter Leistungsposition bestehen auch Einschränkungen bezüglich dessen, für welche PatientInnen gewisse Diagnosen oder Behandlungen mit der Krankenkassen verrechenbar sind, und wie oft.

Beispielsweise legt die seit 01.07.2019 gültige Honorarordnung der Wiener Gebietskrankenkasse eine Fallpauschale pro Anspruchsberechtigtem und Quartal von 18,74 Euro fest, zusätzlich wird einmal pro PatientIn und Quartal ein Hausarztzuschlag von 11,95 Euro ausbezahlt. Ausgenommen vom Zuschlag sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle. Ab der dritten Konsultation im Quartal wird eine Pauschale von 10

Punkten (das entspricht 6,50 Euro) je Konsultation verrechenbar<sup>1</sup>. Aus den gemäß Honorarordnung erzielten Honoraren sind in der Regel die Praxiskosten einschließlich Unterstützungspersonal zu finanzieren, und selbstverständlich unterliegen diese Einnahmen den für Selbständige üblichen Steuern und Sozialversicherungsabgaben, sowie zusätzlich der Ärztekammerumlage. Eine Vertragsärztin, die beispielsweise zehn Folgekonsultationen mit durchschnittlich sechs Minuten Dauer in einer Stunde „schafft“, würde in dieser Stunde demnach einen Umsatz von maximal 65 Euro erwirtschaften („maximal“, da eine 2. Konsultation unbezahlt ist), gegebenenfalls zuzüglich abrechenbarer Einzelleistungen im Rahmen dieser Zeit. Für die Gewinnermittlung sind von diesem Betrag dann anteilige Praxiskosten abzuziehen. Für die Ermittlung eines „Nettostundenlohnes“ ist neben den angesprochenen Abzügen weiters zu berücksichtigen, ob die Versorgung der PatientInnen zu weiteren unbezahlten Tätigkeiten außerhalb der Ordinationszeit führt, etwa krankheitsbezogenen Recherchen oder der Organisation weiterer Versorgungsschritte. Klarerweise stellt dieses Rechenbeispiel nicht den tatsächlich aus der Gesamtheit der Krankenkassenhonorare erwirtschafteten „Durchschnittslohn“ dar. Derartige Berechnungen bestimmen aber die individuelle Motivationslage pro oder kontra Kassenvertrag mit, wie Gespräche mit einzelnen ÄrztInnen gezeigt haben. Somit zeigen sie, warum einige Personen nicht willens sind, im als beengendes Korsett empfundenen Regelwerk der Krankenversicherung zu arbeiten. Sofern sie über Zulauf von ausreichend vielen zahlungswilligen und -fähigen PatientInnen verfügen, ziehen sie eine Tätigkeit mit freier Einteilung von Terminen, Konsultationsdauern und Preisgestaltung – eben die Tätigkeit als WahlärztIn – vor.

## 2.6 Ländlicher Raum

Bekanntlich weist die medizinische Versorgung in vielen Ländern einschließlich Österreich ein Stadt-Land Gefälle auf, mit höherer Versorgungsdichte im urbanen Raum (OECD 2019b). Je spezialisierter und ausgabenintensiver der Versorgungstyp, desto besser lässt sich ein Unterschied argumentieren. Dementsprechend wären im Rahmen der Primärversorgung naturgemäß geringere Versorgungsunterschiede zu erwarten. Gerade die ländliche Versorgung kämpft jedoch nicht nur, aber auch in der österreichischen Allgemeinmedizin mit Versorgungsengpässen und/oder Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung offener Planstellen, was bereits in einem früheren Bericht diskutiert wurde. (Cypionka et al. 2012)

Die Bevorzugung des Stadtlebens manifestiert sich bereits während der Ausbildungsjahre. In der Befragung von Poggenburg et al. (2017) zeigt sich, dass zwei

---

<sup>1</sup> Anlage A. Tarif für Vertragsärztinnen / Vertragsärzte für Allgemeinmedizin. Gültig ab 1. Juli 2019

Drittel der befragten Studierenden sich eher vorstellen können, später in einer Stadt zu praktizieren, während der Anteil der Studierenden mit Wunsch-Arbeitsort im ländlichen Raum deutlich niedriger ausfällt.

Aus der Literatur sind einige Begründungen für das Bevorzugen eines urbanen Wohn- und Arbeitsortes bekannt, die teils an berufsspezifische, teils an private Aspekte anknüpfen, wie insbesondere:

- Größere Nähe zu KollegInnen für fachlichen Austausch und evtl. medizinischer Infrastruktur für z.B. ergänzende Untersuchungen
- Leichter zugängliche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Geringere Ansprüche an die eigene Arbeitszeit aufgrund alternativer Angebote für hilfesuchende PatientInnen außerhalb der Ordinationszeiten (wie Krankenhausambulanzen)
- Verbleib in gewohntem sozialen Umfeld nach Ausbildungsende
- Beruf/Arbeitsplatz des Partners/der Partnerin
- Bessere Verfügbarkeit von Kinderbetreuung und Schulen
- Umfangreicheres Freizeit- und Kulturangebot

Daher wurden auch in Österreich einige Initiativen gestartet, um die ländliche Versorgung zu verbessern, die zum Teil fächerübergreifend sind, und zum Teil spezifisch auf Allgemeinmedizin abzielen. Das bekannteste und am größten angelegte Beispiel für erstere ist wohl die Gründung des vierten öffentlichen Ausbildungsprogrammes für Humanmedizin in Österreich durch den Studiengang in Linz. Dessen Notwendigkeit wurde ja u.a. damit begründet, dass Oberösterreich auch deshalb benachteiligt in der Anwerbung von medizinischem Nachwuchs sei, da die Jugend vielfach auch nach Abschluss der Ausbildung am Ausbildungsort bleibt, statt in die ursprüngliche Wohngegend zurückzukehren. (Inwieweit dieser Aspekt mit der Abwanderungsthematik Richtung Ausland vereinbar ist, wurde unseres Wissens nicht thematisiert.)

Spezifisch für die hausärztliche Versorgung im Rahmen der Sozialversicherung wurden in einzelnen Bundesländern Initiativen gestartet, die im Folgenden auszugsweise wiedergegeben werden. So wurde im Januar 2019 die „Initiative Landarzt Niederösterreich“ ins Leben gerufen, die unter bestimmten Voraussetzungen<sup>1</sup> den betroffenen Gemeinden ermöglicht, eine Versorgung durch ÄrztInnen der NÖ Landeskliniken-Holding in Anspruch zu nehmen. Hierfür muss die Gemeinde kostenlos

---

<sup>1</sup> Zu den Voraussetzungen zählen, dass die betreffende Planstelle seit mindestens einem Jahr unbesetzt ist, mindestens zehnmal erfolglos ausgeschrieben wurde, und die Kriterien des Strukturplan Gesundheit nicht erfüllt sind, nämlich mindestens ein Arzt/eine Ärztin je 2.000 Personen und Erreichbarkeit in maximal 10 Minuten. (Anfragebeantwortung durch Dr Stephan Pernkopf vom 22.10.2019 zur Anfrage der Abgeordneten Mag. Moser MSc betreffend LandärztInnenmangel-Landarztgarantie des Landes NÖ nur Placebo?, zu Zahl Ltg.-758/A-4/90-2019, im Landtag von Niederösterreich.

geeignete Praxisräumlichkeiten und eine Ordinationsassistenz zur Verfügung stellen, kann im Gegenzug aber eine Förderung von bis zu 50% der langfristigen Investitionen erhalten. Auch können ÄrztInnen, die langfristig eine solche Stelle übernehmen, Einstiegsprämien von bis zu 50.000 Euro für die Modernisierung der Praxen erhalten. Allerdings war diese Initiative nur von bescheidenem Erfolg gekrönt. Im Oktober 2019 ergab die Beantwortung einer entsprechenden Anfrage im niederösterreichischen Landtag, dass lediglich eine Planstelle im Ausmaß von einem Tag pro Woche durch Klinikangestellte besetzt wurde.

Im Jahr 2018 wurde vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität ein Pilotprojekt zu Attraktivierung von Allgemeinmedizin durchgeführt. Ziel des Projekts „LandarztZUKUNFT - Junge Ärztinnen und Ärzte raus aufs Land“ war es, die Tätigkeit als Landarzt/Landärztin für Studierende erlebbar zu machen und eine nachhaltige positive Erfahrung der Praxis am Land zu schaffen, um sie für die Niederlassung im ländlichen Raum zu motivieren. Die Studierenden erhielten für vier Wochen im Rahmen einer Famulatur oder im KPJ Wohnungen, Elektrofahrzeuge und ein begleitendes Freizeitprogramm, um die Tätigkeit in einer ländlichen Praxis möglichst angenehm zu gestalten. Eine Evaluierung des Projekts liegt zum Zeitpunkt des Schreibens noch nicht vor. (Medizinische Universität Graz 2020a)

Letztlich fällt auch das Thema der **Hausapotheken**, zumindest teilweise, in die Problematik der Attraktivierung der ländlichen Allgemeinmedizin, neben dem offensichtlichen Thema der medikamentösen Versorgung im ländlichen Raum. Es wurde gezeigt, dass hausapothekenführende ÄrztInnen um die Hälfte höhere Einkünfte verzeichnen als die Vergleichsgruppe ohne Hausapotheke<sup>1</sup>. Während das Führen einer Hausapotheke großen und hoch signifikanten Einfluss auf die Höhe der Einkünfte aufweist, konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Praxen mit sogenanntem §2-Vertrag an ländlichen, städtischen oder intermediären Standorten festgestellt werden. (Cypionka et al. 2018)

---

<sup>1</sup> Konkret wurden die Medianwerte der Einkünfte von AllgemeinmedizinerInnen mit §2-Kassenvertrag in ländlichen oder intermediären Gebieten für das Jahr 2015 verglichen, die sich auf 129.253 Euro ohne und 195.533 Euro mit Hausapotheke beliefen. Unter Einkünften wurden die gesamten Einnahmen aus selbständiger und unselbständiger ärztlicher Tätigkeit nach Abzug von Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträgen, aber vor Steuer verstanden.

### 3      Ansatzpunkte für höhere Versorgungskapazität

In diesem Kapitel werden die im vorigen Kapitel angesprochenen Problemfelder entlang einer gedachten Karriere zum/zur AllgemeinmedizinerIn zusammengeführt. Die einzelnen Problemfelder werden hierbei als Systemverluste bzw. Abflüsse aus dem potenziellen allgemeinmedizinischen Reservoir dargestellt.

An den einzelnen Abflüssen lassen sich Ansatzpunkte für Maßnahmen identifizieren, die als mögliche Stellschrauben für die Gesamtkapazität an allgemeinmedizinischer Versorgungsleistung dargestellt werden. Ansatzpunkte bilden daher nicht nur Maßnahmen, die direkt auf die Anzahl der in Österreich praktizierenden AM wirken, sondern es steht die Versorgungswirksamkeit der vorhandenen Gesamtkapazität im Mittelpunkt. Damit erhalten auch Fragen wie Niederlassung mit/ohne Kassenvertrag, oder Vollzeit/Teilzeittätigkeit Beachtung. Abbildung 10 ordnet die Gesamtheit der Einflussfaktoren und Abflüsse sowie der Stellschrauben entlang der gedachten Karriere chronologisch in unterschiedlichen Ebenen an: Die Pfeile unter dem idealtypischen Karrierepfad symbolisieren die markantesten Abflüsse und verorten sie an den jeweiligen Stationen der Karriereentwicklung. Schlagworte über den jeweiligen Stationen halten fest, welche Aspekte auftreten und Umfang der jeweiligen Abflüsse mitbestimmen. Wiederholungen einzelner Aspekte, wie „Stellenwert der Allgemeinmedizin“ sind hierbei unvermeidlich. Der oberste und grau unterlegte Teil der Abbildung symbolisiert die operative Ebene: Schlagwörter markieren jene Stellschrauben, an denen die Gesundheitspolitik ansetzen kann, um die allgemeinmedizinische Versorgungskapazität zu vergrößern bzw. Abflüsse gering zu halten.

In der Abbildung links beginnend, wird jedoch zunächst ein übergreifender Aspekt thematisiert, der sich durch die Chronologie hinzieht und somit allen Phasen einer allgemeinmedizinischen Berufslaufbahn zuzuordnen ist, nämlich die Attraktivität der Allgemeinmedizin bzw. ihr Prestige im Vergleich zu anderen medizinischen Fächern. Die Vielschichtigkeit dieses Aspektes wurde in der Darstellung des österreichischen Status Quo der Allgemeinmedizin bereits quer durch Kapitel 2 anhand der jeweiligen Einzelaspekte diskutiert. Die Auswirkung auf die Attraktivität der Allgemeinmedizin entzieht sich gerade aufgrund der Vielschichtigkeit des Begriffes einer umfassenden Quantifizierung.

Das Interesse am Studium der Humanmedizin in Österreich ist ungebrochen, und das Auswahlverfahren bei der Zulassung zum Studium hat die schwierige Aufgabe, rund 10% der aus welchen Gründen auch immer besser geeigneten InteressentInnen für das

Studium auszuwählen. Allein aufgrund der Größe dieses Abflusses – 90% der InteressentInnen für das Studium – stellt daher das Auswahlverfahren eine wesentliche Stellschraube dar, die zudem auch sehr direkt eingesetzt wird. Dementsprechend groß ist das Interesse an diesen Auswirkungen, und vorliegende Untersuchungen gehen davon aus, dass die Einführung des MedAT als Auswahlverfahren in Kombination mit den bereits früher eingeführten Semesterabschlussprüfungen (Summative Integrative Prüfung 2002) die während des Studiums beobachteten Drop-Out Raten sowie die Studiendauer auf international vergleichbare Niveaus gedrückt haben. (Kraft et al. 2013; Reibnegger et al. 2011) Offen ist allerdings die Frage, ob die Aufwertung des MedAT um einen mit 10% gewichteten Fragenteil zu sozialer Kompetenz und Empathie diese Aspekte bereits in ausreichendem Maße berücksichtigt.

Zu Studienbeginn brauchen die Studierenden noch keine Weichen für ihre Spezialisierung in der postpromotionellen Ausbildung zu stellen. Im Rahmen der Ausbildungsplanung hingegen ist durch die Klassifizierung von Fächern und Ausbildungssettings für Praktika sowie durch das vorgeschriebene Absolvieren einzelner „einschlägiger“ Module die Möglichkeit gegeben, das Interesse der Studierenden an gesundheitspolitisch gewünschten Fächern oder Berufssettings zu wecken oder zu erhalten. Werden Studierende nicht mit lohnenden und interessanten Aufgaben im Rahmen der Allgemeinmedizin konfrontiert, und werden keine erfolgreichen *Role Models* aus diesem Bereich vorgestellt, so ist auch das Interesse an der Allgemeinmedizin schwerer zu wecken oder zu erhalten.

In Einklang mit dem Wecken des Interesses an Allgemeinmedizin erscheint es wichtig, auch die gesamtgesellschaftliche Wertschätzung für dieses Fach auszudrücken. Dies kann auf mehreren Ebenen erfolgen:

**Finanzielle Ebene:** Die allgemeinmedizinischen Praktika sollten zumindest gleich hoch entlohnt werden wie jene in anderen Fächern

**Wissenschaftliche Ebene:** Allgemeinmedizin sollte nicht als „ein bisschen von allen anderen“, sondern als eigenständiges Fach verstanden, vermittelt und erforscht werden, wie dies auch international üblich ist

**Formale Ebene:** Allgemeinmedizin sollte auch in Österreich als eigenständiges Fach anerkannt und bezeichnet werden.

Immerhin gaben im Rahmen einer Studie 48% der Studierenden und 50% der Befragten im Turnus an, dass eine Facharztqualifikation im Fach Allgemeinmedizin die Attraktivität des Fachs erhöhen würde. (Poggenburg et al. 2017, S. 24)

Große Kapazitätsabflüsse erfolgen an der Schwelle zwischen Studium und postpromotioneller Ausbildung, vor allem bestehend aus zwei Strömungen. Erstens,

manifestiert sich zu diesem Zeitpunkt und im Anschluss an das KPJ, in welchem Ausmaß das Interesse an der Allgemeinmedizin als berufliche Zukunft geweckt bzw. erhalten werden konnte, indem die Fächerwahl getroffen wird. Dieses Thema ist im Grunde durch die Entscheidung, eine postpromotionelle Ausbildung für Allgemeinmedizin zu absolvieren, noch nicht abgeschlossen. Über Jahrzehnte hat sich in Österreich der Usus etabliert, eine Ausbildung im Sonderfach erst nach einer allgemeinmedizinischen Ausbildung zu beginnen. Stellen sich die allgemeinmedizinischen Karriere- oder Berufsbedingungen mit zunehmendem Einblick in den zu erwartenden Arbeitsalltag als unattraktiv dar, so kann dieser Weg auch unter den aktuellen Ausbildungen noch eingeschlagen werden. Somit ergibt sich ein potenzieller weiterer Abfluss von AM-Kapazität in Richtung Sonderfächer auch nach Abschluss der postpromotionellen Ausbildung in Allgemeinmedizin.

Zweitens, erfolgt nun der Umstieg aus dem (Großteils unbezahlten) Studium in die (bezahlte) Berufstätigkeit im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung. Die gebotenen oder erwarteten Ausbildungsbedingungen an unterschiedlichen Ausbildungsorten werden die Wahl des Ausbildungsortes bei vielen AbsolventInnen des Medizinstudiums maßgeblich mitbestimmen. Außerdem sind die jungen MedizinerInnen zu diesem Zeitpunkt, je nach vorherigem Ausbildungsweg, Wartezeiten auf den jeweils nächsten Ausbildungsschritt, abgeleistete Präsenz-, Zivil- oder andere Dienste bereits in einem Alter von Mitte Zwanzig oder auch älter. Manche haben bereits familiäre Verpflichtungen. Somit ist die Frage des erzielbaren Einkommens oft nicht nur durch den gewünschten Lebensstil, sondern auch durch familiäre Gegebenheiten prädestiniert. Sind bei einer Ausbildung im Ausland höhere Einkommen, aber zumindest keine schlechteren Ausbildungsbedingungen zu erwarten, wie es für einige deutsche Ausbildungsplätze der Fall zu sein scheint, so sind bereits wesentliche Anreize für ein Abwandern über die Grenze gegeben. Fraglich bleibt, wie häufig Personen auch nach der fachärztlichen Ausbildung im Ausland bleiben, da sich inzwischen der Lebensmittelpunkt aus Österreich hinaus verlagert hat.

Dass Österreich als Nettozahler im Kontext der **Migration** von AbsolventInnen des Medizinstudiums im DACH-Raum gelten kann, wurde bereits in Abschnitt 2.3 anhand konkreter Zahlen dargelegt: allein in diesem Sprachraum betrug die Zuwanderung nach Österreich im Zeitraum 2007-2017 jahresdurchschnittlich 131 Personen, aber die Abwanderung aus Österreich 354 Personen. Diese Angaben sagen jedoch nichts über den Zeitpunkt der Wanderung aus. Erhebungen über den Verbleib von AbsolventInnen nach dem Medizinstudium geben hier Aufschluss: Unter den österreichischen AbsolventInnen des Studienjahres 2012/13 verließen 6,7% innerhalb eines Jahres Österreich, und unter deutschen AbsolventInnen eines österreichischen Medizinstudiums erreichte der Anteil der Abwandernden innerhalb von drei Jahren über

80%, mit der größten Wanderungstendenz im ersten Jahr. Bei AbsolventInnen, die ursprünglich aus anderen EU-Ländern stammen, liegt die Abwanderungstendenz innerhalb von drei Jahren zwar etwas niedriger, aber auch bei ca. 60% (Radinger et al. 2016). Eine gleichartige neuere Auswertung liegt uns nicht vor. Allerdings wertet Statistik Austria im Rahmen des sogenannten AbsolventInnen-Tracking den Arbeitsmarktstatus nach Studienabschluss aus, unter anderem für AbsolventInnen eines Doktorat/PhD-Studiums des ISCED-Ausbildungsfeldes 'Gesundheit und Sozialwesen' an einer öffentlichen Universität in Österreich.<sup>1</sup> Demnach wiesen 18 Monate nach Studienabschluss 20% der AbsolventInnen keinen Wohnsitz mehr in Österreich aus, nach drei Jahren insgesamt 24% und nach fünf Jahren 25%. Diese Auswertung berücksichtigt das Herkunftsland der AbsolventInnen nicht, zeigt also den Durchschnitt der österreichischen und ausländischen AbsolventInnen. (Statistik Austria 2019a) Ein Abwandern sehr bald nach Abschluss des Studiums ist demnach weit häufiger als ein Abwandern erst nach den ersten Berufsjahren, bzw. erfolgt in der Netto-Betrachtung der größte Teil der Abwanderung bereits in den ersten der auf das Studium folgenden Jahre.

Für die folgenden Weichenstellungen und die damit verbundenen Abflüsse an allgemeinmedizinischer Kapazität besteht keine allgemeingültige Chronologie, sondern diese Entscheidungen fallen in individuell unterschiedlicher Reihenfolge und wohl auch gegenseitigen Abhängigkeiten. Dieser Zusammenhang wird in der Abbildung durch die Zusammenfassung in einer Box symbolisiert. Es geht hierbei um die Fragen, ob eine Krankenhaustätigkeit (insbesondere als StationsärztIn, aber auch in einer anschließenden Ausbildung in einem Sonderfach) oder eine Niederlassung angestrebt wird, und wenn ja, ob mit oder ohne Krankenkassenvertrag, und ob die Tätigkeit im ländlichen oder im urbanen Raum erfolgen soll.

In den Abschnitten 0 bis 2.6 wurden relevante Überlegungen für diese Entscheidungen im österreichischen Kontext dargestellt. Demnach ist vor allem für die Frage nach der Übernahme einer Kassenplanstelle die Sozialversicherung gefordert, gemeinsam mit der Ärztekammer Rahmenbedingungen für die kassenärztliche Tätigkeit auszuverhandeln, die diese Tätigkeit auch für junge MedizinerInnen attraktiv machen. Hierzu zählen insbesondere organisatorische Aspekte, da verstärkt in diesem Bereich die Kritik bzw. die Befürchtungen der potenziellen InteressentInnen für Kassenplanstellen ansetzen:

---

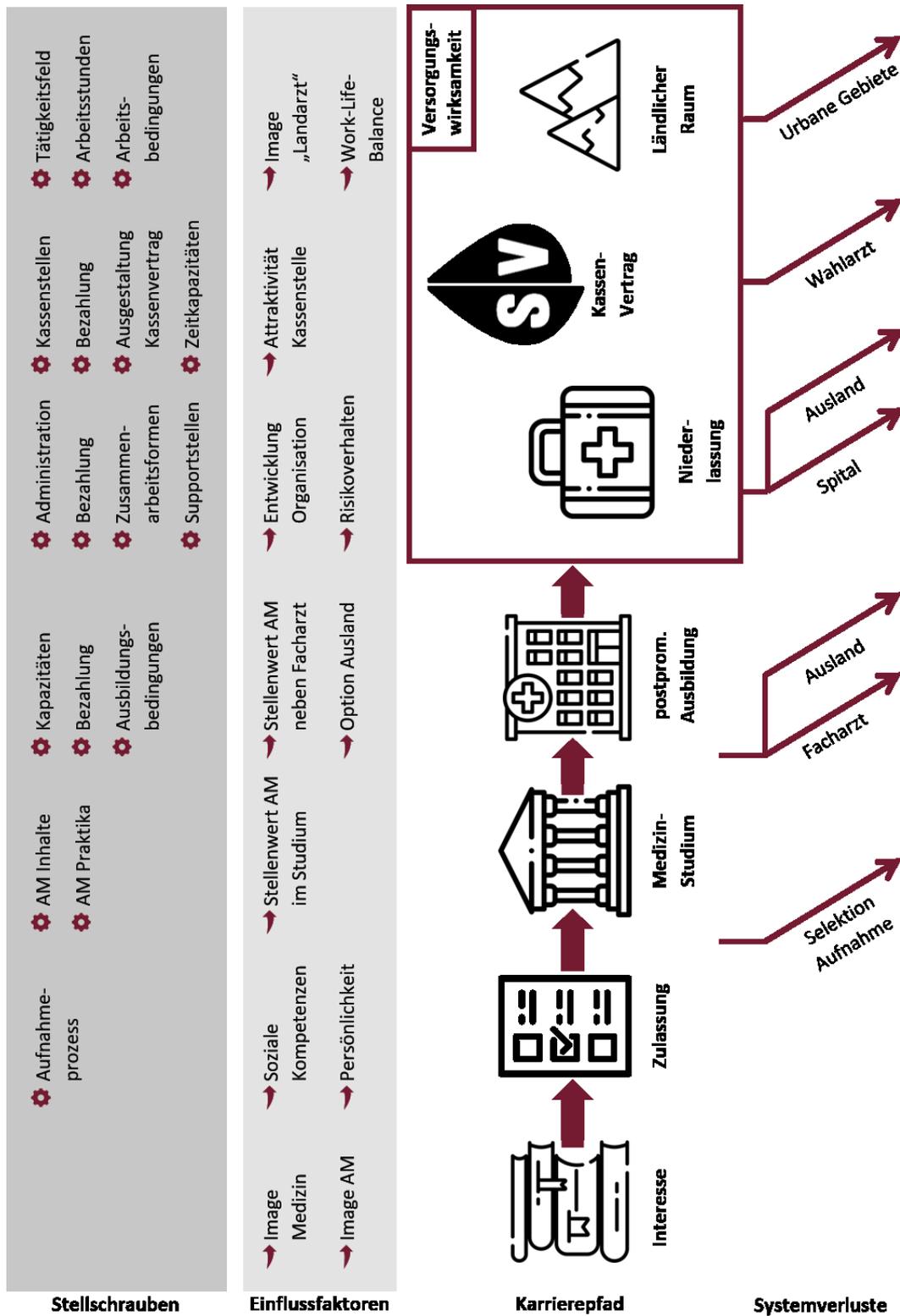
<sup>1</sup> In die Auswertung eingeschlossen waren Abschlüsse der Studienjahre 2008/09 bis 2014/15. Personen über 35 Jahren zum Zeitpunkt des Abschlusses, Personen, die bereits einen gleich- oder höherwertigen Abschluss erreicht haben oder die im Studienjahr nach dem betrachteten Abschluss eine weitere Ausbildung besucht haben, wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Die entsprechenden Kritikpunkte sind bei TurnusärztInnen noch ausgeprägter als bei Studierenden.<sup>1</sup> In diesem Kontext kommen zwar auch Fragen der Bezahlung zum Tragen, daneben aber auch zahlreiche weitere Ansatzpunkte. Hierzu zählen die multiprofessionelle Zusammenarbeit, die Arbeitszeit einschließlich Lage der Öffnungszeiten, aber auch organisatorische und abwicklungstechnische Fragen.

---

<sup>1</sup> Im Rahmen der Befragung von Poggenburg et al. (2017) wurden für den Berufswunsch AM aus 41 Items für hemmende und fördernde Faktoren vier Faktoren extrahiert: Arbeitsinhalte, Prestige und Einkommen im Vergleich zu FachärztInnen, Work-Life Balance und Organisatorische Aspekte. Werden die vier Faktoren der Attraktivität des Hausarztberufes betrachtet, so zeigen sich Unterschiede zwischen Studierenden und Turnusärzten in der Bewertung (1) des Prestiges und des Einkommens im Vergleich zu Fachärzten, (2) der Work Life Balance und (3) der organisatorischen Aspekte. In diesen drei Faktoren bewerten Personen im Turnus den Beruf „Allgemeinmedizin“ negativer als Studierende. Bezüglich der Bewertung der Arbeitsinhalte zeigen sich keine Unterschiede zwischen Studierenden und TurnusärztInnen. (Poggenburg et al. 2017, S. 24)

Abbildung 10: Stellschrauben-Grafik



Quelle: Darstellung IHS (2020)

## 4 Internationaler Vergleich

Um einen internationalen Vergleich herzustellen sollen im Folgenden Länder herangezogen werden, die üblicherweise als starke Primärversorgungssysteme bewertet werden (Kringos, Boerma, et al. 2015a). Um Unterschiede zum österreichischen System aufzuzeigen, beziehungsweise mögliche Lernpotenziale zu identifizieren, soll der internationale Vergleich anhand der oben ausgeführten gedachten AM-Karriere dargestellt werden. Dabei wird auf folgende Punkte eingegangen: Allgemeinmedizin im Medizinstudium, Ausbildungsweg, postpromotionelle Ausbildung für Allgemeinmedizin und Versorgungswirksamkeit in der Niederlassung.

Zur Identifikation von Ländern mit Vorbildfunktion hinsichtlich des Primärversorgungssystems soll zunächst der Begriff einer starken Primärversorgung abgegrenzt werden.

### 4.1 Starke Primärversorgung

Die Primärversorgung ist die erste Anlaufstelle eines Gesundheitssystems für die Bevölkerung und beinhaltet kurative, präventive und rehabilitative Leistungen. Ein Großteil der Prävention und Heilung kann in der Primärversorgung stattfinden. Als Kern der Primärversorgung werden meist AM im niedergelassenen Bereich verstanden. Daneben zählen auch noch andere Berufsgruppen zur Primärversorgung, unter anderem InternistInnen, PharmazeutInnen, PhysiotherapeutInnen und Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung. Weil die Primärversorgung den ersten Kontaktpunkt zur medizinischen Hilfe darstellt, hängt die Qualität dieser unmittelbar von der (geografischen) Nähe zur Bevölkerung und der Zugänglichkeit ab. (Kringos, Boerma, et al. 2015a)

Kringos et al. (2015a) skizzieren ein ideales Profil starker Primärversorgung. Gemäß diesem Profil kommt der Primärversorgung eine starke Gate-Keeping Rolle zu. Da sie der erste Zugang zum Gesundheitssystem ist, wird Primärversorgung idealerweise in der Gemeinde angeboten, ohne physische, psychische oder finanzielle Barrieren. Es wird ein generalistischer Zugang gewählt, der die PatientInnen in den Mittelpunkt stellt und darüber hinaus die medizinische Historie und die Lebenssituation berücksichtigt. Bei Bedarf überweisen AM an FachärztInnen und begleiten die PatientInnen in diesem Prozess. Es ist ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen verfügbar, um möglichst viele gesundheitliche Probleme bereits in der Primärversorgung lösen zu können. Darüber hinaus wird eine Kontinuität in der Pflege gewährleistet, der Überblick über die PatientInnengeschichte gewahrt und Behandlungen und Nachuntersuchungen

werden koordiniert. Je mehr ein Gesundheitssystem diesem Profil entspricht, desto stärker ist die Primärversorgung. (Kringos, Boerma, et al. 2015a)

Zusätzlich zu diesem idealtypischen Profil geben Kringos et al. (2010) zehn Dimensionen in drei Gruppen an, die zur Bewertung von Primärversorgungssystemen herangezogen werden können. Jede der Dimensionen umfasst mehrere Indikatoren. Die Dimensionen sind in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3: Dimensionen zur Bewertung von Primärversorgungssystemen**

| Gruppe   | Dimension  |
|----------|--|
| Struktur | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Governance (z.B. politische Vision von Primärversorgung)</li> <li>• Ökonomische Rahmenbedingungen (z.B. Ausgaben für Primärversorgung)</li> <li>• Arbeitskräfte-Entwicklung (z.B. Ausbildungsweg für AllgemeinmedizinerInnen)</li> </ul>  |
| Prozess  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu medizinischen Leistungen (z.B. geografische Verteilung von AllgemeinmedizinerInnen)</li> <li>• Kontinuität in der Versorgung (z.B. Kontinuität der Pflegenden über Zeit)</li> <li>• Koordination der Versorgung (z.B. Gate-Keeping Rolle)</li> <li>• Umfang der Primärversorgung (z.B. Breite des Leistungsangebots)</li> </ul> |
| Outcomes | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität der Pflege (z.B. Verschreibungs-Praxis)</li> <li>• Effizienz der Versorgung (z.B. Praxis-Management)</li> <li>• Gesundheitliche Chancengleichheit (z.B. gesundheitliche Unterschiede verbunden mit sozioökonomischem Status)</li> </ul>  |

Quelle: Kringos et al. (2010), Darstellung IHS (2020)

2013 nahmen Kringos et al. (2013) eine Evaluierung der Primärversorgungssysteme europäischer Länder vor. Bei der Evaluierung beziehen Kringos et al. (2013) allerdings nur die Dimensionen aus den Gruppen Prozess und Struktur mit ein. Durch die Analyse der Indikatoren ergibt sich für jede der Dimensionen eine aus drei möglichen Bewertungen (schwach, mittel und stark). Österreich schneidet dabei insgesamt schwach ab. Länder, die gemäß dieser Beurteilung als Systeme mit starker Primärversorgung gelten, sind: Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Litauen, Niederlande, Portugal, Slowenien, Spanien und das Vereinigte Königreich. (Kringos et al. 2013)

Im Kontext der vorliegenden Studie ist vor allem die Dimension Arbeitskräfte-Entwicklung von Interesse. Die einzelnen Indikatoren dieser Kategorie sind in Tabelle 4 abgebildet. Auch in dieser Dimension wurde Österreich als schwach bewertet. Länder die in der Dimension Arbeitskräfte-Entwicklung stark abschneiden sind: Dänemark, Finnland, Irland, Malta, Niederlande, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweiz und das Vereinigte Königreich (Kringos et al. 2013).

**Tabelle 4: Merkmale zur Bewertung von Primärversorgungssystemen**

| Gruppe   | Dimension                     | Merkmale  |
|----------|-------------------------------|---|
| Struktur | Arbeitskräfte-<br>Entwicklung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profil der allgemeinmedizinischen Arbeitskräfte</li> <li>• Anerkennung und Verantwortungsbereiche der allgemeinmedizinischen Disziplinen</li> <li>• Ausbildung und Übergang in die Praxis</li> <li>• Berufsverbände</li> <li>• Akademischer Stellung von allgemeinmedizinischen Disziplinen</li> </ul> |

Quelle: Kringos et al. (2013), Darstellung IHS (2020)

Als Länder mit der stärksten Primärversorgung heben Kringos et al. (2015a) Dänemark, Niederlande, Slowenien, Spanien und das Vereinigte Königreich hervor. Die Länder sind bewertet nach den Gruppen Struktur und Prozess. Diese Länder ziehen wir in der Studie als Vorbildländer hinsichtlich des Primärversorgungssystems heran.

**Tabelle 5: Überblick internationaler Vergleich Primärversorgungssysteme**

|   | BE            | DK             | NL             | SI             | ES             | UK             | AT               | CH                  | DE            |
|---|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|---------------------|---------------|
| <b>GP-Dichte p. 1000<sup>1</sup></b>                      | 1,14          | 0,8            | 0,85           | 0,60           | 0,76           | 0,75           | 0,75             | 1,14 <sup>a</sup>   | 0,70          |
| <b>Anteil GPs an ÄrztInnen<sup>1</sup></b>                | 37,05%        | 20,0%          | 23,9%          | 19,3%          | 19,6%          | 26,8%          | 14,6%            | 26,51% <sup>a</sup> | 16,6%         |
| <b>AbsolventInnen Medizin pro 100.000<sup>1</sup></b>     | 14,8          | 21,47          | 15,95          | 17,47          | 14,48          | 12,81          | 14,41            | 11,19               | 12,01         |
| <b>Anteil allgemeinmed. Ausbildungsplätze<sup>2</sup></b> | 43%           | 24%            | ~20%           | 23%            | 27%            | 30%            | 27% <sup>b</sup> | k.A.                | k.A.          |
| <b>Gate-Keeping-Funktion<sup>3</sup></b>                  | Keine         | Begrenzt       | Stark          | Stark          | Stark          | Stark          | Keine            | Keine               | Keine         |
| <b>Vorherrschende Praxisform<sup>3</sup></b>              | Einzel-Praxen | Gruppen-Praxen | Gruppen-praxen | Health Centres | Health Centres | Gruppen-Praxen | Einzel-Praxen    | Variierend          | Variierend    |
| <b>Anstellungsform<sup>3</sup></b>                        | Selbstständig | Selbstständig  | Selbstständig  | Angestellt     | Angestellt     | Selbstständig  | Selbstständig    | Selbstständig       | Selbstständig |

<sup>a)</sup> Andere Bemessungsgrundlage. Auch ÄrztInnen im ambulanten Bereich ohne postgraduale Ausbildung enthalten, daher höhere Werte; <sup>b)</sup> Andere Bemessungsgrundlage. Nicht Anteil der ausgeschriebenen Allgemeinmedizin-Ausbildungsplätze an Gesamtanzahl, sondern alle derzeit in Ausbildung befindlichen ÄrztInnen.

Quelle: siehe Fußnoten, Darstellung IHS (2020)

<sup>1</sup> (OECD 2019a)

<sup>2</sup> BE: Messoudi (2019); DK: Kjær et al. (2012); ES: García-Estañ (2018); NL: Kroneman et al. (2016); SI: Medical Chamber of Slovenia (2019); UK: NHS (2019b); AT: Sozialministerium (2019)

<sup>3</sup> Kringos et al. (2015b)

## 4.2 Medizinstudium

Hierzulande wird häufig Kritik am Zulassungsverfahren zum Medizinstudium geübt, insbesondere betreffend das Fehlen einer Beurteilung von sozialen Kompetenzen mittels Interviews, wie dies bereits für mehrere andere Gesundheitsberufe (z.B. PhysiotherapeutInnen) praktiziert wird. Ein Vergleich mit den Aufnahmeprozessen anderer Länder ist daher von Interesse. Als besonders wichtiger Einflussfaktor auf die Berufswahl in der Allgemeinmedizin wird außerdem der Stellenwert von Allgemeinmedizin während des Medizinstudiums genannt. Das betrifft sowohl die Theorie – angebotene allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen – als auch die Praxis – verpflichtende Praktika in der Allgemeinmedizin. Es wird unterstellt, dass, je mehr Kontakt Studierende mit dem Fach Allgemeinmedizin haben, desto eher wird ihr Interesse an der Berufsausübung in ebendiesem geweckt. (Pfarrwaller et al. 2015) Daher kann der Stellenwert von Allgemeinmedizin im Medizinstudium von großer Bedeutung sein; dies betrifft sowohl die Breite des allgemeinmedizinischen Studienangebots als auch die Verpflichtung, allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen zu belegen und Praktika zu absolvieren.

### 4.2.1 Aufnahmekriterien

Die Aufnahmeverfahren der gewählten Vergleichsländer unterscheiden sich stark. In Spanien und Dänemark ist das Zulassungsverfahren national geregelt, im Vereinigten Königreich liegt die Verantwortung dezentral bei den Medizinuniversitäten und in den Niederlanden kommt eine Mischform zum Einsatz. Die zentral geregelten Aufnahmeprozesse beinhalten keinerlei Berücksichtigung von sozialen Kompetenzen. **Dänemark** geht, ähnlich wie Deutschland, nach dem Schulnotensystem vor – angehende MedizinstudentInnen müssen einen Notendurchschnitt über 6 Punkten auf der dänischen Skala vorweisen<sup>1</sup>. Dazu kommen fächerspezifische Kriterien – naturwissenschaftliche Fächer müssen mit sehr guten Noten abgeschlossen werden. Dies sind allerdings nur Mindestvoraussetzungen. Personen nach dem Notendurchschnitt gereiht aufgenommen bis die Quote der Studienplätze erreicht ist, de facto ist also ein Notendurchschnitt von mindestens 11 Punkten erforderlich, um einen Studienplatz zu erhalten. (University of Copenhagen 2019). In **Spanien** kommt ein landesweiter Test zur allgemeinen Universitäts-Zulassung (selectivity) zum Einsatz. Dieser Test ist nicht medizin-spezifisch, sondern muss von allen Personen absolviert werden, die studieren wollen. Jährlich wird eine Quote für Medizin-Studienplätze fixiert. Je nach Reihung beim Zulassungs-Test können sich die Interessierten für das

<sup>1</sup> Die dänische Notenskala umspannt seit 2007 7 Noten, von +12 Punkten (bestes Ergebnis – A) bis -3 (unzureichend – F). Ab 7 Punkten wird ein Gut (C), ab 4 Punkten ein Befriedigend (D) vergeben. (Ministry of Children and Education 2020)

Medizinstudium einschreiben, bis die fixierte Quote erfüllt ist (García-Estañ 2018). In den **Niederlanden** wird ein erheblicher Teil der verfügbaren Studienplätze nach dem Notendurchschnitt vergeben, für die übrigen Plätze kommen andere Aufnahmeverfahren zum Einsatz. Seit 2012 wird in den Niederlanden ein wachsender Teil der Studienplätze durch dezentrale qualitative Auswahlverfahren an den Universitäten vergeben (Scherpbier 2013). Abhängig von der Ausgestaltung an den einzelnen Universitäten bekommen in den Niederlanden also auch persönliche Kriterien Gewicht.

**Tabelle 6: Aufnahmeverfahren Medizinstudium**

| Land                    | Organisationsebene      | Soziale Kompetenzen      |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Belgien <sup>1</sup>    | Zentral <sup>a)</sup>   | Teilweise berücksichtigt |
| Dänemark                | Zentral                 | Nicht berücksichtigt     |
| Niederlande             | Mischform <sup>b)</sup> | Teilweise berücksichtigt |
| Österreich <sup>2</sup> | Zentral                 | Teilweise berücksichtigt |
| Slowenien               | n.a.                    | n.a.                     |
| Spanien                 | Zentral                 | Nicht berücksichtigt     |
| Vereinigtes Königreich  | Dezentral <sup>c)</sup> | Berücksichtigt           |

Anmerkung: a) national einheitliches Aufnahmeverfahren; b) Kombination aus a und c; c) Aufnahmeverfahren von Universitäten geregelt.

Quelle: Einzelquellen Dänemark, Niederlande, Slowenien, Spanien und Vereinigtes Königreich siehe Fließtext, Darstellung IHS (2020)

Im Gegensatz zu den bereits angeführten Beispielen nehmen nicht-kognitive Fähigkeiten in den Aufnahmeverfahren im **Vereinigten Königreich** eine weit bedeutendere Rolle ein. Trotz uneinheitlichen dezentralen Aufnahmeprozessen an den Universitäten ist ein persönliches Gespräch fester Bestandteil des Zulassungsverfahrens. Im Vereinigten Königreich kommen sehr umfangreiche Aufnahmeverfahren zum Einsatz. Diese bestehen zumeist aus Motivationsschreiben, Zulassungstest und Interview. Dadurch sollen zahlreiche, für den Medizin-Beruf wichtige, Aspekte überprüft werden. Während die beiden eingesetzten Tests (*Universities Clinical Aptitude Test* und *BioMedical Admissions Test*) Wissen und analytische Fähigkeiten beurteilen, berücksichtigen die Interviews unter anderem Motivation, Empathie, kommunikative und Teamwork-Fähigkeiten. (Medical Schools Council 2019)

<sup>1</sup> Le Soir (2019b)

<sup>2</sup> Medizinische Universität Graz (2020)

#### 4.2.2 Status von Allgemeinmedizin: Studium

Nach Angaben einer europaweiten Umfrage ist Allgemeinmedizin fester Bestandteil in den Curricula der herangezogenen Vergleichsländer (Brekke et al. 2013). Aus dieser Studie geht allerdings nicht hervor, ob die allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen verpflichtend in die Curricula integriert sind – für einige Länder gibt es aber zusätzliche Informationen. Häufig lässt sich außerdem nicht eindeutig sagen, wie stark Allgemeinmedizin in den Studieninhalten vertreten ist, da die Universitäten die genaue Ausgestaltung der Curricula dezentral vornehmen.

In **Dänemark** ist Allgemeinmedizin verpflichtendes Hauptfach, auch Spanien ist Allgemeinmedizin (zumindest teilweise) verpflichtendes Fach im Curriculum (Brekke et al. 2013). In **Spanien** sind an der Universität Valencia beispielsweise die Fächer „Epidemiologie und Präventivmedizin“ und „Primärversorgung und Geriatrie“ verpflichtend (Universität de Valencia 2019). Das **Vereinigte Königreich** weist eine besonders starke Ausprägung hinsichtlich Allgemeinmedizin im Studium aus. Allgemeinmedizin ist zwischen 3% und 50% im Curriculum enthalten. Außerdem thematisiert die Hälfte der Medizinuniversitäten Allgemeinmedizin in allen fünf Jahren des Medizinstudiums (Boon et al. 2017). Boon et al. (2017) identifizieren darüber hinaus allgemeinmedizinische Themenbereiche, die an 80% der Universitäten im Curriculum sind, darunter Gesundheitsförderung & Prävention, Sicheres Verschreiben, Beraten & Kommunizieren und Arbeiten in Teams.

Auch die Institutionalisierung von Allgemeinmedizin in der Lehre unterscheidet sich. Während in Österreich nicht alle Medizin-Universitäten einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin haben, gibt es im Vereinigten Königreich beispielsweise an allen Universitäten einen Allgemeinmedizin-Lehrstuhl, genannt *Primary Care Department* (Boon et al. 2017).

Neben der Intensität des Kontakts mit Allgemeinmedizin-Inhalten könnte auch der Zeitpunkt selbiger ausschlaggebend sein. Da sich viele Studierende am Beginn ihres Medizinstudiums noch nicht für eine Spezialisierung entschieden haben, könnte zu diesem Zeitpunkt die Konfrontation mit Allgemeinmedizin-Themen Interesse wecken und eine höhere Wirkung erzielen (Pfarrwaller et al. 2015). Es konnten allerdings keine Informationen gefunden werden, in welchem Abschnitt des Medizinstudiums Allgemeinmedizin-Inhalte unterrichtet werden.

#### 4.2.3 Status von Allgemeinmedizin: Praktikum

In allen Vergleichsländern sind verpflichtende Praktika in der Allgemeinmedizin vorgesehen. Die konkrete Ausgestaltung variiert jedoch zwischen den Ländern und darüber hinaus innerhalb der Länder zwischen den Universitäten (Brekke et al. 2013). In

**Spanien** sind nicht an allen Universitäten Allgemeinmedizin-Praktika verpflichtend. Die Dauer der Praktika in der Allgemeinmedizin liegt zwischen einer und zehn Wochen, die meisten Universitäten schreiben vier Wochen vor. Die Praktika in Allgemeinmedizin sind üblicherweise im sechsten Jahr vorgesehen. Für die **Niederlande** liegen nur Informationen zur Universität Maastricht vor – dort ist ein zehnwöchiges Allgemeinmedizin-Praktikum im fünften Jahr festgelegt. In **Dänemark** liegt die Dauer der vorgeschriebenen Allgemeinmedizin-Praktika zwischen zwei und sechs Wochen, diese finden im sechsten Jahr statt. In **Slowenien** haben Medizin-Studierende einen siebenwöchigen Allgemeinmedizin-Block, der sowohl Lehre als auch Praxis beinhaltet.

**Tabelle 7: Dauer des Praktikums in der Allgemeinmedizin**

| Land                    | Praktikumsdauer (in Wochen) |
|-------------------------|-----------------------------|
| Belgien                 | 2-10                        |
| Dänemark                | 2-6                         |
| Niederlande             | 10                          |
| Österreich <sup>1</sup> | 0-4                         |
| Slowenien               | 7                           |
| Spanien                 | 0-11                        |
| Vereinigtes Königreich  | 4-23                        |

Quelle: Brekke et al. (2013), Darstellung IHS (2020)

Wieder ist in diesem Bereich das **Vereinigte Königreich** Vorreiter. Alle Universitäten sehen verpflichtende Praktika in der Allgemeinmedizin vor. Diese finden meist verteilt auf mehrere Jahre während des Medizinstudiums statt. Die Mehrheit der angegebenen Universitäten sieht insgesamt mehr als acht Wochen verpflichtender Allgemeinmedizin-Praktika vor. Dies ist verglichen mit anderen europäischen Ländern die höchste Anzahl an Allgemeinmedizin-bezogenen Praktikumswochen (Brekke et al. 2013).

Zur besseren Vergleichbarkeit wäre es interessant zu untersuchen, welcher Anteil der insgesamt zu absolvierenden Praktikumswochen auf allgemeinmedizinische Inhalte entfällt. Unter Umständen kann eine längere Allgemeinmedizin-Praktikumsdauer von einem allgemein höheren Niveau an zu absolvierenden Pflichtpraktika herrühren, daher wäre eine relative Darstellung hilfreich. Sowohl bei den Allgemeinmedizin-spezifischen, als auch bei den gesamt zu absolvierenden Praktikumswochen liegen allerdings unterschiedliche Regelungen an den einzelnen Universitäten vor. Auch in Österreich ist das nicht einheitlich geregelt; während die Medizin-Universität Wien vier Wochen

<sup>1</sup> Medizinische Universität Innsbruck (2020), Medizinischen Universität Wien (2020)

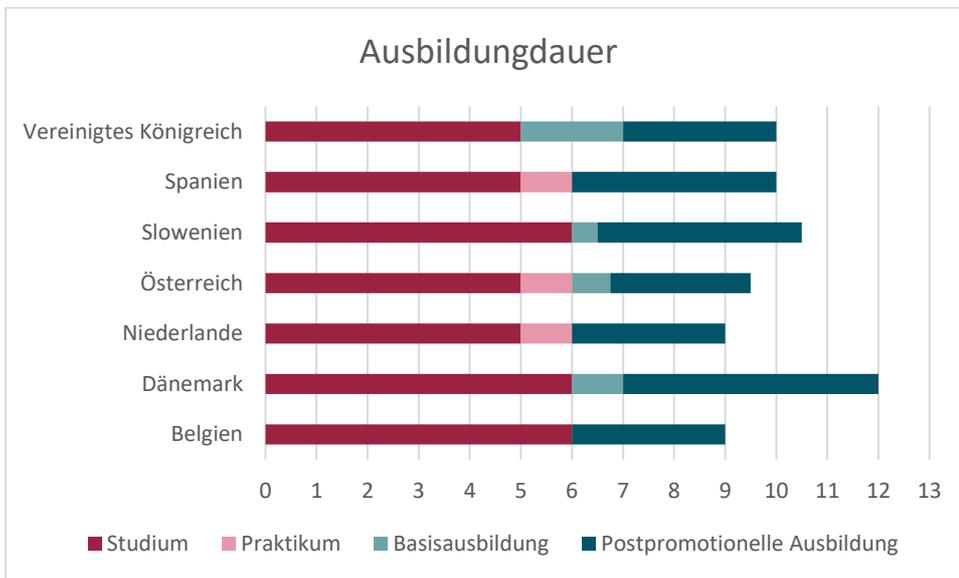
Praktikum in der Primärversorgung (d.h. potentiell in der Allgemeinmedizin) vorschreibt, kann ein Allgemeinmedizin-Praktikum an der Medizinischen Universität Innsbruck nur freiwillig eingebracht werden (Medizinische Universität Innsbruck 2020; Medizinische Universität Wien 2020). Eine derartige Recherche für alle Vergleichsländer übersteigt somit den Rahmen dieser Arbeit. Daher wird vereinfachend auf die Allgemeinmedizin-Praktikumsdauer in Wochen zurückgegriffen, die von Brekke et al. (2013) erhoben wurde.

### 4.3 Ausbildungsweg

Da es in Bezug auf Dauer des Studiums, der postpromotionellen Ausbildung und der enthaltenen Praxiszeit unterschiedliche Ausprägungen gibt, wird hier der gesamte Ausbildungsweg zum/zur AllgemeinmedizinerIn im internationalen Vergleich dargestellt.

Als Praktikum wird hier jene Zeit verstanden, die in der klinischen Praxis zugebracht wird, formal allerdings noch zum Medizinstudium zählt. Das österreichische Äquivalent ist dementsprechend das KPJ. Die Basisausbildung meint einen *common trunk*, also einen praktischen Ausbildungsteil nach Abschluss des Studiums, für den die ÄrztInnen in Ausbildung Entlohnung erhalten. Während in Österreich die 9-monatige Basisausbildung einen Teil der postpromotionellen Ausbildung darstellt, ist der *common trunk* in Dänemark, Slowenien und dem Vereinigten Königreich formal getrennt von der postpromotionellen Ausbildung. Die Absolvierung der Basisausbildung ist Voraussetzung, um die Spezialisierung beginnen zu können. Der Anteil der praktischen Ausbildung, der jeweils in einer Lehrpraxis zugebracht wird, ist in dieser Abbildung nicht enthalten, da diese Anteile oft variabel sind. Darauf wird in Kapitel 4.4.3 näher eingegangen.

**Abbildung 11: Ausbildungsweg zur/zum praktischen Ärztin/ Arzt**



Quelle: Darstellung IHS (2020). Einzelquellen siehe Fließtext.

Der Ausbildungsweg zum/zur praktischen ÄrztIn gestaltet sich in den Vergleichsländern relativ ähnlich. Die meisten Länder haben ein sechsjähriges Medizinstudium, wobei dieses in Belgien und den Niederlanden beispielsweise in Bachelor und Master unterteilt ist. Lediglich im Vereinigten Königreich dauert das Medizinstudium üblicherweise fünf Jahre, wobei es auch Universitäten gibt, die ein sechsjähriges Medizinstudium anbieten (Cylus et al. 2015). Von dem sechsjährigen Studium ist in Österreich und Spanien das letzte Studienjahr als KPJ vorgesehen (Freire et al. 2015). In den Niederlanden ist der dreijährige Master mit zahlreichen Praktika durchgehend praxisorientiert – dies ist in Abbildung 11 vereinfacht als durchgängiges einjähriges Praktikum dargestellt (Kroneman et al. 2016). In Slowenien muss nach Abschluss des Studiums eine sechsmonatige Basisausbildung absolviert werden, bevor sich die AbsolventInnen für Spezialisierungen bewerben können (Albrecht et al. 2016). In Dänemark dauert der entsprechende *common trunk* ein Jahr (EJD 2014a); in Österreich sind es neun Monate. Im Vereinigten Königreich folgt nach dem fünfjährigen Studium eine zweijährige Basisausbildung. Hierbei ist anzumerken, dass das erste Jahr der Basisausbildung im Ausbildungscharakter eher einem Praktikum ähnlich ist (GMC 2020). Die anschließende postpromotionelle Ausbildung reicht von drei Jahren in Belgien bis fünf Jahre in Dänemark.

## 4.4 Postpromotionelle Ausbildung Allgemeinmedizin

Die postpromotionelle Ausbildung ist der Berufseinstieg für praktische ÄrztInnen. Die Ausgestaltung der praktischen Ausbildung und damit einhergehend deren Image sind daher mitbestimmend für die Attraktivität der Berufswahl Allgemeinmedizin. In Österreich ist die Ausbildung zum/zur praktischen ÄrztIn formal nicht gleichgestellt mit dem Facharzt und ist damit weniger prestigeträchtig. Darüber hinaus stehen aber auch die Ausbildungsmodalitäten im österreichischen System in der Kritik: Die Ausbildung beinhaltet relativ wenig Zeit in einer Lehrpraxis, die dem späteren Berufsalltag am nächsten kommt. Die Tätigkeiten variieren stark mit dem Ausbildungsort und sind oftmals Routinetätigkeiten, was die Ausbildungsqualität mindert. Nicht zuletzt ist auch die Bezahlung während der Ausbildung relevant, insbesondere wenn die Möglichkeit zur Abwanderung ins Ausland besteht. Um von Ländern zu lernen, die hohe Allgemeinmedizinquoten aufweisen – sowohl in der Ausbildung als auch in der späteren Berufstätigkeit – sollen hier mehrere Dimensionen zum Vergleich herangezogen werden: Die Aufnahmekriterien, Kapazitäten und Dauer der Ausbildung, Zeit in einer Lehrpraxis, Ausbildungsbedingungen und Bezahlung.

### 4.4.1 Aufnahmekriterien

Während in den Aufnahmekriterien zum Medizinstudium tendenziell auch im internationalen Vergleich soziale und persönliche Merkmale wenig berücksichtigt werden, gestaltet sich dies für den Aufnahmeprozess zur postpromotionellen Ausbildung anders. In allen betrachteten Ländern ist Allgemeinmedizin eine aus mehreren wählbaren Spezialisierungen, für die ein Aufnahmeprozess nötig ist. Für Dänemark konnte zu den Aufnahmekriterien keine Informationen gefunden werden. **Spanien** ist das einzige Land in der Vergleichs-Gruppe, das ausschließlich kognitive Fähigkeiten für die Zulassung zur postpromotionellen Ausbildung heranzieht. In Abhängigkeit der Noten im Studium und des Abschneidens bei einem nationalen Test (*medico interno residente*) können Studierende ihre präferierte Spezialisierung wählen (García-Estañ 2018). In **Slowenien** ist der Aufnahmeprozess für einen postpromotionellen Ausbildungsplatz ähnlich wie der Bewerbungsprozess zu einem regulären Job gestaltet. Dabei sind der Notendurchschnitt des Medizinstudiums, Referenzen sowie ein Interview die entscheidenden Kriterien (Albrecht et al. 2016). In Abgrenzung zu den bereits angeführten Aufnahmeverfahren machen die Niederlande und das Vereinigte Königreich hinsichtlich der Kriterien-Wahl eine Unterscheidung zwischen der Spezialisierung Allgemeinmedizin und den übrigen Spezialisierungen. Für einen Ausbildungsplatz in der Allgemeinmedizin kommen in den **Niederlanden** Motivationsschreiben, Studienleistungen, CV und ein Interview, in dem Fähigkeiten und Motivation für die Tätigkeit als praktische ÄrztIn geprüft werden, zum Einsatz, während

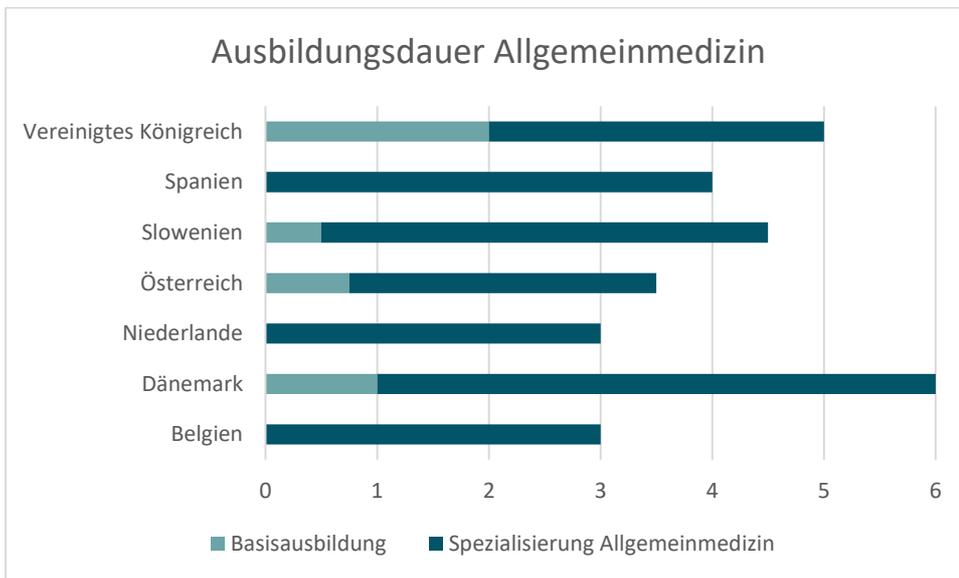
die anderen Spezialisierungen einem zentralisierten Verfahren unterliegen (FAIMER 2019). Im **Vereinigten Königreich** werden ein computer-basiertes sowie ein persönliches Assessment für die Beurteilung der BewerberInnen verwendet. Speziell im Aufnahmeprozess zur Allgemeinmedizin-Ausbildung berücksichtigte Kompetenzen sind: Klinisches Wissen, Einfühlungsvermögen, Kommunikations-Kompetenzen, Problemlösungsstrategien, Umgang mit Druck, Organisationsfähigkeiten und Team-Arbeit (GPNRO 2019).

#### 4.4.2 Kapazitäten und Dauer

Während in Österreich die postpromotionelle Allgemeinmedizin-Ausbildung formal nicht gleichgestellt ist mit der Ausbildung zum Facharzt, wird dies im internationalen Vergleich anders gehandhabt. In allen Vergleichsländern ist Allgemeinmedizin eine von mehreren wählbaren Spezialisierungen innerhalb der postpromotionellen Ausbildung. In den Niederlanden gibt es insgesamt 28 wählbare Spezialisierungen, im Vereinigten Königreich über 60 (Kroneman et al. 2016). Die Anzahl der wählbaren Spezialisierungen hängt allerdings nicht mit der Anzahl der verfügbaren Allgemeinmedizin-Ausbildungsplätze zusammen.

Der Anteil der Ausbildungsplätze im Fach Allgemeinmedizin liegt in den Vorreiterländern zwischen 20% und 30%. Die hohen Quoten der Allgemeinmedizin-Posten im postpromotionellen Bereich spiegeln sich auch in den Zahlen für die Quoten der AM anteilig an allen ÄrztInnen wider. Im Vereinigten Königreich sind 26% der praktizierenden ÄrztInnen AM, in Spanien, den Niederlanden, Dänemark und Slowenien liegt dieser Wert bei etwa 20%. Um Wartezeiten zu überbrücken oder die Chancen auf eine gewünschte Ausbildungsstelle zu erhöhen, machen viele Medizin-AbsolventInnen in Österreich die allgemeinmedizinische Ausbildung, ohne dann später auch als AM zu arbeiten. Dies erklärt, warum die Quote der in Ausbildung befindlichen MedizinerInnen im Fach Allgemeinmedizin bei etwa 27% liegt, während der Anteil der praktizierenden AM bei nur 14% liegt.

Obwohl die praktische Ausbildung der Allgemeinmedizin in den Vergleichsländern formal mit den anderen Spezialisierungen gleichgestellt ist, dauert sie zumeist kürzer. Trotzdem liegt Österreich, was die Dauer der Ausbildung betrifft, mit dreieinhalb Jahren eher am unteren Ende der Verteilung. Die Niederlande und das Belgien haben mit drei Jahren eine etwas kürzere Allgemeinmedizin-Ausbildungsdauer (Cylus et al. 2015; Kroneman et al. 2016). In Slowenien und Spanien liegt diese bei vier Jahren, während angehende praktische Ärztinnen und Ärzte im Vereinigten Königreich fünf Jahre und in Dänemark sechs Jahre postpromotionelle Ausbildung zu absolvieren haben (Bulc et al. 2006; Cylus et al. 2015; Freire et al. 2015; Pedersen et al. 2012).

**Abbildung 12: Postpromotioneller Ausbildungsweg zur/zum praktischen Ärztin/ Arzt**

Quelle: Darstellung IHS (2020). Einzelquellen siehe Fließtext.

Nach dem Medizinstudium ist im **dänischen** Ausbildungsweg eine einjährige Basisausbildung (*clinical basis education*) vorgesehen, von dem die Hälfte der Zeit in der Primärversorgung stattfinden kann (Olejaz et al. 2012). Im Anschluss kann aus 38 Spezialisierungen gewählt werden, *Allgemeinmedizin (Almen Medicin, Danish Health Authority 2020)* ist dabei mit der fünfjährigen Dauer unter den kürzeren praktischen Ausbildungen (Pedersen et al. 2012). Ca. 24% der Ausbildungsplätze stehen in dieser Spezialisierung zur Verfügung (Kjær et al. 2012). Die postpromotionelle Ausbildung beginnt mit einer fachspezifischen einjährigen Einführung, um sicherzugehen, dass die richtige Spezialisierung gewählt wurde (Olejaz et al. 2012). Insgesamt dauert die postpromotionelle Ausbildung in Dänemark also sechs Jahre, bestehend aus einem Jahr Basisausbildung, einem Jahr Einführung und vier Jahren weiterführender Allgemeinmedizin-Spezialisierung. In den **Niederlanden** dauert die postpromotionelle Ausbildung vier Jahre, die allgemeinmedizinische Ausbildung *Familienmedizin (huisartsgeneeskunde, Royal Dutch Medical Association 2020)* allerdings nur drei Jahre. Etwa 20% der MedizinstudentInnen entscheiden sich aus den über 30 verfügbaren Spezialisierungen für diese (Kroneman et al. 2016). Die **slowenische** postpromotionelle Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin dauert vier Jahre. *Familienmedizin (družinska medicina, Medical Chamber of Slovenia 2019)* ist eine aus über 40 wählbaren Spezialisierungen, die meisten anderen dauern 5-6 Jahre. In Slowenien sind über 20% der Spezialisierungsplätze für Allgemeinmedizin vorgesehen (Bulc et al. 2006; EJD 2014b; Medical Chamber of Slovenia 2019). In **Spanien** ist *Familien- und Gemeinschaftsmedizin (medicina familiar y comunitaria, semFYC 2006)* eine aus 49 Spezialisierungen. In dieser

Spezialisierung werden rund 1900 der 7000 verfügbaren Ausbildungsplätze angeboten (entspricht 27%). Sie dauert – wie die meisten anderen Spezialisierungen – vier Jahre, nur einige wenige Spezialisierungen dauern fünf Jahre (Freire et al. 2015; García-Estañ 2018). Im **Vereinigten Königreich** folgt auf das Medizinstudium eine zweijährige Basisausbildung. Danach können die angehenden MedizinerInnen aus über 60 Spezialisierungen wählen, eine davon ist *general practice*. Die Allgemeinmedizin-Ausbildung dauert drei Jahre, die anderen Spezialisierungen durchschnittlich fünf Jahre (Cylus et al. 2015). Zunehmend werden im Vereinigten Königreich aber Allgemeinmedizin-Ausbildungsposten auf vier Jahre angeboten, die übliche Ausbildungsdauer wird sich in Zukunft wohl verlängern (GPNRO 2019). Etwa 30% der insgesamt verfügbaren praktischen Ausbildungsplätze sind solche der Spezialisierung *general practice* (NHS 2019a).

#### 4.4.3 Lehrpraxis

Bei der Ausgestaltung der postpromotionellen Ausbildung sehen wir, dass Österreich im Vergleich mit den Vorbild-Ländern einen viel geringeren Anteil der Ausbildung in einer Lehrpraxis vorsieht beziehungsweise ermöglicht. Sowohl absolut in der Anzahl der Monate die in einer Lehrpraxis zugebracht werden, als auch relativ als Anteil der gesamten praktischen Allgemeinmedizin-Ausbildung liegt Österreich weit hinter den Vorreiter-Ländern. In Österreich wird die meiste Zeit der postpromotionellen allgemeinmedizinischen Ausbildung im Krankenhaus verbracht. Maximal 18 Monate (entspricht weniger als einem Drittel der gesamten Ausbildungszeit) Tätigkeit in einer Lehrpraxis können für die Ausbildung angerechnet werden, davon sind nur sechs Monate verpflichtend in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis vorgesehen. (ÖÄK 2019b)

Die praktische Erfahrung in einer allgemeinmedizinischen Praxis oder einem PVZ nimmt in anderen Ländern einen wesentlich größeren Stellenwert ein. Es ist klar, dass die Berufserfahrung in einer allgemeinmedizinischen Praxis wichtiger Bestandteil der Ausbildung ist. Dementsprechend sind auch die praktischen Ausbildungen gestaltet. Der niedrigste Anteil der Ausbildungszeit in einer Praxis liegt bei 40% (Dänemark) und der höchste mit 83% anrechenbarer Lehrpraxis-Zeit in den Niederlanden. In den meisten der herangezogenen Vergleichsländer halten sich die Dauer im KH und die Dauer in einer Praxis die Waage.

**Tabelle 8: Dauer der praktischen Ausbildung Allgemeinmedizin**

| Land                                | Gesamt | Davon im KH |        | Davon in Praxis |         |
|-------------------------------------|--------|-------------|--------|-----------------|---------|
| Belgien <sup>1</sup>                | 36     | 0-12        | 0-33%  | 24-36           | 66-100% |
| Dänemark <sup>2</sup>               | 60     | 36          | 60%    | 24              | 40%     |
| Niederlande <sup>3</sup>            | 36     | 6-15        | 17-42% | 21-30           | 58-83%  |
| Österreich <sup>4</sup>             | 42     | 24-36       | 57-86% | 6-18            | 14-43%  |
| Slowenien <sup>5</sup>              | 48     | 24          | 50%    | 24              | 50%     |
| Spanien <sup>6</sup>                | 48     | k.A.        | <50%   | k.A.            | >50%    |
| Vereinigtes Königreich <sup>7</sup> | 60     | <42         | <70%   | >18             | >30%    |

Quelle: siehe Fußnoten, Darstellung IHS (2020)

**Dänische** AM müssen in zumindest zwei unterschiedlichen Praxen jeweils mindestens 12 Monate arbeiten (National Board of Health 2012). 21-30 Monate der Allgemeinmedizin-Ausbildung in den **Niederlanden** müssen in einer allgemeinmedizinischen Praxis absolviert werden. Zusätzlich werden auch persönliche Kompetenzen geschult: während der praktischen Ausbildung wird ein individueller kompetenzorientierter Trainingsplan ausgearbeitet (Kroneman et al. 2016; Ten Cate 2007). Die praktische Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin teilt sich in **Slowenien** in zwei Jahre im Krankenhaus und zwei Jahre in der Niederlassung (Bulc et al. 2006). Die **spanische** Ausbildungsordnung für angehende AM schreibt vor, dass mehr als die Hälfte der vierjährigen Ausbildungszeit im niedergelassenen Bereich zu erfolgen hat (semFYC 2006). Im Vereinigten Königreich findet nach dem Medizinstudium für alle angehenden ÄrztInnen ein zweijähriges *foundation programme* statt, das die Brücke zwischen Studium und Spezialisierung schlagen soll. Das *foundation programme* stellt eine praktische Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in Ausbildung vor der Spezialisierung dar, die alle MedizinerInnen gleichermaßen absolvieren müssen (NHS 2019b). Ein Teil des *foundation programme* findet im niedergelassenen Bereich statt. Darauf folgt die dreijährige Spezialisierung *general practice*. Von den drei Jahren praktischer Allgemeinmedizin-Ausbildung findet die Hälfte der Zeit in einer Praxis, die andere Hälfte im Krankenhaus statt (GPNRO 2019). Dieser Anteil wurde erst kürzlich angehoben. 2015

<sup>1</sup> CCFMG (2019b)

<sup>2</sup> Setlhare (2016)

<sup>3</sup> Kroneman et al. (2016)

<sup>4</sup> ÖÄK (2019b)

<sup>5</sup> Bulc et al. (2006)

<sup>6</sup> semFYC (2006)

<sup>7</sup> GPNRO (2019)

waren noch zwei Drittel der Ausbildungszeit im Krankenhaus vorgesehen (Cylus et al. 2015).

In Österreich können maximal 18 Monate in einer Lehrpraxis angerechnet werden (in Summe aus allen zulässigen Fachgebieten, einschließlich den 6 Monaten in einer Praxis für Allgemeinmedizin), das entspricht 43% der Ausbildungsdauer. In den Vergleichsländern wird meist mindestens 50% der Ausbildungszeit in einer Lehrpraxis vorgeschrieben – damit liegt der höchste mögliche Anteil in Österreich unter dem minimal vorgeschriebenen Anteil der Vorbildländer. Lediglich in Dänemark ist der Lehrpraxis-Anteil mit 40% nahe dem österreichischen Wert. Hier muss allerdings beachtet werden, dass die Ausbildungszeit in Dänemark insgesamt länger ist und diese 40% somit 24 Monaten entsprechen. Auch im Vergleich der absoluten Werte schneidet Österreich nicht gut ab – alle Vergleichsländer schreiben mehr Monate in einer Lehrpraxis vor. Wer sich im Vereinigten Königreich für die Spezialisierung *general practice* entscheidet, hat 18 Monate in einer Lehrpraxis zu absolvieren, es gibt allerdings die Möglichkeit, während des *foundation programme* Ausbildungszeit in einer Lehrpraxis anrechnen zu lassen – die 18 Monate stellen also einen Mindestwert dar. In den übrigen Ländern liegt dieser Wert zwischen 21 und 36 Monaten. Es wird deutlich, dass Österreich hier Aufholbedarf hat. Die aktuelle Planung sieht allerdings nur vor, bis 2027 die verpflichtende Ausbildungszeit in einer Lehrpraxis auf 12 Monate zu erhöhen (ÖÄK 2019b). Selbst mit dieser Erhöhung läge Österreich noch weit hinter den herangezogenen Vergleichsländern.

#### 4.4.4 Ausbildungsbedingungen

Die Ausbildungsbedingungen und der Ausbildungscharakter sind ebenfalls ein interessanter Punkt zum internationalen Vergleich, wenn auch oft schwierig erfassbar. Die postpromotionelle Ausbildung kann stark von der ausbildenden Institution oder der betreuenden Person abhängig sein, oder ein detailliertes Curriculum mit wenig Spielraum haben; sie könnte individuell auf die auszubildende Person zugeschnitten und kompetenzbasiert ausgefertigt werden oder aber zentral national organisiert und geregelt sein.

In der seit Juni 2015 geltenden neuen Ausbildungsordnung für ÄrztInnen (ÄAO 2015) ist als verpflichtender Teil der postpromotionellen Ausbildung eine neunmonatige Basisausbildung vorgesehen, die vor Beginn der weiteren Facharzt oder Allgemeinmedizin Ausbildung zu absolvieren ist. Damit in Verbindung wird kritisiert, die Basisausbildung würde als Systemerhalt herangezogen (Krois et al. 2015). Außerdem hat insbesondere die praktische Ausbildung für Allgemeinmedizin in Österreich den Ruf, eine weniger hohe Qualität zu bieten als das Äquivalent im deutschsprachigen Ausland (Egyed 2014).

Die **Niederlande** beispielsweise haben einen stark kompetenz- und zielorientierten Ausbildungsplan. Angehende MedizinerInnen erstellen dabei mit den Betreuenden einen individuellen, kompetenzbasierten Trainingsplan. In diesem sind sowohl medizinische Kenntnisse, als auch nicht fachbezogene Kompetenzen enthalten, wie etwa Führungsstil, Kommunikation, Patientensicherheit etc. Da soziale und kommunikative Skills Zielsetzungen für die Ausbildung sind, sind sie somit formalisierter Teil der praktischen Ausbildung. Dabei ist auch eine laufende Evaluierung vorgesehen – über die praktische Ausbildung hinweg werden Fortschritte mit dem Supervisor evaluiert (Kroneman et al. 2016; Ten Cate 2007). Auch in **Slowenien** wird der Ausbildungsplan individuell festgelegt – Supervisor und Auszubildende vereinbaren gemeinsam den Ablauf und die Methoden des Trainings. Nach jeder Ausbildungsphase gibt es auch hier ein Assessment, zusätzlich am Ende der Ausbildung eine abschließende Überprüfung der erworbenen Kenntnisse. Diese besteht aus Multiple-Choice-Test, Überprüfung der klinischen Kenntnisse, mündlicher Prüfung und persönlichem Assessment (Bulc et al. 2006). Während der Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis erhalten angehende AM im **Vereinigten Königreich** persönliche Betreuung vom jeweiligen GP. Die MedizinerInnen der anerkannten Lehrpraxen haben auch eine pädagogische Weiterbildung. Zusätzlich gibt es Kommunikation und Feedback mit anderen Gesundheitsberufen. Mindestens einmal jährlich findet ein Monitoring statt, und am Ende der postpromotionellen Ausbildung müssen die angehenden ÄrztInnen zwei Prüfungen bestehen, die klinische und angewandte Kenntnisse überprüfen (GPNRO 2019). Im Gegensatz zu diesen individualisierten Ausbildungsmethoden und Betreuungsbedingungen sind die Spezialisierungen in **Spanien** zentral gestaltet. Für jede Spezialisierung gibt es ein offizielles Trainingsprogramm, in dem nicht nur Ziele und Kompetenzen festgelegt sind, die es zu erwerben gilt, sondern auch Inhalte und Aufbau der praktischen Ausbildung national gleich festgelegt sind. Ähnlich steht es um die Evaluierung: Ein Mal pro Jahr wird der Ausbildungsfortschritt von externer Seite evaluiert und in eine der drei Kategorien *failed*, *sufficient* und *outstanding* eingeteilt. Fällt die Beurteilung ungenügend aus, so muss ein Ausbildungsabschnitt verlängert werden (Freire et al. 2015).

#### 4.4.5 Bezahlung

In allen Vergleichsländern gestaltet sich die praktische Ausbildung als eine bezahlte Arbeitsstelle unter Supervision. Ob und inwiefern sich Gehälter von in Ausbildung befindlichen Allgemeinärzten und Fachärzten unterscheiden, konnte nicht herausgefunden werden. Für einige Länder sind allerdings Richtwerte für die Entlohnung während der postpromotionellen Ausbildung verfügbar. In **Spanien** steht den ÄrztInnen in Ausbildung ein Grundgehalt von etwa 1.000€ zur Verfügung, das durch Schichtdienste auf 2.000€ kommt und jährlich ansteigt (EJD 2014c). Für die **Niederlande** ist lediglich

bekannt, dass gemäß Kollektivverträgen entlohnt wird und die Remuneration deutlich über dem Mindestlohn liegt (EJD 2014d). **Slowenien** hat ein ähnliches Bezahlungsniveau wie Spanien; die ärztliche Tätigkeit wird mit 1.200-1.500€ monatlich vergütet, dazu kommt die Entlohnung für geleistete Überstunden (EJD 2014b). **Dänemark** liegt mit über 60.000€ jährlich im Spitzenfeld der Bezahlung für postpromotionelle Ausbildungstätigkeit (ERI 2019). Das Gehalt steigt über die Jahre im **Vereinigten Königreich** an. Während des *foundation programme* verdienen ÄrztInnen in Ausbildung £26.614; in der weiterführenden praktischen Ausbildung bis zu £46.208 (EJD 2014e).

Die Aussagekraft dieser Angaben ist allerdings sehr gering, da eine Vergleichbarkeit kaum gegeben ist. Die angeführten Länder weisen sehr unterschiedliche Preisniveaus auf. Außerdem ist kein Vergleich mit anderen Berufsgruppen oder gegebenenfalls mit Entlohnungen selbiger Tätigkeiten in Nachbarländern möglich. Ein spezifisches Problem bezüglich der Bezahlung in Österreich ist außerdem die direkte Konkurrenz mit dem deutschsprachigen Ausland, welches für die herangezogenen Vergleichsländer nicht im selben Maß gegeben ist.

## 4.5 Versorgungswirksamkeit

Die Versorgungswirksamkeit von AllgemeinmedizinerInnen in Österreich ist mehrdimensional. Um eine adäquate allgemeinmedizinische Versorgung zu gewährleisten, ist es einerseits wichtig, dass sich eine ausreichende Anzahl von Medizin-AbsolventInnen für eine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich entscheiden. Darüber hinaus ist aber auch die geografische Verteilung ebendieser niedergelassenen AM von Bedeutung. Nicht nur in Österreich ist die ÄrztInnendichte in urbanen Gebieten höher als in ländlichen, verbunden mit zunehmenden Schwierigkeiten, ÄrztInnen für die Tätigkeit in ruralen Gebieten zu rekrutieren (OECD 2019b). Einen weiteren Teilaspekt der Versorgungswirksamkeit stellt in Österreich das Kassen- / WahlärztInnen-System dar. Da wahlärztliche Leistungen nur durch private Teilzahlungen – genau genommen sogar nur durch Vor-Finanzierung – zugänglich sind, sind Anzahl und Verteilung der AM mit Kassenvertrag insbesondere für ökonomisch schwächere Bevölkerungsgruppen entscheidend. Diese Aspekte der Versorgungswirksamkeit sind nicht linear zu verstehen – es gibt Wechselwirkungen zwischen den genannten Aspekten. Um die Komplexität zu reduzieren, werden im Folgenden Teilaspekte der Versorgungswirksamkeit getrennt nach den Bereichen Niederlassung, Kassensystem und Ländlicher Raum diskutiert.

### 4.5.1 Niederlassung

Während in anderen Ländern die Entscheidung zur Tätigkeit im extramuralen Bereich bereits zu Beginn der praktischen Ausbildung getroffen wird (im Vereinigten Königreich beispielsweise zielt die postpromotionelle Ausbildung *general practice* ausschließlich auf

das Berufsbild des/der Hausarztes/Hausärztin ab), ist diese Entscheidung in Österreich nachgelagert. Wie attraktiv die Niederlassung im Gegensatz zur Tätigkeit im Krankenhaus ist, kann daher mit auf den Wunsch einwirken, sich als praktische/r Arzt/Ärztin niederzulassen.

### **Praxisform und Zusammenarbeitsform**

In der Niederlassung ist in Österreich die Einzelpraxis geführt von einzelnen selbständig tätigen praktischen ÄrztInnen die gängige Praxisform. Dies geht einher mit einer unternehmerischen Tätigkeit. Niedergelassene ÄrztInnen müssen Praxisassistenzen anstellen, eine Ordination kaufen/mieten und sind für das Fortbestehen der Praxis selbst verantwortlich. Die klassische Form der Einzelpraxis fördert zudem ein „Einzelkämpfertum“, die ÄrztInnen haben dabei wenig persönlichen und professionellen Austausch. Die Niederlassung ist in anderen Ländern nicht notwendigerweise mit Selbständigkeit oder Solo-Praxis verbunden. Größere diesbezügliche Vielfalt könnte die Tätigkeit als praktische ÄrztIn attraktiv machen für Personen, die eine Anstellung gegenüber einer Selbständigkeit bevorzugen oder Wert auf Zusammenarbeit mit anderen ÄrztInnen / Gesundheitsberufen legen.

In **Dänemark** sind niedergelassene AM in der Regel selbständig und haben einen landesweit ausgehandelten Vertrag mit der Region, in der sie tätig sind. Allerdings arbeiten AM in Dänemark wesentlich häufiger in Gruppenpraxen, als das in Österreich der Fall ist. Nur etwas mehr als ein Drittel der niedergelassenen AM hat eine Einzelpraxis, 40% arbeiten in einer Praxis mit zwei bis drei AM und über 20% in einer Praxis mit zumindest vier AM. Es zeichnet sich außerdem ein Trend zu mehr Gruppenpraxen ab. In diesen Gruppenpraxen sind üblicherweise ausschließlich AM tätig, es besteht also keine direkte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen oder FachärztInnen. In Dänemark kommen ca. 3.600 praktische ÄrztInnen auf 2.200 Praxen (Hasvold 2015; Pedersen et al. 2012).

In den **Niederlanden** ist die Struktur der Zusammenarbeitsformen ähnlich wie in Dänemark. Auch hier ist die Mehrheit (85%) der niedergelassenen AM selbständig tätig. Die übrigen 15% sind bei anderen AM angestellt (Kringos, van Riet Paap, et al. 2015). Etwa 70% der holländischen AM arbeiten in einer Gruppenpraxis oder einem Gesundheitszentrum, dabei kommen 11.000 AM auf 5.000 Praxen. Auch in den Niederlanden sind multiprofessionelle Gruppenpraxen nicht üblich, allerdings ist häufig eine Nurse in der Praxis tätig (Blaauw 2016). Der professionelle Austausch mit FachärztInnen ist in den Niederlanden durchaus gängig, beispielsweise in Form von telefonischer Konsultation (Kringos, van Riet Paap, et al. 2015).

**Sloweniens** niedergelassener Bereich ist vorwiegend durch Gesundheitszentren charakterisiert. Diese sind multiprofessionelle PVZ, in denen hausärztliche, pädiatrische,

physiotherapeutische, frauengesundheitliche Leistungen u.v.m. abgedeckt werden. Diese Zentren werden von den Gemeinden betrieben, die AM sind daher öffentliche Bedienstete (Albrecht et al. 2016). Neben dem System der öffentlichen PVZ, in denen 72% der niedergelassenen AM tätig sind, gibt es auch die Möglichkeit selbständig als praktische/r Arzt/Ärztin zu arbeiten. Mit einem Trend zur Privatisierung machen sich in Slowenien immer mehr ÄrztInnen selbständig. Aufgrund der Arbeit in einem PVZ findet eine Zusammenarbeit mit KollegInnen statt, ein Austausch mit FachärztInnen scheint in Slowenien allerdings weniger üblich zu sein (Rotar Pavlič et al. 2015).

Multidisziplinäre PVZ sind die Norm in **Spanien**. Die AM im niedergelassenen Bereich sind angestellt in den von den autonomen Regionen betriebenen Gesundheitszentren, selbständige Tätigkeit als praktische/r Arzt/Ärztin ist nicht üblich. In den PVZ sind die Gesundheitsberufe AM, PhysiotherapeutIn, PädiaterIn, DentistIn, Nurse und SozialarbeiterIn vertreten (WHO 2020). Die über 3.000 Zentren sind relativ groß; um die Primärversorgung auch in ruralen Gebieten zu gewährleisten gibt es zusätzlich über 10.000 kleinere sogenannte *local primary care centres*. Insgesamt sind ca. 35.000 ÄrztInnen (nicht nur AM) in der Primärversorgung tätig (Weninger und López de Equilaz Arisqueta 2015). In Spanien sind AM im niedergelassenen Bereich beinahe ausschließlich angestellt und arbeiten in multiprofessionellen Teams, wodurch der Austausch mit anderen Gesundheitsberufen hoch ist und der administrative Arbeitsaufwand gering ist.

Im **Vereinigten Königreich** arbeiten AM zumeist in Gruppenpraxen mittlerer Größe mit 4-6 AM pro Praxis (RMBF 2020). In diesen Gruppenpraxen gibt es für AM unterschiedliche Rollen. Einerseits gibt es in der Praxis angestellte AM, andererseits sogenannte *GP Partners*. Die angestellten AM führen hauptsächlich klinische Tätigkeiten aus und sind im PatientInnen-Kontakt. Die *GP Partners* hingegen haben deutlich mehr unternehmerische Tätigkeiten. Sie haben eine Praxisbeteiligung und können somit den Kurs der Praxis mitbestimmen. Diese Position hat finanzielle Anreize, da die Partner am Gewinn beteiligt sind (NHS 2020a). Zusätzlich zum Austausch mit KollegInnen innerhalb der Praxis sind AM im Vereinigten Königreich häufig Mitglied in einem *multi-disciplinary-team*. Darin arbeiten AM entweder mit anderen Gesundheitsberufen oder mit ÄrztInnen aus anderen Fächern zusammen. Es gibt unterschiedliche Formen dieser Teams. Es kann sich um das gemeinsame Management spezifischer Fälle, den Austausch bezüglich bestimmter Themen oder voll integrierte Teams handeln. Diese multi-disziplinären Teams haben positive Effekte wie etwa eine höhere Job-Zufriedenheit, bessere Ressourcennutzung und höhere Erfahrungswerte (SCIE 2018).

### **Administration**

Der administrative Aufwand, den praktische ÄrztInnen zu leisten haben, hängt wesentlich mit der Praxisform und der Anstellungsform zusammen. Naturgemäß können

ÄrztInnen in Anstellung einen größeren Anteil ihrer Arbeitszeit auf PatientInnen-Kontakt aufwenden, als selbständig tätige ÄrztInnen. Für Österreich konnte bezüglich des administrativen Personals bzw. des administrativen Aufwands der praktischen ÄrztInnen keine Quantifizierung gefunden werden. Allerdings wurden in einer Befragung von TurnusärztInnen zur Attraktivität des Berufsbildes „zu viele administrative Tätigkeiten“ als negativer Aspekt der hausärztlichen Tätigkeit genannt (Poggenburg et al. 2017, S. 29).

In **Dänemark** kommen auf 2.200 Praxen etwa 3.100 administrative Angestellte, das entspricht 1,4 Angestellten pro Praxis (Pedersen et al. 2012). In den **Niederlanden** sind pro praktischem Arzt / praktischer Ärztin weitere 1,72 Vollzeitäquivalente beschäftigt. Allerdings ist hier anzumerken, dass diese Zahl sowohl Sprechstundenhilfen, als auch Nurses umfasst. Beide Berufsgruppen entlasten die AM und ermöglichen es ihnen, mehr relative Arbeitszeit für effektive hausärztliche Versorgung aufzuwenden (Blaauw 2016). Für **Slowenien** liegen diesbezüglich keine Zahlen vor, es ist allerdings anzunehmen, dass AM im niedergelassenen Bereich aufgrund der vorwiegenden Praxisform von PVZ eher wenig Administrativtätigkeiten zu absolvieren haben. Auch in **Spanien** sind große PVZ die Norm und die praktischen ÄrztInnen angestellt, was auf eine ähnliche Situation hinsichtlich Administration wie in Slowenien schließen lässt. Mit den unterschiedlichen Rollen der praktischen ÄrztInnen im **Vereinigten Königreich** variiert auch der Administrativaufwand. Grundsätzlich verfügen Gruppenpraxen neben einer Sprechstundenhilfe aber auch über die Position des *Practice Manager*, was den Administrativaufwand für die ÄrztInnen verringert. Diese Person ist verantwortlich für Personal, Finanzen, strategische Planung und weitere organisatorische Tätigkeiten (NHS 2020b).

### Bezahlung

Der Vergleich der Bezahlung von AM in Krankenhäusern mit AM im niedergelassenen Bereich ist im internationalen Kontext nicht unbedingt sinnvoll. Wie in vorangegangenen Kapiteln erläutert, ist die Ausbildung zum/zur praktischen Arzt/Ärztin in den Vergleichsländern eine separate Spezialisierung, die genau die Tätigkeit in der Niederlassung als Berufsbild anstrebt. Die Möglichkeit, nach der postpromotionellen Ausbildung in einem Krankenhaus zu arbeiten, gibt es in den Vergleichsländern daher nicht. Ein Vergleich der niedergelassenen HausärztInnen mit den niedergelassenen FachärztInnen ist aber durchaus auch von Interesse. In allen herangezogenen Ländern verdienen FachärztInnen mehr als praktische ÄrztInnen, was aufgrund der längeren Ausbildungsdauer (lediglich in Spanien ist die AM Ausbildung nicht kürzer als alle anderen Spezialisierungen) zumindest in einem beschränkten Ausmaß nachvollziehbar scheint.

Eine konkrete Quantifizierung des Verdienstunterschieds von niedergelassenen praktischen ÄrztInnen und niedergelassenen FachärztInnen ist allerdings aufgrund der Datenlage und -beschaffenheit schwierig. In den Niederlanden und in Dänemark sind AM wie in Österreich vorwiegend selbständig – es können daher Verdienstdaten von selbständigen AM und selbständigen FachärztInnen herangezogen werden, um einen Vergleich im niedergelassenen Bereich zu ermöglichen. In den Niederlanden ist der Verdienstunterschied zwischen AM und FachärztInnen jenem in Österreich sehr ähnlich: FachärztInnen verdienen in den Niederlanden 49% mehr als AM, in Österreich sind es 51%. Für Dänemark gibt es diesbezüglich allerdings keine Daten seitens der OECD. In Slowenien, Spanien und dem Vereinigten Königreich ist eine Differenzierung zwischen unselbständigen FachärztInnen im Krankenhaus und unselbständigen FachärztInnen in der Niederlassung mit den OECD Daten nicht möglich. Es könnte daher zu einer Verzerrung kommen, wenn Verdienstdaten unselbständiger AM mit jenen unselbständiger FachärztInnen verglichen werden (OECD 2019a). Hartmann et al. (2006) geben für Spanien allerdings an, dass es nur sehr geringe Einkommensunterschiede zwischen AM und FachärztInnen gibt. In Spanien ist die postpromotionelle Ausbildung in der Allgemeinmedizin gleich lang wie jene für die meisten anderen Fachrichtungen. Das könnte neben der Tatsache, dass sowohl AM als auch FachärztInnen öffentliche Angestellte sind, den geringen Einkommensunterschied erklären.

#### 4.5.2 Kassensystem

In Österreich hat nicht nur die Gesamtzahl an praktizierenden AM Bedeutung, sondern auch, wie viele Kassenstellen zur Verfügung stehen, da nur KassenärztInnen für den Versicherten ohne (größere<sup>1</sup>) zusätzliche Kosten zur Verfügung stehen. Für die Versorgungswirksamkeit des Gesundheitssystems ist in Österreich daher insbesondere die Anzahl der VertragsärztInnen von Bedeutung. Einerseits gilt es dabei, ausreichend Kassenstellen zur Verfügung zu stellen. Andererseits ist die Ausgestaltung der Kassenverträge relevant, da es aktuell mancherorts nicht gelingt, bereits seit längerem vakante bzw. zur Nachbesetzung ausgeschriebene Planstellen zu besetzen.

Ein internationaler Vergleich hinsichtlich des Systems der Kassenstellen ist nicht direkt möglich, da keines der Vergleichsländer eine derartige Ausgestaltung der niedergelassenen Versorgung hat. Spezifisches Charakteristikum des österreichischen Kassensystems ist es, dass medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich zu unterschiedlichen Tarifen angeboten werden. PatientInnen müssen für die in Anspruch genommenen wahlärztlichen Leistungen (teilweise) selbst aufkommen, obwohl die gleichen Leistungen bei anderen ÄrztInnen vollständig von der Versicherung übernommen werden. Lediglich Slowenien hat hierbei gewisse Ähnlichkeiten mit

---

<sup>1</sup> Die Einschränkung bezieht sich auf die verpflichtenden Selbstbehalte bei einzelnen Versicherungsträgern.

Österreich (auf die Ähnlichkeiten im belgischen System wird in der Case Study eingegangen).

In Slowenien gibt es drei Arten von ambulantem Leistungsangebot: PVZ mit angestellten AM, selbständige (private) AM mit einem Vertrag mit dem Sozialversicherungsträger und selbständige (private) AM ohne Vertrag. Die Angestellten in den PVZ gelten als öffentliche Bedienstete und werden nach dem entsprechenden Gehaltsschema entlohnt. Die AM mit Vertrag werden wie öffentliche AM behandelt. Es erfolgt eine Abrechnung der Leistungen mit der Pflichtversicherung. AM ohne Vertrag können Leistungen für PatientInnen mit freiwilliger Zusatzversicherung oder gegen direkte Bezahlung erbringen. Allerdings können diese ÄrztInnen ohne Vertrag in Slowenien die Tarife für ihre Leistungen nicht selbst festlegen, im Unterschied zur österreichischen Lösung. Die Tarife werden von der dortigen Ärztekammer ausgehandelt. In Slowenien ist nur ein marginaler Anteil der ÄrztInnen ohne Vertrag tätig. Damit ist trotz des Vorhandenseins eines Parallelsystems kein direkter Vergleich mit Österreichs Kassensystem möglich (Albrecht et al. 2016).

### **Out of pocket payments**

Die Zahlungen, die PatientInnen für wahlärztliche Leistungen leisten, stellen *out of pocket* (OOP) Zahlungen im österreichischen Gesundheitssystem dar. Nachdem, wie oben angeführt, in den betrachteten Ländern üblicherweise keine Zahlungen für Leistungen von WahlärztInnen geleistet werden, soll in diesem Abschnitt beleuchtet werden, wie sich die OOP Zahlungen in den internationalen Beispielen gestalten. Es soll dargestellt werden, welche Zuzahlungen PatientInnen zu leisten haben, d.h. welche Rolle diese hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit spielen.

Im **dänischen** System, wo die Krankenversicherung verpflichtend ist, werden freiwillige Zusatz-Versicherungen immer populärer. Das lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass Unternehmen Steuervorteile haben, wenn sie ihre Angestellten zusatz-versichern. OOP Zahlungen spielen in Dänemark vor allem für Brillen, zahnärztliche Leistungen und Medikamente eine Rolle (Olejczak et al. 2012). **NiederländerInnen** sind verpflichtet, zumindest ein Krankenversicherungs-Basispaket zu erwerben. Durch eine private Kranken-Zusatzversicherung können weitere Leistungen, wie etwa Brillen oder zahnärztliche Leistungen, abgedeckt werden. OOP Zahlungen sind derart ausgestaltet, dass die ersten 385€, die im Jahr anfallen, von den PatientInnen zu tragen sind. Davon ausgenommen sind allerdings Konsultationen von AM, Langzeitpflege, Mutter-Kind Leistungen und Gesundheitsausgaben für Personen unter 18 (Kroneman et al. 2016). Im **slowenischen** Gesundheitssystem haben PatientInnen für viele medizinische Leistungen Zuzahlungen (10-90%) zu tätigen. Daher haben fast alle Versicherten, die nicht von den Zuzahlungen ausgenommen sind, eine private Kranken-Zusatzversicherung, die für diese

Zuzahlungen aufkommt. Darüber hinaus können Leistungen von Nicht-Vertrags-ÄrztInnen mittels OOP Zahlung in Anspruch genommen werden, um beispielsweise Wartezeiten zu vermeiden. Wie oben beschrieben, ist aber nur ein sehr geringer Anteil der ÄrztInnen ohne Vertrag tätig (Albrecht et al. 2016). In **Spanien** sind OOP Zahlungen lediglich für Medikamente und zahnärztliche Leistungen üblich. Es herrscht Versicherungspflicht, etwa 20% der SpanierInnen haben darüber hinaus eine freiwillige Zusatzversicherung. Mit der privaten Zusatzversicherung gibt es zu gewissen Leistungen einen schnelleren Zugang (Bernal-Delgado et al. 2018) Das **Vereinigte Königreich** reiht sich bezüglich der privaten Zuzahlungen ins Schema der angeführten Beispiele ein. Auch im Vereinigten Königreich sind für ophthalmologische und zahnärztliche Leistungen sowie für Medikamente Zuzahlungen oder gänzliche Kostenübernahmen zu leisten. Private Kranken-Zusatzversicherungen sind im Vereinigten Königreich weniger populär, nur 11% der Bevölkerung hat eine (Cylus et al. 2015).

### **Tarife und Verrechnung der Leistungen**

Wie medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich verrechnet werden kann beeinflussen, wie viele Leistungen erbracht werden und wie viel Zeit pro PatientIn aufgebracht wird. Um ein gewisses Einkommensniveau zu erreichen kann die Anzahl der zu behandelnden PatientInnen je nach Bezahlsmechanismus variieren. Drei Viertel des hausärztlichen Umsatzes kommen bei österreichischen VertragsärztInnen aus diversen Pauschalen und ein Viertel aus Einzelleistungen (Jung 2016). WahlärztInnen hingegen werden ausschließlich über Einzelleistungen honoriert (Bachner et al. 2018). Das schafft unterschiedliche Anreizsysteme. Weil WahlärztInnen ihre Tarife frei festsetzen, können sie auch mehr Zeit pro PatientIn verwenden und verrechnen, während für VertragsärztInnen die Zahl der behandelten PatientInnen wesentlicher ist. Aus diesem Grund soll im Folgenden darauf eingegangen werden, wie die Abrechnung hausärztlicher Leistungen in den Vergleichsländern zusammengesetzt ist.

In **Dänemark** besteht der Umsatz der AM etwa zu 1/3 aus Pro-Kopf-Pauschalen und zu 2/3 aus Honorar für Einzelleistungen. Durch den hohen Anteil der Einzelleistungen soll gesichert werden, dass AM nach Möglichkeit selbst behandeln (und damit weniger PatientInnen an FachärztInnen überweisen). Gleichzeitig soll durch die Pro-Kopf-Pauschalen dem Anreiz von angebotsinduzierter Nachfrage vorgebeugt werden, indem AM auch für nicht honorierte Leistungen kompensiert werden. Im Unterschied zu Österreich<sup>1</sup> verstehen sich die Pro-Kopf-Pauschalen in Dänemark wie international üblich, also pro Person, die bei dem/der AM eingeschrieben ist. (Olejczak et al. 2012). Die Pro-Kopf-Pauschalen (pro bei AllgemeinmedizinerIn eingeschriebener Person) machen

---

<sup>1</sup> Die Fallpauschalen in Österreich hingegen fallen erst dann an, wenn jemand auch tatsächlich im entsprechenden Quartal mindestens eine Leistung der Praxis in Anspruch nimmt, haben also mehr Ähnlichkeit mit Konsultationspauschalen.

in den **Niederlanden** gemeinsam mit Pauschalen pro Konsultation 77% des Umsatzes aus. Zusätzlich wird pro chronisch-kranker Person ein individueller Fixbetrag festgelegt. Darüber hinaus gibt es im niederländischen System einen Performance-basierten Aspekt der Bezahlung, bei dem die Effizienz der Behandlung beurteilt wird (Kroneman et al. 2016). In **Slowenien** sind die meisten praktischen ÄrztInnen öffentliche Angestellte und somit in der Behandlungspraxis nicht unmittelbar von der Abrechnungsart betroffen. Für private AM mit Krankenversicherungsvertrag hängt die Bezahlung von der Art des Vertrags ab. Das System scheint hierbei allerdings wenig transparent zu sein, weshalb keine konkreten Informationen zum Bezahlungsmechanismus gefunden werden konnten (Albrecht et al. 2016). Da in **Spanien** AM im niedergelassenen Bereich beinahe ausschließlich öffentliche Angestellte sind, ist auch hier die Abrechnungsart für die individuellen ÄrztInnen von geringer Bedeutung. Im **Vereinigten Königreich** erfolgt die Abrechnung nicht mit den einzelnen ÄrztInnen, sondern auf Ebene der Praxis. Die Praxen erhalten jährlich einen Gesamtbetrag, der mittels Morbiditätsprofilen der eingeschriebenen PatientInnen-Population berechnet wird (Cylus et al. 2015).

### **Arbeitsstunden und Zeitkapazitäten**

Die Arbeitsstunden, die Anzahl der PatientInnen, die betreut werden und die durchschnittliche Dauer einer Konsultation sind weitere Merkmale, die sich in Österreich bei Vertrags- und WahlärztInnen unterscheiden. Vollzeit-VertragsärztInnen haben 20 Stunden verpflichtende Ordinationsöffnungszeiten zu leisten, während WahlärztInnen keine derartigen Auflagen haben. VertragsärztInnen betreuen in der Regel bedeutend mehr PatientInnen als WahlärztInnen es tun und verwenden meist weniger Zeit pro PatientIn.

Zu den Ordinationszeiten und durchschnittlichen Arbeitsstunden konnten keine vergleichbaren Informationen gefunden werden. Allerdings können die Listengrößen Einblicke in den Arbeitsaufwand der AM geben. Zu beachten ist allerdings, dass die AM der unterschiedlichen Länder mit unterschiedlich viel Administrationsaufgaben konfrontiert sind.

Ab 1.600 eingeschriebenen PatientInnen dürfen AM in **Dänemark** ihre Liste schließen (Forde et al. 2016). Die durchschnittliche Listengröße liegt bei knapp unter 1.600 PatientInnen pro AM (Hasvold 2015). In den **Niederlanden** haben Vollzeit-AM im Durchschnitt etwa 2.200 eingeschriebene PatientInnen (Kroneman et al. 2016). Diese höhere Zahl kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass AM in den Niederlanden fast 70% der Gesamtarbeitszeit im PatientInnen-Kontakt zubringen (Kringos, van Riet Paap, et al. 2015). Im Jahr 2004 hatten slowenische AM durchschnittlich 1.789 eingeschriebene PatientInnen (Rotar Pavlič et al. 2015). Für **Spanien** ist lediglich die Information verfügbar, dass AM ab 1.500 PatientInnen keine weiteren Einschreibungen

mehr akzeptieren müssen (Hartmann et al. 2006). Ähnlich wie in den Niederlanden ist auch im **Vereinigten Königreich** die Anzahl der durchschnittlich eingeschriebenen PatientInnen pro AllgemeinmedizinerIn mit 2.087 relativ hoch (Gault 2019).

Aus mehreren Studien liegen Daten zur durchschnittlichen Konsultationszeit pro PatientIn vor. Dänische HausärztInnen widmen ihren PatientInnen 10-15 Minuten, in den Niederlanden sind es zehn Minuten. Slowenien liegt mit sieben Minuten etwas darunter. Bei spanischen AM sind es durchschnittlich 13,4 Minuten Konsultationszeit und im Vereinigten Königreich 11,7 Minuten. (Kringos, Boerma, et al. 2015b) Der Vergleichswert ist allerdings nur begrenzt, da die Studien zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden durchgeführt wurden. Eine Studie für Österreich gibt an, dass die durchschnittliche Behandlungszeit von niedergelassenen AM bei neun Minuten liegt (Hoffmann et al. 2013).

### **Bezahlung**

Die höheren Verdienstmöglichkeiten von WahlärztInnen gegenüber jenen von VertragsärztInnen bieten Anreize für wahlärztliche Tätigkeit<sup>1</sup> und nehmen somit Einfluss auf die Versorgungswirksamkeit von AM in Österreich. Eine derartige Unterscheidung in der Bezahlung zwischen MedizinerInnen der gleichen Fachrichtung ist in anderen Ländern nicht üblich. In Dänemark, den Niederlanden und Spanien ist das Remunerations-Schema für alle niedergelassenen AM gleich. In Spanien sind die AM in PVZ angestellt. In Dänemark und den Niederlanden werden alle Leistungen von AM nach dem gültigen Tarifkatalog verrechnet (Kringos, Boerma, et al. 2015b). Im slowenischen System gibt es sowohl in PVZ angestellte als auch selbständig tätige AM – es liegen also notwendigerweise unterschiedliche Bezahlungsmechanismen vor. Allerdings ist das System sehr intransparent. Daher stehen zum aktuellen Zeitpunkt keine Informationen zu Verfügung, welcher Tätigkeitsform in der Allgemeinmedizin profitabler ist (Albrecht et al. 2016). Im Vereinigten Königreich gibt es zwei Arten von allgemeinmedizinischer Tätigkeit in der Niederlassung: einerseits als *GP Partner* und andererseits als angestellte AM. Dabei haben die *GP Partner* höhere Verdienstmöglichkeiten, weil sie am Gewinn der Praxis beteiligt sind. An dieser Stelle sei aber hinzugefügt, dass die wöchentliche Arbeitszeit der angestellten AM gesetzlich auf 48 Stunden begrenzt ist, während eine solche Grenze für die *GP Partner* nicht besteht. (NHS 2020a)

---

<sup>1</sup> Die höheren Verdienstmöglichkeiten beziehen sich auf die Betrachtung je versorgte Person. Bezogen auf die gesamte ärztliche Tätigkeit sind die Einkünfte der ÄrztInnen mit §2-Vertrag im Median am höchsten, gefolgt von VertragsärztInnen der sogenannten kleinen Kassen, und die Einkünfte der WahlärztInnen sind im Median am niedrigsten. (Cypionka et al. 2018)

### 4.5.3 Ländlicher Raum

#### Entwicklungen der Ärzteschaft im ländlichen Raum

**Dänemarks** praktische ÄrztInnen arbeiten überwiegend in Einzelpraxen oder kleinen Gruppenpraxen mit zwei bis drei AM. Mit der demographischen Entwicklung wird es auch in Dänemark vor allem in ruralen Gebieten zunehmend schwierig, Posten von AM nachzubesetzen (Bjørnskov Pedersen und Nexøe 2016). Viele Einzelpraxen werden daher nicht nachbesetzt oder zu Gruppenpraxen zusammengeführt. Der Ruf nach öffentlich geführten allgemeinmedizinischen Praxen und alternativen Arbeitsmodellen wird laut, um mit anderen Anstellungsformen abgelegene Gebiete attraktiver zu machen (Pedersen et al. 2012).

In den **Niederlanden** gibt es keine ruralen Gebiete nach den OECD Standards (Haartsen et al. 2003). Außerdem gibt es in den Niederlanden nur relativ geringe geografische Unterschiede in der Verfügbarkeit allgemeinmedizinischer Leistungen. Trotzdem gibt es Entwicklungen, die auf zukünftige geringere Dichte von AM in weniger urbanen Gebieten deuten. Van Hassel et al. (2019) zeigen, dass AM in ländlicheren Gegenden tendenziell mehr PatientInnen zu betreuen haben. Den Eindruck, dass LandärztInnen mehr Arbeitsstunden leisten, bestätigen sie nicht – sondern bringen die Arbeitsstunden mit der Praxisform in Verbindung. AM in Einzelpraxen leisten in den Niederlanden mehr Arbeitsstunden als ihre KollegInnen in Gruppen-Praxen. (van Hassel et al. 2019)

Die Motivation für und Argumente gegen eine Tätigkeit in ruralen Gebieten sind in **Slowenien** ähnlich ausgestaltet wie in Österreich. Slowenische Studierende nehmen die Arbeit als „Landarzt“ aufgrund der höheren Arbeitsstunden, der geringeren persönlichen und professionellen Weiterentwicklungsmöglichkeiten, des geringeren kulturellen Angebots und der Isolierung negativ wahr. Als positive Aspekte der Tätigkeit werden Vielseitigkeit, Integration in die Gemeinde und erster Kontaktpunkt und Vertrauensperson für die PatientInnen genannt. Wichtig für die Bereitschaft, am Land zu arbeiten, scheinen flexible Arbeitszeiten, adäquate Anzahl an PatientInnen, Infrastruktur und Job-Perspektiven für den/die PartnerIn. (Petrovcic 2016) Eine andere slowenische Studie findet einen Zusammenhang zwischen ländlicher Herkunft und der Wahl einer HausärztInnen-Karriere. (Ster und Selic 2017) Mehr Medizin-AbsolventInnen mit ländlicher Herkunft könnten also sowohl die Anzahl der praktischen ÄrztInnen, als auch der LandärztInnen steigern.

**Spaniens** Primärversorgungssystem ist durch über 3.000 multi-professionelle PVZ gekennzeichnet. Diese umfassen Leistungen von HausärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PädiaterInnen, Pflegekräften, SozialarbeiterInnen etc. Um eine regionale Abdeckung zu gewährleisten, gibt es darüber hinaus über 10.000 lokale kleinere Praxen, die mit den PVZ verbunden sind (Weninger und López de Equilaz Arisqueta 2015). Primärversorgung

ist von jedem Wohnort innerhalb von 15 Minuten erreichbar (HealthManagement 2010). Mit den multi-disziplinären Teams in den PVZ hat sich die Versorgung in ruralen Gebieten Spaniens verbessert (Hartmann et al. 2006).

Das **Vereinigte Königreich** sieht sich seit mehreren Jahren mit einem AM-Mangel in ländlichen Gebieten konfrontiert. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde 2016 erstmals ein finanzielles Anreizprogramm für AM in Ausbildung ins Leben gerufen. Im Rahmen des TERS (*Targeted Enhanced Recruitment Scheme*) werden Regionen identifiziert, in denen in den vergangenen drei Jahren dauerhaft Schwierigkeiten bestanden, AM für die offenen Ausbildungsstellen zu rekrutieren. Angehende AM, die sich dazu verpflichten, drei Jahre in einer der Praxen zu absolvieren, erhalten 20.000 Pfund. Die 20.000 Pfund werden zu Beginn ausbezahlt. Sollte die betreffende Person nicht die vollen drei Jahre an der vereinbarten Stelle verbleiben, so muss sie die Prämie der Zeit entsprechend anteilig zurückzahlen (NHS 2020c). Durch dieses Programm wurden im Vereinigten Königreich 122 Stellen im Jahr 2016 (entspricht 86% der ausgeschriebenen Stellen) und 133 Stellen 2017 (entspricht 93% der ausgeschriebenen Stellen) besetzt (NHS 2020d).

### **Randzeitenversorgung (Out of Office Hours)**

Lange Arbeitszeiten pro Woche können insbesondere im ländlichen Raum aufgrund der höheren Bereitschaftsdienste zur Belastung werden. In der Befragung von Poggenburg et al. (2017) wurden die Faktoren *ständig erreichbar sein zu müssen* und *hohe Bereitschaftsdienste leisten zu müssen* von mehr als der Hälfte der TurnusärztInnen als Hemmnis wahrgenommen. In Österreich sind die vorherrschenden Modelle zur Organisation von *out of office hours* (OOH) in der Allgemeinmedizin **praxisbasierte Organisation** (ÄrztIn ist für die eigenen PatientInnen stets erreichbar) und **Bereitschaftsdienst** (Zusammenschlüsse von AM, die rotierend Bereitschaftsdienste organisieren). Insbesondere im ländlichen Raum führt das zu höheren Arbeitsstunden, da die Primärversorgung außerhalb der Öffnungszeiten entweder praxisbasiert erfolgt oder in Bereitschaftsdiensten mit relativ kleinen rotierenden Gruppen.

In **Dänemark** ist die Organisation von OOH Versorgung durch sogenannte *General Practice Cooperatives* (GPC) vorherrschend. Bei GPCs handelt es sich um große Zusammenschlüsse von AM, die Räumlichkeiten und Personal beinhalten. Die Versorgung ist dabei nicht auf eine PatientInnen-Gruppe beschränkt, sondern umfasst ein geografisches Gebiet. Hierbei ist eine verpflichtende Telefontriage vorgeschaltet, es ist nicht möglich auf *walk-in* Basis in ein GPC zu kommen. In Dänemark werden die Anrufe allerdings nicht von medizinisch geschultem Personal, sondern direkt von einem/einer AM entgegengenommen. Dies könnte erklären, warum der Anteil der rein telefonischen Beratung mit 60% relativ hoch ist (Berchet und Nader 2016).

In den **Niederlanden** ist die Organisation der OOH Versorgung im ganzen Land einheitlich: Es gibt wie in Dänemark *General Practice Cooperatives*. Üblicherweise hat ein niederländisches GPC 50-250 teilnehmende AM und deckt 100.000 bis 500.000 BewohnerInnen ab (Smits et al. 2019). Viele dieser GPCs befinden sich am gleichen Standort wie ein Krankenhaus, wodurch das Management von Notfällen vereinfacht wird. Zugang zu GPCs ist ausschließlich nach einem telefonischen Gespräch möglich. Die Triage erfolgt über eine regionale Telefonnummer und wird von Pflegekräften unter ärztlicher Aufsicht geleistet. In etwa der Hälfte der Fälle kommt es zu einer persönlichen Konsultation in einem GPC, 40% der Fälle können durch telefonische Beratung gelöst werden und in 10% der Fälle ist ein Hausbesuch nötig. Für AM ist die Teilnahme an diesem System verpflichtend (Berchet und Nader 2016).

**Tabelle 9: Organisationsformen von Randzeiten-Versorgung**

| Land | Dominierende Organisationsform                           | Pflicht         | Triage    | Zeiten <sup>a)</sup>     |
|------|--|-----------------|-----------|--------------------------|
| BE   | PVZ, GPC <sup>b)</sup> , Rotierende Bereitschaftsdienste | Ja              | Nein      | Regional unterschiedlich |
| DK   | GPC  | Ja              | Ja        | 16:00 – 08:00            |
| NL   | GPC  | Ja              | Ja        | 17:00 – 08:00            |
| AT   | Notaufnahme KH, (Rotierende) Bereitschaftsdienste        | Ja <sup>1</sup> | Teilweise | 19:00 – 07:00            |
| SI   | Notaufnahme KH, Rotierende Bereitschaftsdienste          | Ja              | Ja        | k.A.                     |
| ES   | PVZ, Rotierende Bereitschaftsdienste                     | Ja              | Ja        | Ab 17:00 / ab 21:00      |
| UK   | Deputising Services, PVZ                                 | Nein            | Ja        | 18:30 – 08:00            |

Anmerkung: a) Zeiten beziehen sich auf Wochentage. Zusätzlich sind Wochenenden durchgängig abgedeckt; b) General Practice Cooperative

Quelle: Berchet und Nader (2016), Darstellung IHS.

Eher dem österreichischen System ähnlich sind Bereitschaftsdienste in **Slowenien** organisiert. Dabei gibt es Gruppen von AM, die mit den Bereitschaftsdiensten rotieren. Berchet und Nader (2016) geben an, dass eine telefonische Triage existiert, allerdings

<sup>1</sup> Berchet und Nader (2016) geben an, dass in Österreich die Teilnahme an der OOH Versorgung für HausärztInnen verpflichtend ist. Der Verwaltungsgerichtshof entschied 2019, dass in manchen Bundesländern die rechtliche Grundlage für die Verpflichtung im Rahmen eines Kassenvertrags nicht gegeben sei. Die Bundesländer wollen rechtlich nachbessern, um die Verpflichtung durchsetzen zu können. Bis dahin ist die Teilnahme weiterhin gelebte Praxis. (Marchart 2019)

geht nicht klar hervor, wie diese funktioniert. Ein weiteres dominantes Modell der OOH Organisation in Slowenien sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Wie die reguläre Primärversorgung ist auch die OOH Versorgung in **Spanien** hauptsächlich in PVZ organisiert. Lediglich in ruralen Gebieten gibt es rotierende Bereitschaftsdienste. Der OOH Versorgung ist eine telefonische Triage vorgeschaltet, allerdings funktionieren die PVZ auf einer *walk-in* Basis. Es gibt etwa 2.000 PVZ mit OOH Diensten in Spanien. Die Teilnahme an OOH Diensten ist in Spanien für AM verpflichtend (Berchet und Nader 2016).

Bis zum Jahr 2004 waren im **Vereinigten Königreich** die allgemeinmedizinischen Praxen individuell für die Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten zuständig und verpflichtet, diese zu leisten. 2004 wurde diese Verpflichtung aufgehoben, seither können allgemeinmedizinische Praxen unter Verzicht auf 6% des Fundings aus den OOH Diensten aussteigen. Etwa 90% der Praxen taten dies (Cylus et al. 2015). Die OOH Leistungen sind im Vereinigten Königreich hauptsächlich durch *deputising services* und PVZ organisiert. Als *deputising services* werden private Unternehmen verstanden, die ÄrztInnen für die OOH Dienste anstellen. Darüber hinaus gibt es im Vereinigten Königreich PVZ, die dringende allgemeinmedizinische Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten anbieten. Der Zugang zu OOH Primärversorgung erfolgt im Vereinigten Königreich über eine telefonische Triage. PatientInnen rufen die Nummer NHS 111 an und werden von medizinisch geschultem Personal beraten. Sollte allgemeinmedizinische Behandlung von NHS 111 als nötig erachtet werden, so werden die betreffenden PatientInnen zur weiteren telefonischen Beratung an AM weitervermittelt, ein Termin in einem PVZ oder ein Hausbesuch für die PatientInnen organisiert (Berchet und Nader 2016).

## 5 Case Study Belgien

Belgiens Gesundheitssystem ist ähnlich strukturiert wie das österreichische und der französisch-sprachige Teil Belgiens – Wallonien – hat eine ähnliche Problematik bezüglich ausländischer Medizinstudierender wie Österreich. Belgien hat eine verpflichtende Sozialversicherung, das Gesundheitssystem ist Großteils durch Sozialversicherungsabgaben und Steuern finanziert und Belgiens niedergelassenen ÄrztInnen kommt in der Primärversorgung keine Gate-Keeping Rolle zu (Gerkens und Merkur 2010). Die Mehrheit der AM arbeitet selbstständig in Einzelpraxen. Die meisten Praxen im niedergelassenen Bereich verfügen über keine Primär-Pflegekraft (Arzthelfer) (Detollenaere 2016). Belgien ist in zwei sprachliche Regionen geteilt: das bevölkerungsreichere Flandern, in dem Niederländisch gesprochen wird und der frankophone Teil Wallonien. Da sich die beiden Gebiete leicht unterscheiden (im Hinblick auf die Problemstellung ÄrztInnenmangel und die Ausbildungs-Modalitäten) und gleichzeitig eine höhere Vergleichbarkeit Walloniens mit der Situation in Österreich gegeben ist, wird im Folgenden stets Bezug genommen auf den französischsprachigen Teil Belgiens.

### 5.1 Allgemeinmedizin Belgien

#### 5.1.1 Medizinstudium

In Belgien unterteilt sich die Medizin-Ausbildung in drei Abschnitte. Das Medizin-Studium ist unterteilt in einen Bachelor und einen Master, die jeweils drei Jahre dauern. An fünf Universitäten können Studierende in Wallonien einen Bachelor in Medizin absolvieren, der Master wird nur an drei Universitäten angeboten (Euroguidance 2019; Remede 2002).

#### **Aufnahmekriterien**

Vor wenigen Jahren (2017) hat Wallonien einen Aufnahmetest als Zugangsbeschränkung zum Medizin-Studium eingeführt. Bis dahin war der Zugang zum Medizin-Studium wenig reglementiert. Das Aufnahmeverfahren stellt einen zentral durchgeführten schriftlichen Test dar. Dabei ist keine fixierte Quote festgelegt, die zum Studium zugelassen wird, sondern es muss ein Mindestmaß an Punkten erreicht werden. In den beiden Hauptgebieten Wissen und Kommunikation müssen zumindest 50% der möglichen Punkte erzielt, in den jeweiligen Untergebieten (Chemie, Biologie, Physik und Mathematik in der Kategorie Wissen; logisches Denken, Kommunikation, Ethik und Empathie in der Kategorie Kommunikation) acht aus 20 Punkten erzielt werden (Le Soir 2019b). Durch die Abdeckung der Gebiete Empathie, Kommunikation und Ethik fließt auch die Komponente soziale Kompetenz in das Aufnahmeverfahren mit ein, ein

persönliches Gespräch mit den angehenden Studierenden unterbleibt allerdings (Le Soir 2019a, 2019b).

#### **Status von Allgemeinmedizin: Studium**

Vergleicht man Wallonien und Flandern, so hat insbesondere erstere Region Schwierigkeiten, eine adäquate Versorgung mit AM zu gewährleisten (Messoudi 2019). Daher ist auch hier die Frage des Status von Allgemeinmedizin bereits während des Studiums von Interesse.

Nach den Angaben der europaweiten Umfrage von Brekke et al. (2013) ist auch in Belgien Allgemeinmedizin als verpflichtender Bestandteil der Medizin-Curricula vorgesehen. Während im Bachelor vor allem Grundlagen-Wissen vermittelt wird (Anatomie, Physiologie etc.), sollen im Master verschiedene Wissensgebiete und Kompetenzen gebildet werden (ULB 2019a). Von der ULB Bruxelles werden vier Hauptgebiete genannt, die forciert werden: Allgemeinmedizin, fachärztliche Praxis, Präventivmedizin und Forschung (ULB 2019b).

#### **Status von Allgemeinmedizin: Praktikum**

Während des Studiums sind verpflichtende Praktika im Bereich der Allgemeinmedizin vorgesehen. Fast alle Medizin-Universitäten in Belgien schreiben zumindest fünf Wochen Praktikum in der Allgemeinmedizin verteilt über mehrere Ausbildungsjahre vor. Nur die UCL Bruxelles ist mit lediglich zwei-wöchigem Praktikum ein Ausreißer. Es scheint, dass Studierende an Universitäten des flämischen Teils Belgiens längere Allgemeinmedizin-Praktika zu absolvieren haben (10-12 Wochen, verteilt auf mehrere Jahre) als jene im frankophonen Sprachraum (Brekke et al. 2013).

### **5.1.2 Postpromotionelle Ausbildung Allgemeinmedizin**

Nach dem Medizinstudium folgt die 3-6 Jahre dauernde Spezialisierung. Die postpromotionelle Ausbildung ist als Studium (master de specialisation, 120-180 ECTS) konzipiert, besteht aber Großteils aus praktischer Tätigkeit (Euroguidance 2019; Remede 2002).

#### **Aufnahmekriterien**

Der Aufnahmeprozess für die Spezialisierung (die in Belgien Voraussetzung zum Praktizieren ist) ist wesentlich umfangreicher, als jener für das Studium. Die Studierenden bewerben sich dabei jeweils bei der Medizin-Universität, wo sie das Spezialisierungs-Studium machen möchten, es kann nur eine der drei Medizin-Universitäten ausgewählt werden. Für die Bewerbung müssen KandidatInnen einen Lebenslauf, Motivationsschreiben und Studienzeugnis einreichen (ULB 2019c). Darauf

folgt ein Aufnahmegespräch, wonach BewerberInnen schließlich durch eine Jury der drei Medizin-Universitäten ausgewählt werden. Es ist daher davon auszugehen, dass neben der fachlichen auch die persönliche Qualifikation im Aufnahmeprozess zur praktischen Ausbildung der Allgemeinmedizin berücksichtigt wird (DMG 2019).

### **Kapazitäten, Dauer und Lehrpraxis**

Allgemeinmedizin (*médecine générale*) ist eine aus über 30 wählbaren Spezialisierungen der postpromotionellen Ausbildung. Die anderen Spezialisierungen dauern fünf bis sechs Jahre, während Allgemeinmedizin bereits nach drei Jahren abgeschlossen wird (ULB 2019d). 43% der Ausbildungsplätze sind für angehende AM vorbehalten (Messoudi 2019). Vorgesehen ist, dass die gesamte dreijährige praktische Ausbildung in einer Lehrpraxis (*Maître de Stage généraliste*) verbracht wird, wobei davon maximal ein Jahr optional in einem Krankenhaus absolviert werden kann (CCFFMG 2019a; DMG 2019).

### **Ausbildungsbedingungen**

Die postgraduelle Ausbildung in Belgien ist stark formalisiert und national vereinheitlicht. Sie ist nicht wie in anderen Ländern als reguläre Arbeitsstelle mit Ausbildungscharakter bezeichnet, sondern als Studium (*master de spécialisation*). Die Medizin-AbsolventInnen bewerben sich für die praktische Ausbildung bei den Universitäten, die Ausbildung wird als dritter Abschnitt des Studiums bezeichnet und beginnt jedes Jahr einheitlich im Oktober (DMG 2019).

Da die praktische Ausbildung in der Allgemeinmedizin in Belgien Großteils in einer Lehrpraxis stattfindet, gibt es ein stark personalisiertes Ausbildungsverhältnis. Die *Maîtres de Stage* (ausbildende AM) haben für die richtigen Ausbildungsbedingungen zu sorgen – Arbeitszeiten müssen eingehalten werden, es gibt eine vorgegebene Anzahl an PatientInnen-Kontakten und es muss ausreichend Zeit für Supervision eingeplant werden, um die Ausbildungsqualität zu garantieren (CCFFMG 2019a). Außerdem sind die *Maîtres de Stage* zu pädagogischen Fortbildungen verpflichtet. Gemäß einer Umfrage findet in über 70% der Ausbildungsverhältnisse eine wöchentliche Supervision statt, in der Fortschritte, medizinische Fragen, Organisatorisches etc. besprochen werden (CCFFMG 2019b).

### **Bezahlung**

AM in Ausbildung verdienen in Belgien ein Grundgehalt von 3.048€ brutto. Vertraglich haben sie 38-48 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit zu leisten (davon zehn Stunden für Weiterbildung) und zusätzlich 120 Stunden pro Jahr Bereitschaftsdienst. Pro 24 Stunden zusätzlich geleistetem Bereitschaftsdienst werden je nach tatsächlichem Aufwand zwischen 333€ und 1100€ Entschädigung bezahlt. Die *Maîtres de Stage* leisten einen Beitrag zum Gehalt der AssistenzärztInnen in Höhe von 1.785€-1.989€ (CCFFMG 2019b).

Die postpromotionelle Ausbildung wird im Nachbarland Frankreich deutlich geringer bezahlt, dort beträgt das Basisgehalt selbst am Ende der Ausbildung nur 2.125€ brutto. Bezüglich der Entlohnung ist Frankreich in der postpromotionellen Ausbildung also weniger attraktiv als Belgien (Amrouche 2018; ISNAR.IMG 2019). Dies könnte auch erklären, warum eine Abwanderung von französischsprachigen BelgierInnen nach Frankreich nicht im selben Ausmaß ein Problem ist, wie von Österreich zu den deutschsprachigen Nachbarländern. Nichtsdestoweniger besteht im frankophonen Teil Belgiens die Problematik einer stetig schwieriger werdenden Versorgung mit AM.

### 5.1.3 Versorgungswirksamkeit

Während der Anteil der AM an der Ärzteschaft in Belgien mit 37% im Jahr 2017 relativ hoch war, bedeutet das nicht unbedingt eine hohe Versorgungswirksamkeit, weil die generelle Zahl der ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen mit 3,1 deutlich abgeschlagen unter dem EU-Durchschnitt von 3,6 lag (OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2019). Darüber hinaus ist die Effizienz in der Primärversorgung ausbaufähig, aufgrund eines hohen von AM geleisteten Ausmaßes an Administrativtätigkeiten und zahlreicher Hausbesuche (Gerken und Merkur 2010).

#### **Niederlassung**

Niedergelassene AM sind in Belgien beinahe ausschließlich selbständig tätig. Etwa drei Viertel der niedergelassenen AM arbeiten in einer Einzelpraxis, der Rest in einer Gruppen-Praxis. Die Gruppen-Praxen haben häufig die Form eines multiprofessionellen Teams, in dem mehrere AM, Pflegekräfte und PhysiotherapeutInnen vertreten sind. Auch in Belgien gibt es seit einigen Jahren einen Trend hin zu mehr und größeren Gruppen-Praxen. Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen ist im niedergelassenen Bereich außerhalb der Gruppen-Praxen im Wesentlichen auf Pflegekräfte beschränkt. Professioneller Austausch mit FachärztInnen erfolgt wenig (Gerken und Merkur 2010).

Häufig arbeiten belgische AM ohne unterstützendes medizinisches Personal. Nicht alle AM haben eine Sprechstundenhilfe, was zu großem administrativen Aufwand für die AM führt. Bei Gruppenpraxen ist dies anders, da diese neben dem multidisziplinären medizinischen Team auch über administrative Angestellte verfügen. Erstaunlich scheint im Fall von Belgien, dass etwa ein Drittel der hausärztlichen Konsultationen in Form von Hausbesuchen stattfindet. Außerdem ist die durchschnittliche Konsultationsdauer mit 10-30 Minuten relativ lang (Cartier et al. 2015). Sowohl der hohe administrative Aufwand, als auch der hohe Anteil an Hausbesuchen deuten darauf hin, dass die Versorgungswirksamkeit der AM durch Ineffizienzen eingeschränkt wird.

## Kassensystem

In Belgien werden die Tarife für Einzelleistungen von AM alle zwei Jahre zwischen der Vertretung der ÄrztInnen und jener der Sozialversicherung ausgehandelt. In dem resultierenden Tarifkatalog werden Leistungsart, Volumen, Qualität und Honorar geregelt. Bevor der Katalog in Kraft tritt, können die niedergelassenen ÄrztInnen dafür oder dagegen stimmen. Wenn die Mehrheit zustimmt, tritt der Katalog in Kraft. Alle, die dafür gestimmt haben, sind anschließend automatisch verpflichtet, ihre Leistungen zu den gelisteten Tarifen anzubieten. Die anderen ÄrztInnen können ihre Tarife frei setzen. Etwa 80% der ÄrztInnen praktizieren gemäß dem Katalog.

Die Honorierung der AM erfolgt gemäß dem ausverhandelten Tarifkatalog für Einzelleistungen. Dabei haben die PatientInnen für die Einzelleistungen direkt zu bezahlen und erhalten den Betrag von der Sozialversicherung rückerstattet. Es ist nicht eindeutig, ob und in welcher Höhe PatientInnen eine Rückerstattung für Leistungen der „WahlärztInnen“ (ÄrztInnen, die ihre Tarife frei festsetzen) zusteht. Es ist darüber hinaus nicht ersichtlich, ob das Praktizieren außerhalb des Katalogs für ÄrztInnen finanziell attraktiver ist und ob sich die Arbeitsbedingungen unterscheiden. (Gerkens und Merkur 2010)

## Ländlicher Raum

Belgien ist mit dem Problem einer schwieriger werdenden Versorgung mit AM im ländlichen Raum konfrontiert. Obwohl die geografische Verteilung von AM im europaweiten Vergleich relativ ausgeglichen ist, gibt es insbesondere aufgrund bevorstehender Pensionierungen Bedenken hinsichtlich eines AM-Mangels in manchen Regionen (OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2019). Aus diesem Grund wurde 2006 ein Anreiz-Programm ins Leben gerufen, um die Niederlassung in ruralen und benachteiligten Gebieten attraktiver zu machen. Die Ausgestaltung des Programms wird im nächsten Abschnitt eingehender diskutiert.

In Belgien wird OOH Versorgung vorwiegend durch PVZ, GPC und rotierende Bereitschaftsdienste organisiert. Das System variiert geografisch stark. Während in Flandern rund 50% der Bevölkerung durch GPCs abgedeckt sind, findet dieses Modell in Wallonien keine Anwendung. Es findet keine telefonische Triage statt, Anrufe bei einem GPC oder PVZ resultieren für gewöhnlich in einer persönlichen Konsultation. Auch die Abdeckungszeiten variieren stark. Während in Flandern die GPCs nur am Wochenende geöffnet haben, gibt es in Brüssel PVZ, die auch an Wochentagen abends Primärversorgung leisten. Die zusätzliche Belastung von Bereitschaftsdiensten ist für AM in Belgien daher geografisch unterschiedlich (Berchet und Nader 2016; Smits et al. 2019).

## 5.2 Problemaufriss Belgien

Insbesondere Wallonien ist mit Österreich vergleichbar, da vom großen Nachbar Frankreich viele angehende MedizinerInnen nach Belgien kommen, um dort das Studium zu absolvieren. Dies ist durch die sprachliche und geografische Nähe, die geringeren Lebenshaltungskosten und das im Vergleich zu Frankreich wenig kompetitive Aufnahmeverfahren begründet. Etwa 90% der französischen Medizin-Studierenden kehren allerdings nach Abschluss des Studiums wieder ins Heimatland zurück (Delhalle 2014).

Außerdem ist Belgien konfrontiert mit den Problematiken einer alternden Ärzteschaft, jungen ÄrztInnen, die weniger Arbeitsstunden leisten und einer schwieriger werdenden Versorgung mit ÄrztInnen in ruralen Gebieten (Messoudi 2019). Auch die Alterung bei AM ist in Wallonien stärker ausgeprägt als in Flandern: der Anteil an über 55-jährigen praktizierenden ÄrztInnen ist in Wallonien höher (Delhalle 2014). All diese Faktoren bedingen einen drohenden Mangel an ÄrztInnen. Zusätzlich zu einem bevorstehenden allgemeinen ÄrztInnenmangel gibt es in Wallonien bereits jetzt zu wenige niedergelassene AM. Während die (gesamte) ÄrztInnendichte angemessen ist, ist der Anteil an AM zu niedrig (Messoudi 2019). Zu diesem Mangel kommt in Wallonien noch ein weiteres Problem hinzu: Die AM im frankophonen Teil Belgiens haben tendenziell ein diverseres Tätigkeitsfeld als die KollegInnen in Flandern und delegieren weniger an andere Gesundheitsberufe (Leherte 2019). Beispielsweise gibt es in Wallonien kaum allgemeinmedizinische Praxen, die ArzthelferInnen einsetzen.

Darüber hinaus gibt es Konflikte innerhalb Belgiens bezüglich der Aufteilung genehmigter Ausbildungsplätze zwischen Flandern und Wallonien. Jährlich werden in Belgien etwa 1450 *numéros INAMI* fixiert. Die INAMI-Nummer wird benötigt, um nach dem Medizinstudium praktizieren und mit der Spezialisierung beginnen zu dürfen (Delhalle 2014). Damit stellt die Anzahl der vergebenen INAMI-Nummern eine fixierte Quote an praktischen Ausbildungsplätzen dar. Dem bevölkerungsreicheren Flandern werden 60% dieser Nummern zuerkannt, das französisch-sprachige Wallonien erhält 40% (LaLibre 2017). Da es aber in Wallonien einen höheren Anteil ausländischer Studierender gibt, wird ein geringerer Anteil der INAMI-Nummern tatsächlich genutzt. Den französischen Studierenden wird mit Abschluss des Medizinstudiums eine INAMI-Nummer ausgestellt, gehen diese allerdings nach Frankreich um zu praktizieren, so „verfällt“ diese Nummer (Mignon 2014). Daher wurden Forderungen laut, den Verteilungsschlüssel zwischen Flandern und Wallonien zu ändern, um der Realität gerecht zu werden. Bislang wurde diesen Forderungen allerdings nicht nachgegeben (LaLibre 2017).

Aufgrund der Annahme einer angebotsinduzierten Nachfrage wurde 1997 der Numerus Clausus in Form der *numéros INAMI* in Belgien eingeführt und kam 2004 (nach 7-jährigem Studium) erstmalig zu tragen (Le Soir 2019a). Antwortend auf den Numerus Clausus führte Flandern 1997 einen Aufnahmetest ein, um die Anzahl der Studierenden zu begrenzen. Damit sollte vermieden werden, dass mehr Personen das Medizinstudium abschließen, als Lizenzen zum Praktizieren zur Verfügung stehen. Der Aufnahmetest legt sich allerdings nicht auf eine fixierte Quote fest, sondern stellt Mindestanforderungen dar. Wallonien verabsäumte es lange Zeit, ebenfalls einen Aufnahmetest einzuführen. Dies führte unter anderem dazu, dass viele Medizininteressierte aus Frankreich zum Studieren nach Belgien kamen (Domela 2019).

Wie bereits in 5.1.3. ausgeführt arbeiten AM in Belgien selbständig, vorwiegend in Einzelpraxen und übernehmen viele administrative Tätigkeiten, was die Versorgungswirksamkeit einschränkt. Diese Effizienz-Bedenken verstärken die Sorge um einen bevorstehenden AM-Mangel und zeigen Verbesserungspotenziale in der Primärversorgung auf, die zu Entlastungen der einzelnen AM führen können.

## 5.3 Lösungsansätze Belgien

Als Antwort auf diese vielschichtigen Problematiken gab es in den vergangenen Jahren mehrere Lösungsansätze. Diese beziehen sich sowohl auf die studienbezogene Problematik der ausländischen Medizinstudierenden und des Aufnahmeverfahrens als auch auf jene der zu geringen Zahl von AllgemeinmedizinerInnen, die sich niederlassen, insbesondere im ländlichen Raum.

### 5.3.1 Studium

Als Reaktion auf die hohen Studierendenzahlen aus Frankreich wurde 2012 die Quote der zugelassenen ausländischen Studierenden in Wallonien auf 30% festgesetzt (Domela 2019). Aufgrund des prognostizierten höheren Bedarfs an ÄrztInnen hat Belgien zudem in den vergangenen Jahren die Anzahl der Medizin-Studienplätze ausgeweitet (OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2019). Angelehnt an die Regelung in Flandern, wurde auch in Wallonien 2017 ein Medizin-Aufnahmetest eingeführt. Dadurch soll vermieden werden, dass es mehr Medizin-AbsolventInnen gibt, als INAMI-Nummern zur Verfügung stehen. Außerdem sind soziale Kompetenzen Teil des Aufnahmetests, dies könnte als Reaktion auf den Mangel an AM gedeutet werden. Im wallonischen Aufnahmetest werden zwei Hauptgebiete getestet: Wissen und soziale Kompetenzen. In jedem Hauptgebiet müssen mindestens zehn von 20 Punkten erreicht werden. In jedem Untergebiet müssen zumindest acht von 20 Punkten erreicht werden. Die Untergebiet der Kategorie Wissen sind: Chemie, Biologie, Physik und Mathematik; jene der Kategorie soziale Kompetenzen: logisches Denken, Kommunikation, Ethik und

Empathie (Le Soir 2019b). Inwiefern sich die Einbindung sozialer Kompetenzen in den Aufnahmeprozess auf den Anteil an AM auswirken wird, lässt sich momentan noch nicht sagen.

### 5.3.2 Niederlassung

In Belgien besteht kein Ärztemangel per se, vielmehr ist der Anteil der AM an den MedizinerInnen zu gering. Um dem zu niedrigen AM-Anteil an allen ÄrztInnen entgegenzuwirken, wurde sowohl in Wallonien als auch in Flandern die Subquote der allgemeinmedizinischen Praxislizenzen vor wenigen Jahren erhöht. Nun sind anstatt 32% der praktischen Ausbildungsplätze 43% dieser für AM vorbehalten (Messoudi 2019).

Um den Effizienz-Bedenken aufgrund der administrativen Tätigkeiten zu begegnen, wurde ein eHealth Plan ins Leben gerufen. Das erste Projekt lief von 2013-2018, der neue Plan ist für die Jahre 2019-2021 angesetzt. Der eHealth Plan soll die Digitalisierung in der niedergelassenen Praxis fördern. Maßnahmen beinhalten elektronische Krankenakten, elektronische Verschreibungen und online Informations-Austausch mit PatientInnen und die Entwicklung einer öffentlichen Website, die medizinische Informationen zur Verfügung stellt. (OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2019)

Da insbesondere die allgemeinmedizinische Versorgung im ländlichen Raum problematisch ist, wurde diesbezüglich ein finanzielles Anreizprogramm eingeführt. Um Niederlassungen auf dem Land zu fördern und die Versorgungswirksamkeit von AM zu steigern, wurde das Programm Impulseo eingeführt (Messoudi 2019). Impulseo beinhaltet die Anreizsetzung zur Niederlassung in ruralen und benachteiligten Gebieten sowie zur Delegation von Administrativ-Tätigkeiten.

In diesem Programm wird eine Prämie in Höhe von 20.000€ bzw. 25.000€ für ÄrztInnen vergeben, die sich nach 2006 erstmalig in einer Gemeinde mit Mangel bzw. schwerem Mangel an AM niedergelassen haben. Ein Mangel (bzw. schwerer Mangel) wird definiert als Region, die entweder weniger als 90 AM (bzw. 50 AM) pro 100.000, weniger als 120 AM (bzw. 90 AM) pro 100.000 und gleichzeitig weniger als 125 EinwohnerInnen pro km<sup>2</sup> oder weniger als 180 AM (bzw. 120 AM) pro 100.000 und gleichzeitig weniger als 75 EinwohnerInnen pro km<sup>2</sup> aufweist. Die AM, die sich in einer solchen Gemeinde niederlassen, müssen mindestens fünf Jahre dort verbleiben, um Anspruch auf die Prämie zu haben. In größeren Gemeinden werden zudem besonders benachteiligte Stadtgebiete in das Programm aufgenommen (AViQ 2019).

Die Inanspruchnahme der beschriebenen Prämie stieg von neun Fällen im Jahr 2006 auf über 90 Fälle im Jahr 2018. Dabei ist anzumerken, dass der Anstieg der ersten fünf Jahre mitunter dadurch begründet ist, dass die Prämie bis zu fünf Jahre rückwirkend beantragt werden kann, was erst ab 2011 voll zu Tragen kommt. Zwischen 2011 und 2015 waren

die Fallzahlen relativ konstant, ab 2016 ist ein stärkerer Anstieg (von 50 auf 94) zu erkennen. Ob der Anstieg der Prämien-Beanspruchung tatsächlich eine Wirksamkeit des Impulseo Programms in Form eines Anstiegs der Niederlassungen in ruralen Gebieten widerspiegelt, lässt sich daraus allerdings nicht ableiten. Auch ein stärkerer Bekanntheitsgrad des Programms unter jungen MedizinerInnen ist denkbar. Zudem änderte sich 2017 der Betreiber des Programms (zuvor war das belgische Gesundheitsministerium dafür verantwortlich, ab 2017 Aviq – Agence pour une Vie de Qualité), was mit dem aktuell stärkeren Anstieg zusammenhängen könnte (D. Dubourg, persönliche Kommunikation, 21. Jänner 2020).

Um die Versorgungswirksamkeit der praktizierenden AM zu steigern, ist ein weiterer Teil des Impulseo Programms ein Zuschuss für Praxisassistenzen. Der Zuschuss deckt 50% der Lohnkosten einer Praxisassistentin ab (gedeckelt auf einen Höchstbetrag von 6.300€ pro Jahr), vorausgesetzt die Praxisassistentin ist für min. 13 Stunden pro Woche angestellt, die/der AM verwendet eine elektronische Patientenakte und verwaltete im Jahr vor der Antragstellung mindestens 150 medizinische Akten. Dieser Zuschuss kann in einer Gemeinschaftspraxis pro AM in Anspruch genommen werden. Damit soll bewirkt werden, dass ÄrztInnen administrative Tätigkeiten abgeben und ihre Zeit auf medizinische Leistungen konzentrieren (Heukemes 2019). Zu diesem Teil des Impulseo Programms liegen zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts keine Daten bezüglich der Inanspruchnahme des Lohnkosten-Zuschusses oder dessen Auswirkung auf die ärztlichen Tätigkeiten vor.

## 6 Schlussfolgerungen für Österreich

### 6.1 Medizinstudium

Bei der Auswahl derjenigen Personen, die das begehrte Studium der Humanmedizin absolvieren dürfen, gehört Österreich inzwischen zu den Ländern mit vergleichsweise spezifischem **Auswahlverfahren**. Die starke Spezifität hat Vorteile, ist aber, soweit bisher ersichtlich, auch mit einzelnen Nachteilen behaftet. Zu den Vorteilen gehört, dass das leistungsorientierte Auswahlverfahren (zumindest) vielen jener Personen die Aufnahme verweigert, die kognitiv die Anforderungen eines Medizinstudiums schlecht oder gar nicht bewältigen würden. Damit werden in geringerem Ausmaß unnütz Ausbildungskapazitäten gebunden, und die Drop-Out Quote aus dem Studium hat sich inzwischen auf ein ähnliches Niveau verringert, wie es auch international zu beobachten ist.

Über längere Zeit bestand Kritik, ob das Auswahlverfahren neben den kognitiven Fähigkeiten auch in ausreichendem Maße Empathie und soziale Kompetenzen berücksichtigt, also Fähigkeiten, die gerade für die hausärztliche Versorgung essenziell sind. Dieses Manko wurde dahingehend abgeschwächt, dass nunmehr 10% der Punkte in diesem Bereich vergeben werden. Es ist noch zu früh, um abschätzen zu können, ob und ggf. wie sich diese Änderung auf die sozialen Kompetenzen der erfolgreichen MedAT-TeilnehmerInnen auswirkt. Eine Gegenüberstellung der Studienerfolge und späteren Fächer- und Settingwahl (Tätigkeit in Krankenhaus oder Praxis) derjenigen KandidatInnen, die aufgrund von „Empathiepunkten“ vorgereiht wurden, im Vergleich zu KandidatInnen, die auch ohne diesen Teil im Test erfolgreich gewesen wären, könnte hier Aufschlüsse über die Sinnhaftigkeit dieses Moduls und seiner konkreten Ausgestaltungsform liefern. Eine solche Auswertung ist jedoch allerfrühestens in einem späteren Stadium des Studiums aussagekräftig.

Ein potenzieller Nachteil aus dem sehr spezifischen Auswahlverfahren ergibt sich aus der – an sich wünschenswerten – Selektion gerade der leistungsfähigen und damit häufig wohl auch leistungsorientierten sowie extrinsisch motivierten Personen. Ist diese Leistungsorientierung auch in überproportionalem Ausmaß damit verbunden, die (finanzielle oder wertschätzende) Anerkennung für die eigenen Leistungen einzufordern (extrinsische Motivation), so müssen wir davon ausgehen, dass gerade diese Personen auch auf wertschätzende und unterstützende Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie gut bezahlte Arbeitsplätze Wert legen. Sind diese nicht gegeben, werden diese LeistungsträgerInnen Mobilität und Engagement aufwenden, um eine als unbefriedigend empfundene Situation zu verbessern. Somit gehen wir davon aus, dass die Leistungsorientierung im Aufnahmeprozess zwar die kognitive Leistungsfähigkeit der

Studierenden im Schnitt steigert, aber in Einklang damit auch ihre Bereitschaft, nach dem Studium abzuwandern, wenn im Ausland bessere Bedingungen für praktische Ausbildung oder Berufstätigkeit erkannt werden.

Diese Überlegungen beziehen sich auf das Medizinstudium im Allgemeinen, sind aber unter derjenigen Hypothese für die Allgemeinmedizin von besonderer Relevanz, dass durch MedAT sehr ehrgeizige und an Einkommen, Prestige oder Forschung Interessierte überproportional selektiert werden, aber nicht unbedingt Personen mit „AM-Persönlichkeit“, also ÄrztInnen mit überwiegendem Interesse an den behandelten Personen in ihrer gesamten gesundheitsbezogenen Lebenssituation. Derzeit ist noch offen, ob der aktuelle Einbezug von Empathie und sozialen Kompetenzen im Ausmaß von 10% der Punkte im MedAT bereits ausreicht, um mehr zukünftige AllgemeinmedizinerInnen ins Studium zu selektieren.

Generell wäre zu begrüßen, dass Studierende bereits **während des Studiums** mit der Allgemeinmedizin an sich und mit einschlägigen *Role Models* in Kontakt kommen, um das Interesse für das Fach zu wecken sowie Offenheit gegenüber den damit verbundenen Aufgaben, Arbeitsweisen und -bedingungen zu wahren. Je öfter Studierende mit Allgemeinmedizin und dem dazugehörigen Berufsbild in Berührung kommen, desto eher kann ein positives Bild der Tätigkeit gefördert werden. Darüber hinaus kann eine Vorstellung dessen herausgebildet werden, was die tägliche Praxis der hausärztlichen Tätigkeit ausmacht. In Hinblick auf die Einbindung von allgemeinmedizinischen Inhalten in das Curriculum kann das Vereinigte Königreich als Vorbild für Österreich angeführt werden. Der Anteil allgemeinmedizinischer Inhalte im Curriculum liegt dort je nach Universität zwischen 3% und 50%, außerdem verfügen alle Medizin-Universitäten über ein *Primary Care Department*. Während in den Vergleichsländern an vielen Universitäten Praktika in der Allgemeinmedizin verpflichtend sind, ist in Österreich eine verpflichtende Famulatur in der Primärversorgung nicht an allen Universitäten vorgesehen, und diese somit auch nicht verpflichtend in der Allgemeinmedizin abzuleisten.

Ein Ausbau der allgemeinmedizinischen Inhalte während des Studiums könnte also durch häufigere Kontakte zu einer positiveren Wahrnehmung der Disziplin führen. Diese Faktoren würden das Berufsbild HausärztIn stärken und erstrebenswerter machen. Auch eine Institutionalisierung des Fachs Allgemeinmedizin durch die Einführung von Allgemeinmedizin-Lehrstühlen an allen Medizin-Universitäten würde den Status erhöhen. Insgesamt scheint der Aufholbedarf zu den internationalen Vergleichsländern hinsichtlich des Ausmaßes an allgemeinmedizinischen Inhalten im Studium nicht von oberster Dringlichkeit zu sein (wenn auch eine frühere Platzierung, wenn sich allfällige fachspezifische Präferenzen noch weniger verfestigt haben, diskussionswürdig ist). In Anbetracht der Tatsache, dass die Allgemeinmedizin in der medizinischen Community in

Österreich generell eher geringeres Ansehen genießt, könnten Maßnahmen zum Ausbau der Disziplin Allgemeinmedizin (mehr Allgemeinmedizin im Curriculum, Allgemeinmedizin-Praktika, Allgemeinmedizin-Lehrstühle und Forschung in der Allgemeinmedizin) und zu ihrer besseren Sichtbarkeit allerdings förderlich für das Image von AM und das Berufsbild HausärztIn sein. Dieses Argument setzt sich nach dem Studium auch im Curriculum der postpromotionellen Ausbildung fort, wo für die Sonderfächer, nicht aber die Allgemeinmedizin ein wissenschaftliches Modul vorgesehen ist. Darüber hinaus wäre ein verpflichtendes Praktikum in der Allgemeinmedizin förderlich, um alle Medizin-Studierenden mit der Berufswelt von HausärztInnen in Berührung zu bringen. Dies könnte eine positivere Wahrnehmung schaffen und das Berufsbild bereits während des Medizinstudiums erlebbar machen.

Die geringe Bedeutung der akademischen Seite der Allgemeinmedizin in Österreich setzt sich in der postpromotionellen Ausbildungsphase fort. In Österreich erfolgt der Umstieg gewissermaßen mit einem vollständigen Verlassen der Universität in Richtung Ausbildungsinstitution Krankenhaus. In den Niederlanden beispielsweise bleibt die Verbindung zur Universität – und damit zur Forschungseinrichtung – auch in der postpromotionellen Ausbildung erhalten, da nur vier Wochentage in der Lehrpraxis, und ein Tag an der Universität verbracht werden (Plat et al. 2007).

## 6.2 Sonderfach vs. Allgemeinmedizin

Seit langem wird kritisiert, dass die postpromotionelle Ausbildung Allgemeinmedizin **nicht mit den Sonderfächern gleichgestellt** ist. Diese Sonderstellung trägt bereits während der Ausbildung zum Eindruck bei, dass Allgemeinmedizin weniger anspruchsvoll, weniger interessant und weniger (erstrebens-)wert ist. Insbesondere unter der Annahme, dass viele ehrgeizige, leistungsorientierte und kompetitive Persönlichkeiten unter den Medizin-Studierenden vertreten sind, scheint dies bedenklich. Ebendiese Personen könnten sich aufgrund des vermeintlich geringeren fachlichen Anspruchs von der praktischen Ausbildung Allgemeinmedizin abwenden. In allen herangezogenen Vergleichsländern ist Allgemeinmedizin in der postpromotionellen Ausbildung eine unter mehreren Spezialisierungen, ist also formal gleichgestellt mit den anderen Fächern. Auch wenn die Ausbildungsdauer in der Allgemeinmedizin zumeist kürzer ist als jene der Fächer (Spanien ist hierbei die Ausnahme – die Spezialisierung *medicina familiar y comunitaria* dauert gleich lange wie die meisten anderen Spezialisierungen), deutet dies auf eine höhere systematische Wertschätzung von Allgemeinmedizin hin. Als Spezialisierung hat Allgemeinmedizin international mehr Prestige und wird folglich positiver wahrgenommen.

Neben der oben angeführten formalen Gleichstellung der Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin mit der Ausbildung in den Sonderfächern trägt auch die Entlohnung (auch bereits während der praktischen Ausbildung) zum Image der Profession bei. In mindestens einem Bundesland (Steiermark) werden für die allgemeinmedizinische und die fachärztliche Ausbildung unterschiedliche Schemata in der Entlohnung angewandt, was eine ungleiche Bewertung impliziert. Da wir keine nachvollziehbaren Gründe für unterschiedliche Bezahlung während der Ausbildung erkennen, halten wir es für angebracht, diese zu vereinheitlichen.

Doch formale Gleichstellung mit dem „Facharzt“ und Angleichung der Entlohnung können nicht sämtliche Image-Probleme der postpromotionellen Ausbildung Allgemeinmedizin und des Berufsbildes „HausärztIn“ lösen. Vor allem die Ausgestaltung und die inhaltliche Ausrichtung der postpromotionellen Ausbildung beeinflussen die Attraktivität wesentlich. In den Vergleichsländern ist die praktische Ausbildung wesentlich spezifischer auf das Berufsbild HausärztIn zugeschnitten. Die Benennung der Spezialisierungen mit *Familienmedizin* (Niederlande, Slowenien) und *Familien- und Gemeinschaftsmedizin* (Spanien) geben bereits Aufschluss darüber. Die postpromotionelle Ausbildung zielt dabei auf die Tätigkeit als praktische Ärztin / praktischer Arzt ab. Auch die Spezialisierung *general practice* im Vereinigten Königreich ist konkret auf die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich zugeschnitten, was bereits durch die Formulierung *practitioner* anklingt. Für AM im Krankenhaus gibt es üblicherweise separate Spezialisierungen. Damit steht in anderen Ländern bereits zu Beginn der postpromotionellen Ausbildung der Karriere-Verlauf fest. Das schafft Identifikation mit dem Berufsbild und lässt eine zielgerichtete Ausbildung zu.

Bei der Ausgestaltung der postpromotionellen Ausbildung scheint vor allem die Thematik der Lehrpraxis von Bedeutung zu sein. In Anbetracht der Ausbildungszeit in einer **Lehrpraxis** wird deutlich, dass Österreich im internationalen Vergleich hinterherhinkt. Sowohl im absoluten als auch im relativen Vergleich ist die Ausbildungszeit, die in einer Lehrpraxis zugebracht wird, geringer als in den Vergleichsländern. In Österreich ist geplant, die anrechenbare Zeit in einer Lehrpraxis schrittweise bis 2027 auf 24 Monate zu erhöhen (12 Monate davon sind verpflichtend in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis zu absolvieren). Damit ist – zumindest der verpflichtende – Anteil immer noch nicht auf dem Niveau der Vorbild-Systeme.

Eine längere Ausbildungszeit in einer Lehrpraxis hat erstens den Vorteil, dass die MedizinerInnen in Ausbildung besser auf den Berufsalltag in der Niederlassung vorbereitet werden. Aktuell sind nur sechs Monate allgemeinmedizinische Lehrpraxis am Ende der praktischen Ausbildung vorgesehen. Dadurch sind AM unter Umständen nur sehr wenig mit der klinischen Praxis in einer Niederlassung (also ohne

Krankenhausumfeld) konfrontiert und das außerdem erst spät<sup>1</sup>. Nach Abschluss der postpromotionellen Ausbildung stehen die ÄrztInnen aufgrund des dominanten Systems der Einzelpraxen zusätzlich den Herausforderungen der Praxisübernahme oder -gründung und den damit verbundenen unternehmerischen Risiken gegenüber. Diese mehrdimensionale Herausforderung des Berufseinstiegs kann überfordernd auf junge ÄrztInnen wirken. Mehr Zeit in einer Lehrpraxis könnte den ÄrztInnen zumindest eine bessere Vorbereitung auf den Praxisalltag und damit Sicherheit bringen.

Aus einer längeren verpflichtenden Tätigkeit in einer Lehrpraxis ergibt sich zweitens die Möglichkeit, in mehreren Praxen tätig zu sein. Wenn Erfahrungen in mehreren Praxis-Settings gesammelt werden, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass eines davon positiv erlebt wird, höher. MedizinerInnen in Ausbildung hätten so die Möglichkeit, Einblicke in Einzel- und Gruppenpraxen, und urbane und ländliche Praxen zu erhalten. Außerdem steigt die Breite der Ausbildung mit den (sozioökonomischen) Unterschieden zwischen den jeweiligen Communities, in denen die Praxen angesiedelt sind. In Dänemark beispielsweise muss die Ausbildungszeit in zumindest zwei unterschiedlichen Lehrpraxen absolviert werden. Würde in Österreich allerdings eine Regelung eingeführt, die lediglich die 6-monatige niedergelassenen Ausbildung auf zumindest zwei Praxen aufteilt, so würde das zusätzlichen Organisationsaufwand und Stress für beide - lehrende und lernende - MedizinerInnen bedeuten und den Lerneffekt verringern. Eine derartige Regelung lässt sich also nur ohne Qualitätsverlust in der Ausbildung durchsetzen, wenn die Dauer in Lehrpraxen allgemein erhöht wird.

Es ist allerdings festzuhalten, dass eine Umstellung zu höherer Bedeutung der Lehrpraxisausbildung einen längeren Prozess erfordert, der insbesondere auch die Praxen selbst und ihr Betätigungsfeld betrifft. Eine Einbindung in den Praxisalltag per se kann nur vermitteln, was dort auch praktiziert wird. Viele Praxen in Österreich erfüllen derzeit nicht vollständig das Profil, das international unter dem Begriff der Primärversorgung verstanden wird, und können dementsprechend ohne zusätzliche zielgerichtete Anstrengungen auch nicht alle damit verbundenen Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln.

Aktuell bedeutet die Suche nach geeigneten Lehrpraxen und offenen Ausbildungsplätzen für ÄrztInnen in Ausbildung einen hohen Organisationsaufwand. Es gibt weder eine landesweite Übersicht über offene Stellen, noch die Möglichkeit, einfach nach gewissen Ordinationsprofilen zu suchen. Eine Plattform für Lehrpraxen könnte die Transparenz bezüglich offener Ausbildungsplätze erhöhen und den organisatorischen Aufwand verringern. In dem derzeitigen Setting, in dem ein Wechsel durch mehrere

---

<sup>1</sup> Auch international ist die Ausbildung in der Lehrpraxis erst am Ende der Ausbildungszeit angesiedelt, dauert aber, wie ausgeführt, deutlich länger, und kämpft mit weniger Imageproblemen.

Lehrpraxen nicht vorgesehen ist, wäre die Möglichkeit, ein optimales Matching zwischen MedizinerInnen und Ordinationen gemäß Interessen und Profil zu fördern, wünschenswert. Konkret könnte dies durch Ordinationsprofile erfolgen, in denen Lehrpraxen beispielsweise über die Altersverteilung der PatientInnenpopulation oder Behandlungsmethoden Auskunft geben. Dadurch könnte eine passgenaue Vermittlung erzielt werden und positive Praxis-Erfahrungen gefördert werden.

Problematisch für die Kapazität an postpromotionellen Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin ist, dass nicht alle Personen dort auch beabsichtigen, später als AM zu arbeiten. Manchmal wird diese Ausbildungsschiene gewählt, um die Wartezeit auf die eigentlich gewünschte Ausbildungsstelle in einem Sonderfach (aus individueller Sicht durchaus sinnvoll) zu überbrücken<sup>1</sup>. Aus gesamthafter Sicht hingegen werden dadurch Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin blockiert, auf Kosten der potenziellen späteren allgemeinmedizinischen Versorgungskapazität. Die Niederlande haben ein ähnliches Problem bezüglich praktischer Ausbildungsstellen. Es gibt nicht ausreichend viele praktische Ausbildungsplätze, daher kommt es zu Wartezeiten. In dieser Zeit arbeiten niederländische AbsolventInnen als *doctor without specialization*, und dementsprechend mit eingeschränktem Wirkungsbereich. Aufgrund der hohen Konkurrenz um die Ausbildungsstellen werden häufig Personen mit solcher Arbeitserfahrung bevorzugt. Im Unterschied zu Österreich hat aber die Tätigkeit während der Wartezeit in den Niederlanden keinen Ausbildungscharakter. Personen ohne Spezialisierung dürfen nicht als AM arbeiten, es muss also in jedem Fall eine Spezialisierung absolviert werden (Weggemans et al. 2017). Somit könnte für Österreich die Möglichkeit, in derartigen Wartezeiten ähnlich dem niederländischen Modell als *doctor without specialization* zu arbeiten und Erfahrungen zu gewinnen, ohne post-promotionelle Ausbildungskapazitäten zu binden, günstig für die Ausbildungskapazitäten in Allgemeinmedizin sein.

Erwähnenswert in Bezug auf die Ausbildungskapazitäten ist auch die wallonische Strategie, dem Mangel an AM zu begegnen. Die dortige Allgemeinmedizin-Quote an allen Ausbildungsplätzen wurde jüngst angehoben, von 32% auf 43%.

---

<sup>1</sup> Allerdings dürfte die Problematik (u.a. durch die Einführung der Basisausbildung) gegenüber früheren Jahren deutlich abgenommen haben. In einer ersten vorläufigen Auswertung aus dem Ausbildungsstellenverzeichnis der Österreichischen Ärztekammer wird eine geringere Absprungrate in eine Sonderfachausbildung für die Jahre 2016 und 2017 festgestellt (33% verglichen mit 46% im Jahr 2015). Die Absprungrate ist der Anteil jener Personen, die eine praktische Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach der Basisausbildung beginnen, später aber in ein Sonderfach wechseln. (S. Huter, persönliche Kommunikation, 02. Juli 2020).

## 6.3 Migration

In der Migrationsthematik können aus dem internationalen Vergleich kaum Erkenntnisse gewonnen werden. Während in Österreich die Abwanderung von Medizin-AbsolventInnen ein Problem darstellt, ist das Vereinigte Königreich beispielsweise von Zuwanderung der im Ausland ausgebildeten MedizinerInnen geprägt. Belgien ist in dieser Hinsicht mit Österreich vergleichbar. Auf einen Anstieg französischer Studierender in Wallonien reagierte das Land daher mit einer Quote im Zugang zum Medizinstudium. In Österreich ist allerdings zusätzlich problematisch, dass nicht nur ausländische Studierende nach dem Abschluss ins Heimatland zurückkehren, sondern zunehmend AbsolventInnen österreichischer Herkunft die praktische Ausbildung in Deutschland und der Schweiz absolvieren. Mit der Entwicklung eines sozialen Umfelds ist auch der dauerhafte Verbleib eines Teils dieser Personen im Ausland zu erwarten.

Insbesondere Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz stellen einen Faktor in der Entscheidung junger MedizinerInnen für eine praktische Ausbildung im deutschsprachigen Ausland dar. Nicht nur bei der Basisausbildung, auch danach kann es wieder zu Wartezeiten kommen. In Deutschland oder der Schweiz ist es häufig leichter, direkt eine Ausbildungsstelle zu erhalten, gleichzeitig haben diese beiden Länder den Ruf einer qualitativ hochwertigen Ausbildung. Österreich aufgrund langer Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz zu verlassen, könnte zudem im Kontext der Allgemeinmedizin von Bedeutung sein: Allgemeinmedizin ist unter Umständen der kürzeren Ausbildungsdauer wegen attraktiv.

Um mehr MedizinerInnen im österreichischen Gesundheitssystem zu haben kann es daher nicht förderlich sein, lediglich Medizin-Studienplätze aufzustocken, ohne postpromotionelle Ausbildungsstellen in ausreichender Quantität und Qualität zur Verfügung zu stellen – bei mehr AbsolventInnen würden sich lediglich die Wartezeiten erhöhen. Mehr postpromotionelle Ausbildungsstellen zu schaffen, und zwar gezielt in den gesundheitspolitisch gewünschten Spezialisierungen, könnte ein Ansatzpunkt sein, um weniger junge MedizinerInnen an Deutschland und die Schweiz zu „verlieren“.

Die Verfügbarkeit von mehr Ausbildungsstellen würde die Problematik der Wartezeiten entschärfen. Außerdem könnte ein besserer Betreuungsschlüssel (ausreichend ÄrztInnen mit ausreichend Kapazitäten, um Personen individualisierter auszubilden) in der Ausbildung zu höherer Qualität und damit einhergehend einem höheren Anreiz, die Ausbildung in Österreich zu absolvieren, führen.

Abschließend soll noch einmal der Mangel an internationaler Evidenz über den Umgang mit der Emigration von AbsolventInnen eines Medizinstudiums in den Blick genommen werden. Dieser Mangel deutet darauf hin, dass dieses Problem – bei Abwesenheit

übergeordneter oder makroökonomischer Probleme wie etwa in Griechenland – ein der spezifischen österreichischen Situation geschuldetes Problem ist. Hier spielt zwar sehr wohl die sprachliche Einbettung in den DACH-Raum eine Rolle; diese sprachliche Situation wäre aber unerheblich oder sogar von Vorteil, wenn die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in Österreich so gestaltet wären, dass es für junge MedizinerInnen erstrebenswert ist, hier ihren beruflichen Werdegang zu beginnen. Ein Mangel an finanziellen Mitteln für die Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems kann aber nicht als Begründung für die mangelnde Attraktivität ins Treffen geführt werden, dafür sind die Gesundheitsausgaben in Österreich, auch im Vergleich mit anderen wohlhabenden Ländern, zu hoch. Wir müssen vielmehr von nach wie vor bestehenden Effizienz- und Allokationsproblemen im österreichischen Gesundheitswesen ausgehen, die diese Attraktivität verhindern, und die außer im vorliegenden Bericht auch bereits ausführlich an anderer Stelle dargestellt wurden (LSE 2017).

Diese Argumentation bezieht sich vor allem auf den DACH-Raum. Im angelsächsischen Sprachraum spielt beim finanziellen Anreiz die Studienfinanzierung hinein: Dort müssen Studierende für ein Medizinstudium häufig hohe Gebühren bezahlen. Dementsprechend höher muss die Verdienstmöglichkeit bei Berufsausübung dann sein, um diese „Einstiegskosten“ zu amortisieren. Wurde aber das Studium auf Kosten der Allgemeinheit finanziert, also wie in Österreich ohne nennenswerte Studiengebühren, so entfällt dieses Zusatzargument für eine an anderen Berufen gemessen hohe Entlohnung. Aus individueller finanzieller Perspektive erscheint somit ein (kostenloses) Studium in Österreich, gefolgt von Berufstätigkeit (im Ausland) mit einem impliziten „Einkommensaufschlag für Ausbildungskosten“ (die ja gar nicht angefallen und dementsprechend auch nicht für Personen ohne hohe Ausbildungskosten gedacht sind), als die einkommensmaximierende Strategie. Umgekehrt wäre ein kostenintensives Medizinstudium im Ausland, gefolgt von Tätigkeit (in Österreich) ohne diesen Einkommensaufschlag, finanziell unattraktiv. Aus österreichischer Sicht wäre daher eine internationale Koordination sinnvoll, die derartigen Umverteilungsmechanismen entgegenwirkt, da diese aus einer Zeit geringerer Mobilität stammen und den jetzt bestehenden Lebensmustern nicht mehr gerecht werden.

## 6.4 Spital vs. Niederlassung

Gerade in Österreich spielt die (bewusste oder unbewusste) Entscheidung, in welchem beruflichen Setting gearbeitet wird, eine wesentliche Rolle, wenn die verfügbaren Primärversorgungskapazitäten im Fokus stehen. Anders als international üblich, stellen für AM in Österreich auch andere Berufsbilder als eben das Hausärztliche eine quantitativ wesentliche Dimension dar. Fast die Hälfte (44%) der von der Ärztekammer

zum Stichtag 31.12.2018 der Allgemeinmedizin zugeordneten Personen<sup>1</sup> arbeitete ausschließlich angestellt, also (in Kenntnis des österreichischen Gesundheitssystems) NICHT in der hausärztlichen Primärversorgung.

Dies ist quantitativ als einer der größten Verluste auf dem Weg zwischen Ausbildung in Allgemeinmedizin und hausärztlicher Versorgung zu betrachten.

In den Vergleichsländern ist die Ausbildung in Allgemeinmedizin dezidiert eine Ausbildung für die Primärversorgung im häuslichen Setting, wie beispielsweise der Begriff *General Practitioner* auch ausdrückt. Für die allgemeinmedizinische Versorgung während Spitalsaufenthalten, in der eine beträchtliche Anzahl von AM in Österreich beschäftigt ist (Im Jahr 2018 laut Statistik Austria 2.319 Personen (Statistik Austria 2019b), was knapp 16% aller allgemeinmedizinischen Ärztekammermitglieder entspricht), sind international andere Berufsgruppen bzw. andere FachärztInnen (wie im Vereinigten Königreich *Acute Internal Medicine*, *General Internal Medicine* oder Spanien (*medicina interna*) zuständig. Diese Vermischung der Zuständigkeiten und Kompetenzen verwischt das Berufsbild der Allgemeinmedizin in Österreich und es ist wohl zu bezweifeln, dass diese Unschärfe für die Schaffung eines positiven und selbstbewussten Images der Allgemeinmedizin in Österreich förderlich ist.

Neben der fehlenden konkreten Ausrichtung auf die Primärversorgung könnte auch die Ausgestaltung der Ausbildung im zeitlichen Ablauf Verluste von potenziellen HausärztInnen bedingen. Da die Lehrpraxis erst zum Ende der Ausbildungszeit angesetzt ist, sind MedizinerInnen bis zuletzt nicht der Praxis in der niedergelassenen Tätigkeit ausgesetzt und könnten somit eher verleitet sein, aufgrund mangelnder Konfrontation mit hausärztlicher Praxis die Tätigkeit im Krankenhaus vorzuziehen. Es ist fraglich, wie leicht es ist, eine solche Entscheidung in den letzten sechs Monaten der Ausbildung wieder zu revidieren; eine längere Praxisdauer böte hier mehr Möglichkeiten, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen und Interesse an den spezifischen Fragestellungen zu entwickeln.

In Österreich ist nach wie vor die Einzelpraxis die Hauptform der Primärversorgung. Dies entsprach vermutlich mehrheitlich den Präferenzen in früheren bzw. älteren Generationen von AllgemeinmedizinerInnen. Jüngere ÄrztInnen bevorzugen hingegen zunehmend (multi-)professionellen Austausch und Teamarbeit, und schätzen in geringerem Ausmaß Einzelkämpfertum und strikte (berufs-)hierarchische Strukturen. Auch dürfte – nicht zuletzt durch den gestiegenen Frauenanteil – der Wunsch nach selbständiger Praxisführung einschließlich des damit verbundenen wirtschaftlichen Risikos abgenommen haben. Dementsprechend können andere Praxismodelle bezüglich dieser geänderten Präferenzen in der Niederlassung von Vorteil sein. Insofern stellen

---

<sup>1</sup> Ohne Personen, die noch ihren Turnus absolvieren.

sich die Erleichterungen bei der Anstellung von ÄrztInnen bei ÄrztInnen, der Gründung von partnerschaftlichen Gruppenpraxen, sowie die Einführung von Primärversorgungszentren als Schritte in die richtige Richtung dar.

Dies gilt nicht nur aus prinzipiellen Überlegungen, sondern stimmt auch mit den internationalen Erfahrungen überein: die Einzelpraxis wird in immer mehr Ländern zum Auslaufmodell; Teamarbeit und (multi-)professionelle Zusammenarbeit sowie Entlastung der ÄrztInnen durch aufgewertete Gesundheitsberufe gewinnen dort an Bedeutung, wo sie noch nicht Standard sind. Im Gegensatz zu Österreich sind in den herangezogenen Vergleichsländern größere Praxisformen die Norm. Das reicht von Gruppenpraxen mit zumindest zwei AM bis zu Primärversorgungssystemen, die hauptsächlich rund um PVZ organisiert sind. Neben dem Austausch (zumindest mit einem Kollegen / einer Kollegin, im besten Fall multiprofessioneller Austausch) können in größeren Praxisformen administrative Tätigkeiten besser gebündelt werden. Ein Modell wie im Vereinigten Königreich oder z.T. auch in Skandinavien, wo es selbständige neben angestellten HausärztInnen gibt, könnte die Anreize der Selbständigkeit mit den Vorzügen der Anstellung verbinden und so unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich Einkommen, Arbeitsaufwand und Anstellungsform bedienen.

## 6.5 WahlärztIn vs. Kassenplanstelle

Wie in Abschnitt 4.5.2 erläutert, stellt das System der Unterscheidung zwischen Vertrags- und WahlärztInnen mit jeweils unterschiedlichen Tarifen und Abrechnungsmodalitäten im internationalen Vergleich ein Unikum dar. Vermutlich hängt diese Besonderheit mit einer weiteren lange bestehenden Besonderheit Österreichs zusammen, dem bis ins Jahr 2006 de facto unbeschränkten Zugang zum Medizinstudium und den damit zusammenhängend hohen Zahlen an AbsolventInnen. Dieser relative Überfluss an ÄrztInnen schuf aus Kassensicht die Notwendigkeit, mit finanziellen Anreizen einer drohenden überbordenden Inanspruchnahme an ärztlichen Leistungen gegenzusteuern (Stichwort anbieterinduzierte Nachfrage). Zu diesen Anreizen zählen einerseits die beschränkte Anzahl von Kassenplanstellen, und andererseits eine Tariffhöhe, die jedenfalls punktuell so niedrig angesetzt ist (siehe Abschnitt 2.5), dass PatientInnenkontakte zeitlich sehr kurz gehalten werden müssen, um ein „angemessenes“ Einkommensniveau zu erzielen. Ein solches angemessenes ÄrztInneneinkommen wurde unseres Wissens in Österreich, im Gegensatz etwa zu Deutschland oder den Niederlanden<sup>1</sup>, nie definiert, was Abstimmungen und

---

<sup>1</sup> In Ländern, in denen auch in der Primärversorgung ÄrztInnen im Anstellungsverhältnis arbeiten, wird diese Frage durch das Gehaltsschema sehr direkt beantwortet. Zudem wird in der Erarbeitung der Honorarschemata auf Kostenrechnungsbasis in diesen Ländern ein angemessener „ÄrztInnenlohn“ pro Zeiteinheit angenommen.

Ergebnisfindung in Honorarverhandlungen aufgrund von impliziten Auffassungsunterschieden beeinträchtigen dürfte.

Im vertragsärztlichen Bereich erzeugt die derzeitige Konstellation von Organisationsmerkmalen einen Hamsterradeffekt: die Honorarstruktur verleitet dazu, möglichst viele Leistungspositionen zu verrechnen, während weiche Faktoren wie diagnostische, motivierende und unterstützende Gespräche, PatientInnenaufklärung etc. eher unbenannt mitlaufen, als dass sie separat bezahlt werden. Dementsprechend ergibt sich eine Tendenz, derartigen Faktoren weniger Zeit zu widmen, was insbesondere von einigen jener Personen kritisiert wird, die sich als WahlärztInnen niederlassen. Gleichzeitig sind die Öffnungszeiten der Praxen offiziell zumeist auf 20h/Woche beschränkt und werden daher von PatientInnenseite als sehr restriktiv wahrgenommen, während das Gesundheitspersonal Arbeitszeiten außerhalb dieser Öffnungszeiten als Überstunden wahrnehmen könnte, was wiederum auf dieser Seite Unzufriedenheit und Belastungsgefühl verstärken kann.

Somit ergibt sich derzeit ein spezifisch österreichisches Nebeneinander von (im subjektiven Empfinden der Bevölkerung zu wenigen) VertragsärztInnen und (sehr teuren, weil zusätzlich zu den unausweichlichen Krankenversicherungsbeiträgen großteils privat zu bezahlenden) WahlärztInnen.

Daraus ergibt sich, dass eine bloße Aufstockung der Planstellen für VertragsärztInnen – selbst, wenn sie überall besetzt würden – genauso wenig die Lösung sein kann wie eine bloße Anhebung der Tarife. Von Nöten ist vielmehr eine Reform der Tarif- und Leistungsstruktur, die bessere Anreize in der gesundheitspolitisch gewünschten Richtung bietet als die derzeitige. Einige derartige Elemente werden in Abschnitt 6.7 andiskutiert.

## 6.6 Ländlicher Raum

Auch andere Länder haben mit Rekrutierungsschwierigkeiten am Land zu kämpfen. Bekannte Ursachen für die Motivation, lieber in städtischer als in ländlicherer Umgebung zu praktizieren, liefern teilweise Ansatzpunkte, um die Versorgung des ländlichen Raumes zu verbessern:

Einzelne Länder (wie die Vergleichsländer Belgien und das Vereinigte Königreich) haben Programme gestartet, um die ländliche Primär-Versorgung zu intensivieren. Modelle, die dabei allein auf **monetäre Anreize** setzen, dürften nur wenig in Bewegung setzen. Dies stimmt auch mit der Vielschichtigkeit der Problematik überein, die sich aus Befragungsergebnissen angehender MedizinerInnen in Österreich ergeben hat. Unter diesem Aspekt ist auch das hohe finanzielle Gewicht zu hinterfragen, das die

Hausapothekenführung für ländliche AllgemeinmedizinerInnen hat, denen eben eine solche gestattet ist (siehe letzten Absatz in Abschnitt 2.6 und Cypionka et al. 2018). Es wäre zu untersuchen, ob das Entgelt für die Führung von Hausapotheken den optimalen finanziellen Anreiz für die ländliche Versorgung darstellt: Nur manche ÄrztInnen am Land kommen in den Genuss dieses Zusatzeinkommens, während auch die ÄrztInnen ohne Hausapotheke mit den Schwierigkeiten der ländlichen Versorgung konfrontiert sind. Eine direktere Förderung der Praxisführung am Land könnte bei gleichzeitiger Reduktion des „Hausapothekenbonus“ aufkommensneutral gestaltet werden, und die Attraktivität der Landpraxen für eine größere Anzahl von LandärztInnen steigern.

Dem Argument des gewünschten Verbleibs in gewohntem Umfeld (also oft am Studienort) kann damit entgegengesetzt werden, dass die Arbeitsaufnahme in einem ländlichen Ort nach Ausbildungsende unterstützt wird. Für Studierende aus einem solchen Ort wäre somit auch kein „völliger sozialer Neubeginn“ notwendig. In einigen deutschen Bundesländern<sup>1</sup> werden sogenannte **Landarzt-Stipendien** vergeben, gebunden an die Berufsausübung in ländlichen Orten nach Ausbildungsabschluss für eine bestimmte Mindestdauer, z.B. 60 Monate. Haben sich die jungen HausärztInnen gut in ihre neue Umwelt eingelebt, kann daraus auch eine langfristig verbesserte Versorgungssituation entstehen. Aus den Vergleichsländern des vorliegenden Berichtes sind uns allerdings keine derartigen Aktivitäten bekannt, sondern eher einmalige Zahlungen bei Übernahme einer Stelle in einem unterversorgten Gebiet (Vereinigtes Königreich, Belgien).

Dem Argument des fehlenden **fachlichen Austauschs** mangels AnsprechpartnerInnen auf dem Land kann zum einen mit verstärkter Unterstützung diesbezüglicher Infrastruktur begegnet werden, wie Qualitätszirkeln und ähnlichem, auch unter Einsatz neuer Medien. Freilich können Qualitätszirkel nicht die unterstützenden, vielleicht erfahreneren KollegInnen im täglichen Arbeitsalltag vollständig ersetzen. Hier könnte zum einen die verstärkte Praxiseinbindung während der Ausbildung gewissermaßen präventiv helfen, derartige Vorbehalte gegenüber dem selbständigen Praktizieren abzubauen. Zum anderen weist auch diese Problematik auf die Sinnhaftigkeit hin, von den in Österreich so verbreiteten Einzelpraxen auf Praxisformen mit mehreren TeilnehmerInnen umzustellen. Dies wiederum würde auch für den ländlichen Raum eine gewisse Zentralisierung der ärztlichen Kapazitäten bedeuten. Eine Zentralisierung stünde aber nicht isoliert im Raum, sondern würde idealerweise abgestimmt mit anderen Entwicklungen geschehen. So wurde im Regierungsprogramm 2020 die (Wieder)Einführung von *Community Nurses* angekündigt, was insbesondere, aber nicht

---

<sup>1</sup> Beispielsweise in Bayern, wo bereits über 250 derartige Stipendien vergeben wurden, die sich aber nicht auf Allgemeinmedizin beschränken. (<https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/stipendienprogramm-fuer-medizinstudierende/>)

nur in der aufsuchenden Versorgung pflegebedürftiger Personen eine gute Kompensation darstellen kann. Auch die Telemedizin bietet vor allem in der ländlichen Versorgung noch einige derzeit ungenutzte Möglichkeiten.

Die Befürchtung, als ÄrztIn für Allgemeinmedizin zeitlich zu stark durch **Bereitschafts- und Wochenenddienste** in Anspruch genommen zu werden, wiegt in der ländlichen Versorgung besonders schwer, weshalb die unter 4.5.3 diskutierten Ansatzpunkte auch in diesem Kontext Verbesserungspotenzial in sich bergen. Dies könnte die Vergrößerung von rotierenden Bereitschafts-Netzwerken wie beispielsweise in den Niederlanden beinhalten, um die Last der einzelnen HausärztInnen zu verringern. Darüber hinaus würde eine verpflichtende telefonische Triage durchgeführt von medizinisch geschultem Personal (unter Aufsicht von AM) die Anzahl der Konsultationen in den Randzeiten verringern. Um Vorbehalten gegenüber „Ferndiagnostik“ und den damit u.U. verbundenen rechtlichen Fragen (Haftung...) besser begegnen zu können, wäre ein Erfahrungsaustausch mit den diesbezüglich bereits in einigen Ländern (siehe Tabelle 9 im internationalen Kapitel) gewonnenen Erfahrungen hilfreich.

## 6.7 Organisatorisches

Einige der in diesem Bericht angesprochenen Organisationsmerkmale der österreichischen ärztlichen Versorgung hängen mit einander zusammen und bedingen eine geringe Attraktivität des Berufes als HausärztIn, die sich dann in Fehlallokationen in der gesamten medizinischen Versorgung fortsetzen. Das Bestreben, Primärversorgungszentren einzurichten, setzt an diesen Problemen an, müsste aber noch an Dynamik zunehmen um tatsächlich zur Lösung der Probleme beitragen zu können. Erst das Bearbeiten mehrerer Aspekte kann unseres Erachtens zu einer nachhaltigen Lösung führen. Im Bereich der Attraktivierung der Allgemeinmedizin zählen hierzu folgende Änderungen:

- Die Aufwertung der Allgemeinmedizin im Bereich der Ausbildung und eine weitere Verstärkung des berufspraktischen Fokus' in Studium und insbesondere postpromotioneller Ausbildung wurde ausführlich in den vorigen Abschnitten dargelegt.
- Die Tarifstruktur im niedergelassenen Bereich sollte sich einerseits stärker an den gesundheitspolitischen Zielen orientieren, und andererseits stärker auf Kostenrechnung denn auf „Gewohnheitsrechte“ und Verhandlungsergebnisse bauen (vgl. Riedel 2018). So sollte das Honorierungssystem auch Elemente beinhalten, die an der Versorgung des PatientInnenstocks orientiert sind (nicht nur an Einzelleistungen und Ordinationspauschalen), um damit Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze zu unterstützen. So könnten Kassenverträge

auch für AllgemeinmedizinerInnen mit dementsprechenden Behandlungszielen wieder interessanter werden, die das derzeitige System mit dem zeitweiligen Charakter von „Fließbandmedizin“ ablehnen.

- Die Tarif- und Vertragsgestaltung sollte das teamorientierte Arbeiten in der Primärversorgung fördern, also durch entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten dazu beitragen, dass die ärztliche Tätigkeit durch weitere Gesundheitsberufe unterstützt und entlastet wird, z.B. durch spezialisierte Pflegekräfte in der Versorgung einzelner chronischer Erkrankungen. Das multiprofessionelle Arbeiten in Praxen schafft zwar noch keine zusätzlichen Land- oder VertragsärztInnen, spielt aber die vorhandenen frei, indem sie von Arbeiten entlastet werden, die eben keine ärztliche Ausbildung (unter Umständen aber andere Spezialisierungen) benötigen. Schlussendlich steigert diese Herangehensweise die Versorgungskapazität. Auch liegen internationale Beispiele vor, dass gerade Landpraxen durch die Übernahme von Lohnkosten für Unterstützungspersonal gefördert werden, eine Strategie, die in Österreich unseres Wissens noch auf lokalen Initiativen aber nicht gesamthafter Gesundheitspolitik beruht.
- Die stärkere und soweit möglich, eigenverantwortliche, Einbindung anderer Gesundheitsberufe würde auch die einzelnen Praxen aufwerten und breitere Öffnungszeiten ermöglichen, in denen Angehörige von Gesundheitsberufen anwesend und ansprechbar sind.
- Zu begleiten wäre eine solche stärker auch auf andere Gesundheitsberufe aufbauende Primärversorgung jedoch durch umfassende Bewusstseinsbildung auf allen drei Seiten, MedizinerInnen, den Angehörigen der aufgewerteten Gesundheitsberufe, und vor allem auch der Bevölkerung, damit diese den Mehrwert einer solchen Versorgung erkennt und akzeptiert.

## 7 Verzeichnisse

### 7.1 Abkürzungsverzeichnis

|          |  |
|----------|--|
| ÄAO 2015 | Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015               |
| AM       | AllgemeinmedizinerInnen                                |
| GPC      | General Practice Cooperatives                          |
| KAV      | Wiener Krankenanstaltenverbund                         |
| KPJ      | Klinisch-Praktisches Jahr                              |
| OECD     | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| OOH      | Out of office  |
| OOP      | Out of pocket  |
| PVZ      | Primärversorgungszentren                               |
| SA/GW    | Selbständige Arbeit und Gewerbe                        |
| UA       | Unselbständige Arbeit                                  |
| W-BedG   | Wiener Bediensteten Gesetz                             |

### 7.2 Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Verteilung der ÄrztInnen nach 5-jährigen Altersgruppen, Kammermitglieder am 31.12.2020 .....  | 10 |
| Abbildung 2: Frauenanteil nach Altersgruppen, Kammermitglieder am 31.12.2018 .....   | 10 |
| Abbildung 3: Anteil der Allgemeinmedizin an gesamter ÄrztInnenzahl nach 5-jährigen Altersgruppen, Kammermitglieder am 31.12.2018 .....                         | 18 |
| Abbildung 4: Relevante ärztliche Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag, aus selbstständiger und unselbständiger Tätigkeit, nach Fachgruppe, 2015 ..... | 22 |
| Abbildung 5: Anteil der im Ausland ausgebildeten MedizinerInnen (in Prozent), 2017* .....  | 27 |
| Abbildung 6: Jährlicher Zufluss von AuslandsabsolventInnen (Durchschnitt 2007-2017) .....  | 28 |
| Abbildung 7: Bestand an im Ausland ausgebildeten MedizinerInnen (2017) .....   | 28 |
| Abbildung 8: AllgemeinmedizinerInnen nach arbeitsrechtlichem Status, Kammermitglieder am 31.12.2018 .....  | 30 |
| Abbildung 9: AllgemeinmedizinerInnen nach Tätigkeitsart, Kassenmitglieder am 31.12.2018 ...  | 33 |
| Abbildung 10: Stellschrauben-Grafik .....  | 44 |

Abbildung 11: Ausbildungsweg zur/zum praktischen Ärztin/ Arzt ..... 54

Abbildung 12: Postpromotioneller Ausbildungsweg zur/zum praktischen Ärztin/ Arzt ..... 57

### 7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gehaltsstufen für ÄrztInnen in Ausbildung für Wiener Gemeindebedienstete, 2020 . 20

Tabelle 2: Entlohnungsstufen für ÄrztInnen in Ausbildung für Bedienstete des Landes Steiermark, 2019, in Euro pro Monat ..... 21

Tabelle 3: Dimensionen zur Bewertung von Primärversorgungssystemen ..... 46

Tabelle 4: Merkmale zur Bewertung von Primärversorgungssystemen ..... 47

Tabelle 5: Überblick internationaler Vergleich Primärversorgungssysteme ..... 48

Tabelle 6: Aufnahmeverfahren Medizinstudium ..... 50

Tabelle 7: Dauer des Praktikums in der Allgemeinmedizin ..... 52

Tabelle 8: Dauer der praktischen Ausbildung Allgemeinmedizin ..... 59

Tabelle 9: Organisationsformen von Randzeiten-Versorgung ..... 73

### 7.4 Literaturverzeichnis

AKNÖ. (2020). Stellenausschreibungen. *Ärztelkammer für Niederösterreich. Service - Qualität -*

*Kompetenz.* [https://www.arztnoe.at/fuer-](https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/kassenstellen/stellenausschreibungen)

[aerzte/kassenstellen/stellenausschreibungen](https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/kassenstellen/stellenausschreibungen). Zugegriffen: 10. März 2020

Albrecht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., et al.

(2016). *Slovenia: Health system review* (No. Vol. 18 No. 3) (S. 207).

Amrouche, I. (2018, Juni 29). Salaire des internes: et si on parlait argent? *Remede.org: La 1ère*

*Communauté Médicale.* [http://www.remede.org/documents/salaire-des-internes-et-](http://www.remede.org/documents/salaire-des-internes-et-si-on-parlait-argent.html)

[si-on-parlait-argent.html](http://www.remede.org/documents/salaire-des-internes-et-si-on-parlait-argent.html). Zugegriffen: 10. Dezember 2019

Angerer, M. (2019, Dezember 11). Der Frust der angehenden Ärzte. *Die Presse.*

<https://www.diepresse.com/5737073/der-frust-der-angehenden-arzte>. Zugegriffen:

23. Januar 2020

- AViQ. (2019). Portail Santé - Impulseo I. *Wallonie - familles santé handicap | Agence wallone pour une vie de qualité*. <http://sante.wallonie.be/?q=node/4466>. Zugegriffen: 21. Oktober 2019
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., et al. (2018). *Austria: health system review* (No. Vol. 20 No. 3). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bensing, J. M., Den Brink-Muinen, A. V., & De Bakker, D. H. (1993). Gender Differences in Practice Style: A Dutch Study of General Practitioners. *Medical Care*, 31(3), 219–229. <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00004>
- Berchet, C., & Nader, C. (2016). *The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries* (OECD Health Working Papers No. 89). <https://doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en>
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Pena-Longobardo, L. M., et al. (2018). *Spain: Health system review* (No. Vol. 20 No. 2) (S. 179). European Observatory on Health Systems and Policies. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf?ua=1)
- Bjørnskov Pedersen, L., & Nexøe, J. (2016). Preference for practice – recent evidence. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 1–2. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1142175>
- Blaauw, J. H. (2016, September 6). *Primary Care in the Netherlands. „Exit the Lonely Doctor“*. Gehalten auf der Vienna Healthcare Lectures, Vienna. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.713555&version=1473840412>. Zugegriffen: 5. März 2020
- Blum, K., Köpf, P., Metzinger, B., & Offermans, M. (2011). Ärztegehälter im Krankenhaus im europäischen Vergleich. *das Krankenhaus*, 11.2011, 1092–1099.

- BMGF. (2018). Sonderrichtlinie Lehrpraxisförderung für den Zeitraum 2018-2020 des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Boon, V., Ridd, M., & Blythe, A. (2017). Medical undergraduate primary care teaching across the UK: what is being taught? *Education for Primary Care, 28*(1), 23–28.  
<https://doi.org/10.1080/14739879.2016.1222887>
- Brekke, M., Carelli, F., Zarbailov, N., Javashvili, G., Wilm, S., Timonen, M., & Tandeter, H. (2013). Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. *BMC Medical Education, 13*(157).  
<https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-157>
- Bulc, M., Švab, I., Rotar Pavlič, D., & Kolšek, M. (2006). Specialist training of Slovene family physicians. *The European Journal of General Practice, 12*(3), 128–132.  
<https://doi.org/10.1080/13814780600780759>
- Cartier, T., Ryssaert, L., & Bourgueil, Y. (2015). Belgium. In D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, & R. B. Saltman (Hrsg.), *Building primary care in a changing Europe: case studies* (S. 9–18). Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.
- CCFFMG. (2019a). LE VADEMECUM 2019-2020. Approuvé par le conseil d'administration du CCFFMG du 21 mai 2019. Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale. <http://www.ccffmg.be/wp-content/uploads/2019/05/vademecum-du-CCFFMG-pour-lann%C3%A9-2019-2020-approuv%C3%A9-par-le-CA-du-21-mai-2019.pdf>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- CCFFMG. (2019b). Formation pédagogique initiale pour nouveaux maîtres de stage en médecine générale. Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale. <http://www.ccffmg.be/formations-pedagogiques-initiales-des-maitres-de-stage/>. Zugegriffen: 10. Dezember 2019

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., & Steel, D. (2015). *United Kingdom: Health system review* (No. Vol. 17 No. 5) (S. 125). European Observatory on Health Systems and Policies.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1)

Cypionka, T., Pock, M., & Reiss, M. (2018). *ÄrztInneneinkünfte in Österreich. Eine Analyse anhand von Lohn- und Einkommensdaten*. (Projektbericht) (S. 188). Wien: Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4878/4/2018-cypionka-pock-reiss-aerztinneneinkuenfte-oesterreich.pdf>

Cypionka, T., Titelbach, G., & Klambauer, A. (2012). *Regionale Versorgung im ambulanten Bereich: Internationale Perspektiven* (No. IV/Winter 2012) (S. 16). Wien: Institut für Höhere Studien.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714686&version=1391184720>

Danish Health Authority. (2020). Målbeskrivelser.

<https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser>. Zugegriffen: 23. April 2020

Delhalle, D. (2014, November 17). De nombreux médecins français n'utilisent pas leur numéro INAMI. *RTBF Info*. [https://www.rtf.be/info/societe/detail\\_de-nombreux-medecins-francais-n-utilisent-pas-leur-numero-inami?id=8403599](https://www.rtf.be/info/societe/detail_de-nombreux-medecins-francais-n-utilisent-pas-leur-numero-inami?id=8403599). Zugegriffen: 21. Oktober 2019

Detollenaere, J. (2016). *Primary Care in Belgium*. Gehalten auf der Observatory Venice Summer School, Venice. <https://biblio.ugent.be/publication/8040422/file/8040432.pdf>

Die Ärztekammer Steiermark. (2019). Starthilfe für schwer besetzbare Ordinationen. *Die Ärztekammer Steiermark*. <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=8215>. Zugegriffen: 30. Juni 2020

DMG. (2019). Le master de spécialisation. *Département de Médecine Générale de l'ULB*. <https://dmgulb.be/master-specialisation/>. Zugegriffen: 2. Dezember 2019

- Domela, A. (2019, Juli 31). Faire médecine à l'étranger, le choix de nombreux étudiants français. *Lepetitjournal*. /expat-etudiant/faire-medecine-letranger-le-choix-de-nombreux-etudiants-francais-262308. Zugegriffen: 21. Oktober 2019
- Dumontet, M., Le Vaillant, M., & Franc, C. (2012). What determines the income gap between French male and female GPs - the role of medical practices. *BMC Family Practice*, 13(1), 94. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-94>
- Egyed, M.-T. (2014, Juli 31). Neue Ärzteausbildung: Drei Jahre weniger bis zum Facharzt. Die neue Ärzteausbildung soll den Beruf wieder attraktiver machen. *Der Standard*. <https://www.derstandard.at/story/2000003796814/neue-aerzteausbildung-drei-jahre-weniger-bis-zum-facharzt>. Zugegriffen: 23. Januar 2020
- EJD. (2014a). Denmark | Medical Mobility. *European Junior Doctors Association | European Medical Mobility. Facilitating training in the medical field*. <http://www.medicalmobility.eu/denmark>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- EJD. (2014b). Slovenia | Medical Mobility. *European Junior Doctors Association | European Medical Mobility. Facilitating training in the medical field*. <http://www.medicalmobility.eu/slovenia>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- EJD. (2014c). Spain | Medical Mobility. *European Junior Doctors Association | European Medical Mobility. Facilitating training in the medical field*. <http://www.medicalmobility.eu/spain>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- EJD. (2014d). Netherlands | Medical Mobility. *European Junior Doctors Association | European Medical Mobility. Facilitating training in the medical field*. <http://www.medicalmobility.eu/netherlands>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- EJD. (2014e). United Kingdom | Medical Mobility. *European Junior Doctors Association | European Medical Mobility. Facilitating training in the medical field*. <http://www.medicalmobility.eu/united-kingdom>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019

- ERI. (2019). SalaryExpert: Medical Resident Salary Copenhagen, Denmark. *Economic Research Institute | Salaryexpert*. <https://www.salaryexpert.com/salary/job/medical-resident/denmark/copenhagen>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- Euroguidance. (2019). Les études de médecine en Belgique. *Euroguidance: S'orienter, étudier et se former en Europe*. <https://www.euroguidance-france.org/partir-en-europe/belgique/les-etudes-de-medecine/>. Zugegriffen: 2. Dezember 2019
- FAIMER. (2019). Postgraduate Medical Education (PME) Project. *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*. <https://www.faimer.org/resources/pme/index.html>. Zugegriffen: 25. September 2019
- Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., Oderkirk, J., & Colombo, F. (2016). *Primary Care Review of Denmark* (S. 67). OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Primary-Care-Review-of-Denmark-OECD-report-December-2016.pdf>
- Fößleitner, S., & Teichert, T. (2017). *Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich. Bestandsaufnahme und Analyse* (S. 43). Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714994&version=1490770055>
- Freire, J.-M., Infante, A., de Aguiar, A. C., & Carbajo, P. (2015). An analysis of the medical specialty training system in Spain. *Human Resources for Health*, 13(42). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0038-y>
- García-Estañ, J. (2018). Studying Medicine and being a doctor in Spain. *MedEdPublish*, 7(4). <https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000276.1>
- Gault, B. (2019, Juli 11). Number of registered patients per GP rises to almost 2,100. *Pulse. At the heart of General Practice since 1960*. <http://www.pulsetoday.co.uk/news/all-news/number-of-registered-patients-per-gp-rises-to-almost-2100/20039037.article>. Zugegriffen: 5. März 2020

- Gerken, S., & Merkur, S. (2010). *Belgium: Health System Review* (No. Vol. 12 No. 5) (S. 301). European Observatory on Health Systems and Policies.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1)
- Gerstendorfer, E. (2019, März 27). Medizinstudentin: „Für viele ist das Ausland eine Option“. *Kurier*. <https://kurier.at/gesund/medizinstudentin-fuer-viele-ist-das-ausland-eine-option/400447882>. Zugegriffen: 29. Januar 2020
- GMC. (2020). First year of the Foundation Programme (F1). *General Medical Council*.  
<https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/provisional-registration/first-year-of-the-foundation-programme-f1>. Zugegriffen: 10. März 2020
- GPNRO. (2019). The GP Training Programme. *The General Practice (GP) National Recruitment Office*. <https://gprecruitment.hee.nhs.uk/Recruitment/Training>. Zugegriffen: 25. September 2019
- Haartsen, T., Huigen, P. P. P., & Groote, P. (2003). Rural Areas in the Netherlands. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 94(1), 129–136. <https://doi.org/10.1111/1467-9663.00243>
- Hartmann, L., Ulmann, P., & Rochaix, L. (2006). Access to regular health care in Europe. Outline presentation. *Revue française des affaires sociales*, (6–7), 115–132.  
<https://doi.org/10.3917/rfas.en606.0115>
- Hasvold, T. (2015). Denmark. In D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, & R. B. Saltman (Hrsg.), *Building primary care in a changing Europe: case studies* (S. 49–56). Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.
- HealthManagement. (2010). Overview of the Spanish Healthcare System. *HealthManagement*.  
<https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/overview-of-the-spanish-healthcare-system>. Zugegriffen: 6. März 2020
- Heukemes, N. (2019). Zuschuss für Praxisassistenten. *Ostbelgien - Das Bürgerinformationsportal der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens*.

[https://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-4799/8514\\_read-47754/](https://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-4799/8514_read-47754/).

Zugegriffen: 21. Oktober 2019

Hoffmann, K., Schober, J., Schäfer, W., & Maier, M. (2013). Tackling the reasons for GP shortage: The workload of GPs in rural and urban areas in Austria. A cross-sectional study within the framework of QUALICOPC. *European Journal of Public Health*, 23(suppl\_1). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt126.310>

ISNAR.IMG. (2019). La rémunération et les indemnités des internes en médecine générale. *Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale*. <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/remuneration/>.

Zugegriffen: 10. Dezember 2019

JAMÖ. (2013). Stellungnahme Lehrpraxis in Europa. Offener Brief zur Lehrpraxis in der Allgemeinmedizin. Junge Allgemeinmedizin Österreich. [http://www.lehrpraxis.or.at/michaelwendler/wp-content/uploads/2014/05/JAM%C3%96-Stellungnahme\\_Lehrpraxis\\_in\\_Europa-Okt13.pdf](http://www.lehrpraxis.or.at/michaelwendler/wp-content/uploads/2014/05/JAM%C3%96-Stellungnahme_Lehrpraxis_in_Europa-Okt13.pdf)

JKU. (2019). Curriculum zum Masterstudium Humanmedizin. Johannes Kepler Universität Linz. [https://studienhandbuch.jku.at/texte/764\\_3\\_MS\\_Humanmedizin.pdf](https://studienhandbuch.jku.at/texte/764_3_MS_Humanmedizin.pdf). Zugegriffen: 26. Mai 2020

JKU. (2020). Famulatur Humanmedizin. *Johannes Kepler Universität Linz*. <https://www.jku.at/studieren/studium-von-a-z/famulatur-humanmedizin/>. Zugegriffen: 10. März 2020

Jung, R. (2016). *Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin. Ist es korrekt, von einem Einzelleistungssystem zu sprechen?* (S. 14). Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715002&version=1478161890>

- Kjær, N. K., Wejlby Clausen, L., & Qvesel, D. (2012). Doctors applying for Danish postgraduate medical specialist training are getting younger. *Danish Medical Journal*, *59*(7), 1–4.
- Klemm, K. (2020, Juni 2). Startkapital für Hausärzte: Wiener Ärzteoffensive wird ausgeweitet. [https://www.meinbezirk.at/wien/c-lokales/wiener-aerzteoffensive-wird-ausgeweitet\\_a3911583](https://www.meinbezirk.at/wien/c-lokales/wiener-aerzteoffensive-wird-ausgeweitet_a3911583). Zugegriffen: 30. Juni 2020
- Kraft, H. G., Lamina, C., Kluckner, T., Wild, C., & Prodinger, W. M. (2013). Paradise lost or paradise regained? Changes in admission system affect academic performance and drop-out rates of medical students. *Medical Teacher*, *35*(5), e1123–e1129. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.733835>
- Kringos, D. S., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., et al. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, *63*(616), e742–e750. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., et al. (2010). The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, *11*(81). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015a). *Building primary care in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (Hrsg.). (2015b). *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>. Zugegriffen: 18. September 2019
- Kringos, D. S., van Riet Paap, J., & Boerma, W. G. W. (2015). Netherlands. In D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, & R. B. Saltman (Hrsg.), *Building primary care in a changing Europe: case studies* (S. 181–192). Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.

- Krois, W., Nia, A., & Niederecker, A. (2015). #Basisausbildung #KARRIEREGUIDE. NETDOX.at.  
<http://messe.medkarriere.at/wp-content/uploads/2015/10/karriereguide.pdf>
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. van den, Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). *The Netherlands: health system review* (No. Vol. 18 No. 2) (S. 239). European Observatory on Health Systems and Policies.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1)
- LaLibre. (2017, März 18). Inami: Les experts réclament (à nouveau) davantage de médecins francophones. *LaLibre*. <https://www.lalibre.be/belgique/inami-les-experts-reclament-a-nouveau-davantage-de-medecins-francophones-58cc1f7ecd705cd98e009279>.  
Zugegriffen: 21. Oktober 2019
- Le Soir. (2019a, Juli 10). Etudes de médecine: l'examen d'entrée a rassemblé 3.517 candidats. *Le Soir*. <https://www.lesoir.be/235818/article/2019-07-10/etudes-de-medecine-lexamen-dentree-rassemble-3517-candidats>. Zugegriffen: 21. Oktober 2019
- Le Soir. (2019b, Juli 20). Etudes de médecine: l'examen d'entrée affiche un taux de réussite de 15,47%. *Le Soir*. <https://www.lesoir.be/237585/article/2019-07-20/etudes-de-medecine-lexamen-dentree-affiche-un-taux-de-reussite-de-1547>. Zugegriffen: 21. Oktober 2019
- Leherte, O. (2019, Januar 28). Pas assez de médecins généralistes côté francophone, la faute à qui? *RTBF Info*. [https://www.rtbef.be/info/societe/detail\\_pas-assez-de-medecins-generalistes-cote-francophone-la-faute-a-qui?id=10130882](https://www.rtbef.be/info/societe/detail_pas-assez-de-medecins-generalistes-cote-francophone-la-faute-a-qui?id=10130882). Zugegriffen: 21. Oktober 2019
- LSE. (2017). *Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System* (No. Volume 1-International Comparisons and Policy Options). London: London School of Economics and Political Science (LSE Health).

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.704325&version=1561966222>

Marchart, J. M. (2019, Februar 23). Bereitschaftspflicht für Ärzte gekippt. *Österreich Politik - Nachrichten - Wiener Zeitung Online*.

<https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/1018918-Bereitschaftspflicht-fuer-Aerzte-gekippt.html>. Zugegriffen: 10. März 2020

Medical Chamber of Slovenia. (2019). Arhiv razpisov specializacij za zdravnike. *Zdravniska Zbornica Slovenije*. <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/specializacije/razpisi-specializacij/arhiv-razpisov-specializacij-za-zdravnike>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019

Medical Schools Council. (2019). Entry requirements for UK medical schools. 2020 entry. Medical Schools Council. <https://www.medschools.ac.uk/media/2357/msc-entry-requirements-for-uk-medical-schools.pdf>. Zugegriffen: 18. September 2019

Medizinische Universität Graz. (2019). Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin. Version 18. Curriculumsweiterentwicklung 2013.

Medizinische Universität Graz. (2020a). Abgeschlossene Projekte. *Medizinische Universität Graz | Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung*. <https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/forschung/abgeschlossene-projekte/>. Zugegriffen: 10. März 2020

Medizinische Universität Graz. (2020b). Aufnahmeverfahren MedAT-H - Vorbereitung. für das Studienjahr 2020/21. *Medizinische Universität Graz | Nachhaltig leben. lernen. forschen*. <https://www.medunigraz.at/aufnahmeverfahren-humanmedizin/medat-h-vorbereitung/>. Zugegriffen: 23. Januar 2020

Medizinische Universität Innsbruck. (2019, Juni 26). Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck. 183. Änderung des Studienplans für das Diplomstudium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck. <https://www.i->

[med.ac.at/studium/docs/Studienplan\\_Q202\\_26\\_06\\_2017.pdf](https://www.i-med.ac.at/studium/docs/Studienplan_Q202_26_06_2017.pdf). Zugegriffen: 26. Mai 2020

Medizinische Universität Innsbruck. (2020). Pflichtfamulatur. *Medizinische Universität Innsbruck*.  
<https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/Pflichtfamulatur.html>. Zugegriffen: 14. Januar 2020

Medizinische Universität Wien. (2019). Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin.  
Konsolidierte Fassung: Stand Oktober 2019.  
[https://www.meduniwien.ac.at/web/fileadmin/content/serviceeinrichtungen/studienabteilung/studium/Humanmedizin/20190614\\_kons\\_Curr\\_Humanmed\\_Stand\\_Okt\\_2019.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/web/fileadmin/content/serviceeinrichtungen/studienabteilung/studium/Humanmedizin/20190614_kons_Curr_Humanmed_Stand_Okt_2019.pdf). Zugegriffen: 26. Mai 2020

Medizinische Universität Wien. (2020). Famulaturen & Praktika | Mein Studium Humanmedizin an der MedUni Wien. *Medizinische Universität Wien*.  
<https://www.meduniwien.ac.at/web/studierende/mein-studium/diplomstudium-humanmedizin/famulaturen-praktika/>. Zugegriffen: 14. Januar 2020

MedUni Wien. (2020). Informationen zum Exzellenzprogramm KPJ-Allgemeinmedizin Wien für Studierende. *Zentrum für Public Health. Medizinische Universität Wien. Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin*.  
<https://allgmed.meduniwien.ac.at/lehre/kpj/informationen-zum-exzellenzprogramm-kpj-allgemeinmedizin-wien-fuer-studierende/>. Zugegriffen: 10. März 2020

Messoudi, H. (2019, März 11). Comment s'explique la pénurie de généralistes? *RTBF Info*.  
[https://www.rtbef.be/info/belgique/detail\\_comment-s-explique-la-penurie-de-generalistes?id=10138726](https://www.rtbef.be/info/belgique/detail_comment-s-explique-la-penurie-de-generalistes?id=10138726). Zugegriffen: 21. Oktober 2019

Mignon, T. (2014, November 2). Pénurie de médecins, ou de numéros Inami? Un système à réformer. *RTBF Info*. [https://www.rtbef.be/info/belgique/detail\\_penurie-de-medecins-ou-de-numeros-inami-un-systeme-a-reformer?id=8392124](https://www.rtbef.be/info/belgique/detail_penurie-de-medecins-ou-de-numeros-inami-un-systeme-a-reformer?id=8392124). Zugegriffen: 21. Oktober 2019

Miko, H.-R. (2017, Mai 17). Medizinerquote darf bleiben. *APA-OTS*.

[https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20170517\\_OTS0154/medizinerquote-darf-bleiben](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170517_OTS0154/medizinerquote-darf-bleiben). Zugegriffen: 23. Januar 2020

Ministry of Children and Education. (2020). 7-point grading scale.

<https://eng.uvm.dk:443/general-overview/7-point-grading-scale>. Zugegriffen: 23. April 2020

National Board of Health. (2012). *Postgraduate medical training in Denmark – status and future perspectives. Summary in English* (S. 20). Copenhagen (Denmark): National Board of Health. [https://www.sst.dk/-](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2012/Publ2012/EFUA/Laeger/Postgraduate-medical-training-in-Denmark-%E2%80%93-status-and-future-perspectives,-d,-Summary-in-English.ashx)

[/media/Udgivelser/2012/Publ2012/EFUA/Laeger/Postgraduate-medical-training-in-Denmark-%E2%80%93-status-and-future-perspectives,-d,-Summary-in-English.ashx](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2012/Publ2012/EFUA/Laeger/Postgraduate-medical-training-in-Denmark-%E2%80%93-status-and-future-perspectives,-d,-Summary-in-English.ashx)

NHS. (2019a). Specialty Training > Competition Ratios. *NHS Health Education England*.

<https://specialtytraining.hee.nhs.uk/Competition-Ratios>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019

NHS. (2019b). Applying for foundation training. *NHS Health Education England | Health Careers*.

<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/foundation-training/applying-foundation-training>. Zugegriffen: 9. Januar 2020

NHS. (2020a). General practice (GP). *NHS Health Education England | Health Careers*.

<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practice-gp>. Zugegriffen: 6. März 2020

NHS. (2020b). Practice manager. *NHS Health Education England | Health Careers*.

<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/management/roles-management/practice-manager>. Zugegriffen: 6. März 2020

NHS. (2020c). Targeted Enhanced Recruitment Scheme in England. FAQs for GP Applicants (2020-21). *NHS Health Education England*.

<https://gprecruitment.hee.nhs.uk/recruitment/ters/england>. Zugegriffen: 6. März 2020

- NHS. (2020d). Targeted Enhanced Recruitment Scheme. *NHS England*.  
<https://www.england.nhs.uk/gp/the-best-place-to-work/starting-your-career/recruitment/>. Zugriffen: 6. März 2020
- ÖÄK. (2019a). Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2018. Österreichische Ärztekammer.  
[https://www.aerztekammer.at/documents/261766/124736/OeAeK+Aerztstatistik\\_2018.pdf/a7504601-fae6-938d-368d-1dc224bb8118](https://www.aerztekammer.at/documents/261766/124736/OeAeK+Aerztstatistik_2018.pdf/a7504601-fae6-938d-368d-1dc224bb8118). Zugriffen: 9. März 2020
- ÖÄK. (2019b). Anerkennung als Lehrpraxis / Lehrgruppenpraxis. *Österreichische Ärztekammer*.  
<https://www.aerztekammer.at/anererkennung-von-lehrpraxen>. Zugriffen: 5. Dezember 2019
- OECD. (2019a). OECD Health Statistics 2019. *Organisation for Economic Co-Operation and Development | OECD.Stat*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9#>.  
Zugriffen: 25. September 2019
- OECD. (2019b). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.  
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Belgium: Country Health Profile 2019* (S. 24). OECD. <https://doi.org/10.1787/3bcb6b04-en>
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). *Denmark: Health system review* (No. Vol. 14 No. 2) (S. 192). European Observatory on Health Systems and Policies.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf)
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Sondergaard, J. (2012). General Practice and Primary Health Care in Denmark. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S34–S38. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110216>
- Petrovic, R. (2016). Students' opinions on working in rural practice in Slovenia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 4, 448–454. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2016.63700>

- Pfarrwaller, E., Sommer, J., Chung, C., Maisonneuve, H., Nendaz, M., Junod Perron, N., & Haller, D. M. (2015). Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 30(9), 1349–1358. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3372-9>
- Plat, E., Scherer, M., Bottema, B., & Chenot, J.-F. (2007). Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden - ein Modell für Deutschland? *Das Gesundheitswesen*, 69(7), 415–419. <https://doi.org/10.1055/s-2007-985128>
- Poggenburg, S., Avian, A., Siebenhofer-Kroitzsch, A., Berghold, A., & Jeitler, K. (2017). *Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland* (S. 56). Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. [https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV\\_BMotiv-AM\\_final.pdf](https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/allgemeinmedizin/Publikationen/Berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf)
- Radinger, R., Trenkwalder, K., & Wanek-Zajic, B. (2016). *Auswertung der Wegzüge von Personen mit Abschluss eines Studiums an einer öffentlichen Universität* (S. 140). Wien: Statistik Austria.
- Reibnegger, G., Caluba, H.-C., Ithaler, D., Manhal, S., Neges, H. M., & Smolle, J. (2011). Dropout Rates in Medical Students at One School Before and After the Installation of Admission Tests in Austria: *Academic Medicine*, 86(8), 1040–1048. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182223a1b>
- Remede. (2002). Etudes de médecine en Belgique. *Remede.org: La 1ère Communauté Médicale*. <http://www.remede.org/documents/etudes-de-medecine-en-belgique.html>.  
Zugegriffen: 2. Dezember 2019
- Riedel, M. (2018). *Festlegung von Kassentarifen. Jahresthema 2016*. Wien: Institut für Höhere Studien.

- RMBF. (2020). How general practice in the UK compares internationally. *Royal Medical Benevolent Fund*. <https://rmbf.org/health-and-wellbeing/how-general-practice-in-the-uk-compares-internationally/>. Zugegriffen: 6. März 2020
- Rotar Pavlič, D., Svab, I., & Brinovec Pribakovic, R. (2015). Slovenia. In D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, & R. B. Saltman (Hrsg.), *Building primary care in a changing Europe: case studies* (S. 243–252). Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.
- Royal Dutch Medical Association. (2020). Huisarts. <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/geneeskundestudie/overzicht-opleidingen-1/beroepskeuze-huisarts/huisarts-1.htm>. Zugegriffen: 23. April 2020
- Scherpbier, A. (2013). *Admission to Medical Curricula in the Netherlands. Rules and Regulations*. Maastricht University. [http://www.mft-online.de/files/9.40\\_fr\\_omft2013\\_scherpbier.pdf](http://www.mft-online.de/files/9.40_fr_omft2013_scherpbier.pdf). Zugegriffen: 25. September 2019
- SCIE. (2018). Delivering integrated care: the role of the multidisciplinary team. *Social Care Institute for Excellence (SCIE)*. <https://www.scie.org.uk/integrated-care/workforce/role-multidisciplinary-team>. Zugegriffen: 6. März 2020
- semFYC. (2006). Family and Community Medicine Training Programme - Guide to Specialist Education. Spanish Society of Family and Community Medicine. <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/resources/documents/familyandcommunitymedicinetrainingprogramme.pdf>. Zugegriffen: 3. Dezember 2019
- Setlhare, V. (2016). Family medicine in Denmark: Are there lessons for Botswana and Africa? *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(1), a1026. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1026>

- Simbank, J. (2017, Dezember 20). Studium der Medizin: Warum gibt es nicht mehr Studienplätze in Medizin? *Die Zeit*. Hamburg. <https://www.zeit.de/campus/2017-12/studium-medizin-aerzte-studienplaetze-mangel>. Zugegriffen: 23. Januar 2020
- Smits, M., Colliers, A., Jansen, T., Remmen, R., Bartholomeeusen, S., & Verheij, R. (2019). Examining differences in out-of-hours primary care use in Belgium and the Netherlands: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 29(6), 1018–1024. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz083>
- Sozialministerium. (2019). ASV Meldungsstatistik: Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Stand: November 2019). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Aerztinnen--und-Aerzteausbildung/Aerztinnen--und-Aerztemonitoring.html>. Zugegriffen: 23. Januar 2020
- Statistik Austria. (2019a). *Absolventinnen und Absolventen am Arbeitsmarkt Doktorat/PhD-Studien ISCED-Ausbildungsfeld 'Gesundheit und Sozialwesen'*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2019b). Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten 2018. *Statistik Austria*. [https://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/022355.html](https://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022355.html). Zugegriffen: 12. März 2020
- Ster, M. P., & Selic, P. (2017). Intended Career Choice in Family Medicine in Slovenia: An Issue of Gender, Family Background or Empathic Attitudes in Final Year Medical Students? *Materia Socio-Medica*, 29(2), 143–148. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.143-148>
- Ten Cate, O. (2007). Medical education in the Netherlands. *Medical Teacher*, 29(8), 752–757. <https://doi.org/10.1080/01421590701724741>
- ULB. (2019a). Les études de médecine. *Université Libre de Bruxelles | Faculté de Médecine*. <https://medecine.ulb.be/version-francaise/les-etudes/medecine>. Zugegriffen: 2. Dezember 2019

- ULB. (2019b). Médecin. *Université Libre de Bruxelles*. <https://www.ulb.be/fr/programme/ma-medi>. Zugegriffen: 2. Dezember 2019
- ULB. (2019c). Accès à un Master de spécialisation en médecine/science dentaire. *Université Libre de Bruxelles | Faculté de Médecine*.  
<https://www2.ulb.ac.be/facs/medecine/publics/accesmc.html#ue>. Zugegriffen: 2. Dezember 2019
- ULB. (2019d). Liste des Masters de spécialisation en médecine. *Université Libre de Bruxelles | Faculté de Médecine*.  
<https://www2.ulb.ac.be/facs/medecine/publics/listeMCmed.html>. Zugegriffen: 2. Dezember 2019
- Unger, M. (2020). Humanmedizin-Studium. Infos zum MedAT. *aufnahmeprüfung.at*.  
<https://www.aufnahmepruefung.at/uni/humanmedizin/>. Zugegriffen: 10. März 2020
- Universitat de Valencia. (2019). Degree in Medicine. *Universitat de Valencia*.  
<https://www.uv.es/uvweb/college/en/undergraduate-studies/undergraduate-studies-degree-programmes-offered/degree-medicine-1285846094474/Titulacio.html?id=1285847387054&plantilla=UV/Page/TPGDetaill&p2=2>. Zugegriffen: 25. September 2019
- University of Copenhagen. (2019). Bachelor's programmes guide to studies and admission: Admission requirements. *University of Copenhagen*.  
<https://studies.ku.dk/bachelor/admission-requirements/>. Zugegriffen: 25. September 2019
- Vachova, M. (2017, Mai 13). Warum immer mehr Jungmediziner Österreich verlassen. *Kurier*.  
<https://kurier.at/wirtschaft/karriere/warum-immer-mehr-jungmediziner-oesterreich-verlassen/264.217.142>. Zugegriffen: 23. Januar 2020
- van Hassel, D., Verheij, R., & Batenburg, R. (2019). Assessing the variation in workload among general practitioners in urban and rural areas: An analysis based on SMS time sampling

data. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e474–e486. <https://doi.org/10.1002/hpm.2663>

Weggemans, M. M., van Dijk, B., van Dooijeweert, B., Veenendaal, A. G., & Ten Cate, O. (2017).

The postgraduate medical education pathway: an international comparison. *GMS Journal for Medical Education*, 34(5). <https://doi.org/10.3205/zma001140>

Weninger, A., & López de Equilaz Arisqueta, M. (2015). *Annual Report on the National Health*

*System of Spain 2015* (S. 15). Ministry of Health, Social Services and Equality.

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum\\_Inf\\_An\\_SNS\\_2015\\_ENG.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015_ENG.pdf)

WHO. (2020). Multidisciplinary primary care teams in Spain provide person-centred care. *World*

*Health Organization - Europe*. [http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2018/4/multidisciplinary-primary-care-teams-in-spain-provide-person-centred-care)

[systems/primary-health-care/news/news/2018/4/multidisciplinary-primary-care-](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2018/4/multidisciplinary-primary-care-teams-in-spain-provide-person-centred-care)

[teams-in-spain-provide-person-centred-care](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2018/4/multidisciplinary-primary-care-teams-in-spain-provide-person-centred-care). Zugegriffen: 6. März 2020

Zielsteuerung-Gesundheit. (2018). *Attraktivierung der Allgemeinmedizin. Bericht der*

*Fachgruppe Versorgungsstruktur*. (unveröffentlicht). Wien.

## Anerkennung

Die verwendeten Icons in Abbildung 10 (Stellschrauben-Grafik) wurden erstellt von Freepik und stehen auf [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com) zur freien Verwendung zur Verfügung.