

Z Allg Med 2024 · 100:260–267
<https://doi.org/10.1007/s44266-024-00227-3>
 Angenommen: 27. März 2024
 Online publiziert: 22. Mai 2024
 © The Author(s) 2024



Hausärztlich arbeiten in Deutschland und anderswo – Erfahrungsberichte

Robert Bayer¹ · Jan Gehrmann^{1,2} · Bianca Jansky³ · Klaus Linde¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Technische Universität München, München, Deutschland

² Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, Fakultät für Medizin, Technische Universität München, München, Deutschland

³ Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Augsburg, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Rahmenbedingungen der Primärversorgung unterscheiden sich zwischen einzelnen europäischen Ländern. Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, in welcher Hinsicht Systemunterschiede (vorgegebene Faktoren, auf die die einzelnen Hausärzt:innen keinen Einfluss haben) zwischen Ländern die hausärztliche Tätigkeit beeinflussen.

Methoden: Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie wurden 12 Hausärzt:innen, die sowohl in Deutschland als auch in einem anderen Land (Großbritannien, Italien, den Niederlanden oder Norwegen) tätig waren, gefragt, welche wesentlichen Unterschiede sie in ihrer Tätigkeit zwischen Deutschland und dem Vergleichsland wahrgenommen haben. Die Interviews wurden mittels der thematischen Analyse nach Braun und Clarke ausgewertet.

Ergebnisse: Von den Teilnehmer:innen wurden 3 Themenkomplexe diskutiert: 1) Die starke Gatekeeping-Funktion der Hausärzt:innen in Großbritannien, den Niederlanden und Norwegen führt zu einer größeren medizinischen Bandbreite. In Italien wird die Gatekeeping-Funktion durch verschiedene Faktoren geschwächt. 2) Starke Unterschiede in den Vergütungs- und Abrechnungsmechanismen setzen komplexe Anreize, die sich in vielfältiger und zum Teil negativer Weise auf die hausärztliche Versorgung auswirken. Dies war das am meisten diskutierte Thema. 3) Wenn, wie in den Niederlanden und Norwegen, die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen keine hausärztliche Aufgabe ist, führt dies zu weniger als unnötig wahrgenommenen Arztbesuchen.

Schlussfolgerung: Aus Sicht der Teilnehmer:innen sind die Systemunterschiede zwischen den untersuchten Ländern groß und selbst kleinere Regulierungsdetails können erhebliche Auswirkungen auf die hausärztliche Arbeit haben.

Schlüsselwörter

Internationaler Vergleich · Hausärztliche Versorgung · Rahmenbedingungen · Qualitative Sozialforschung/Methoden · Erfahrungsberichte

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s44266-024-00227-3>) enthält umfangreiches Zusatzmaterial zu den Methoden bei der Erstellung und Durchführung dieser Interviewstudie. The online version of this article (<https://doi.org/10.1007/s44266-024-00227-3>) includes comprehensive information about the methods regarding creation and realisation of this interview study.



Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Hintergrund

In einem vorangegangenen Artikel [1] haben wir gezeigt, in welcher vielfältigen Weise sich die Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Norwegen auf der Ebene von statistischen Maßzahlen, systematischen

Systemvergleichen und multinationalen Befragungen unterscheiden. Ein solcher, eher formaler Vergleich erlaubt jedoch nur begrenzt Einblicke, wie sich Unterschiede in den Rahmenbedingungen auf die tägliche Arbeit von Hausärzt:innen auswirken. Eine Reihe internationaler – meist quantitativer, vereinzelt aber auch qualitativer – Befragungen hat jeweils spezifische

Aspekte des hausärztlichen Arbeitens in europäischen Ländern vergleichend untersucht (z. B. [2–7]). Die Befragten in diesen Studien haben jedoch in aller Regel ihre hausärztlichen Erfahrungen in einem einzigen Land gesammelt; die Vergleiche bleiben damit indirekt und relativ abstrakt. Nur vereinzelt finden sich in der Literatur Berichte von Ärzt:innen, die tatsächlich Erfahrungen in einem zweiten Land gemacht haben und auf dieser Basis ihre Wahrnehmung der wichtigsten Unterschiede schildern [8–12]. Nach unserer Kenntnis gibt es jedoch bisher keine Studien, in denen dezidiert Ärzt:innen interviewt wurden, die über hausärztliche Arbeitserfahrungen in ≥ 2 Ländern verfügen.

Im vorliegenden Artikel stellen wir Erfahrungsberichte von Allgemeinmediziner:innen dar, die sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien, Italien, den Niederlanden oder Norwegen hausärztlich tätig waren. Dabei fokussieren wir auf die von den Teilnehmer:innen berichteten Zusammenhänge zwischen „Systemunterschieden“ und ihrer ärztlichen Arbeit. Als Systemunterschiede bezeichnen wir hier extern vorgegebene Faktoren, auf die die einzelnen Hausärzt:innen keinen Einfluss haben (z. B. Abrechnungsmechanismen).

Methoden

Da es nach unserem aktuellen Kenntnisstand keine empirischen Studien zu den gelebten Erfahrungen von Hausärzt:innen gibt, die einen Gesundheitssystemwechsel erlebt haben, wurde für diese Studie ein exploratives, qualitatives Studiendesign gewählt. Nur mit einem solchen Herangehen war die nötige Offenheit für einen ersten vertieften Einblick in die Erfahrungen, die Herausforderungen und Chancen eines Systemwechsels nachzuvollziehen, möglich [13]. Die in der Folge berichteten Erfahrungsberichte wurden im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie erhoben. Das Hauptziel der Studie war es, den Einfluss von Gesundheitssystem und kulturellen Einflüssen auf den Umgang mit „unbestimmten“ Situationen und die Verwendung komplementärmedizinischer Verfahren in der hausärztlichen Praxis zu untersuchen (Manuskript zur Publikation eingereicht). Als „unbestimmt“ wurden Si-

tuationen bezeichnet, in denen aus Patient:innen- bzw. ärztlicher Sicht der Wunsch nach einer Intervention besteht, diese aber medizinisch nicht eindeutig indiziert ist oder keine evidenzbasierte Intervention verfügbar ist (Details siehe [14]). Zu Beginn der Interviews wurden die Studienteilnehmer:innen gebeten, die aus ihrer Sicht ganz allgemein wichtigsten Länderunterschiede in der hausärztlichen Tätigkeit bzw. in der Primärversorgung zu schildern. Die daraus resultierenden Erzählungen waren so ausführlich, interessant und anleitend für die weitere Auswertung, dass die Auswirkungen der Systemunterschiede auf das hausärztliche Arbeiten allgemein post hoc als zweiter Auswertungsschwerpunkt zusätzlich zum Hauptziel analysiert wurden.

Für die Studie wurden zwischen September 2018 und August 2019 nach Aufklärung und Einwilligung semistrukturierte, problemzentrierte, leitfadengestützte Einzelinterviews mit 12 Teilnehmer:innen durchgeführt. Das Studienprotokoll war vor Studienbeginn der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München (TUM; Projekt-ID 149/18 s) vorgelegt worden. Zusätzlich zu der folgenden knappen Beschreibung werden methodische Details im Anhang (Supplementary Information) der online-Version dieses Artikels ausführlich beschrieben.

Einschlusskriterium für die Studie war, dass die Teilnehmer:innen mindestens 3 Monate hausärztlich sowohl in Deutschland als auch in Norwegen, Großbritannien, den Niederlanden oder der norditalienischen Region Alto Adige (Südtirol) tätig gewesen waren. Diese Länder bzw. Regionen wurden aus 2 Gründen ausgewählt: 1) Ihre Gesundheitssysteme unterscheiden sich deutlich vom deutschen System. 2) Die Autoren verfügten über gute berufliche Kontakte zu hausärztlichen Netzwerken und Organisationen, die die Rekrutierung erleichtern sollten.

Die Interviews wurden vom Erstautor (RB) entweder persönlich vor Ort ($n=3$) oder telefonisch ($n=9$) in deutscher Sprache geführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 33 min und 77 min. Die Interviews wurden mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, wortwörtlich transkribiert und pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte nach

den Methoden der thematischen Analyse von Braun und Clarke [15] unter Zuhilfenahme des Softwareprogramms MAXQDA 2020 (VERBI Software GmbH, Berlin, Deutschland). Da eine systematische Untersuchung der allgemeinen Auswirkungen der Systemunterschiede auf die hausärztliche Arbeit kein vordefiniertes Studienziel war, erfolgte die Planung bezüglich Interviews pro Land, Interviewvorbereitung und vertiefender, spezifischer Fragen nicht so, dass eine theoretische Sättigung für die einzelnen Länder in Bezug auf die Systemunterschiede erreichbar war. Daher sprechen wir hier von Erfahrungsberichten. Zur Absicherung wurden bei der Auswahl und Interpretation der Themen und Zitate auch die für den im vorangegangenen Artikel zum formalen Systemvergleich [1] gesammelten Informationen berücksichtigt. Zu beachten ist weiterhin, dass Deutschland in den Interviews immer den Referenzpunkt darstellt, gegenüber dem die Teilnehmer:innen ihre Erfahrungen schildern.

Ergebnisse

Die Teilnehmer:innen waren eine sehr heterogene Gruppe und die Muster der Merkmale (wann und wo eine Person ausgebildet, weitergebildet oder tätig war) unterschieden sich zwischen den 4 Ländern (■ Tab. 1). Im Folgenden stellen wir die 3 Hauptthemen in Bezug auf die erlebten Erfahrungen mit den Systemunterschieden dar: die Auswirkungen der 1) Gatekeeperfunktion, von 2) Vergütung, Abrechnungsmodalitäten und finanziellen Anreizen sowie 3) der Rolle bei der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Bei 2) handelt es sich eigentlich um eine großen Themenkomplex, bei dem die tatsächlichen Einzelthemen länderspezifisch sind. Eine tabellarische, länderspezifische Darstellung der Themen findet sich ebenfalls im Anhang.

Gatekeeping

Als zentrales Unterscheidungsmerkmal im Vergleich zu Deutschland wurde von den Teilnehmer:innen die „Gatekeeping-Funktion“ beschrieben. In den anderen 4 Ländern sind die Hausärzt:innen die „Türwäch-

Tab. 1 Merkmale der Teilnehmer:innen								
Interview	Geschlecht	Altersgruppe	Aufgewachsen in	Medizinstudium/ Weiterbildung in	Tätig derzeit in	Letzter Länderwechsel vor	Grund für letzten Wechsel	Hausärztliche Tätigkeit im anderen* Land für
NOR-1	Männlich	41–50 Jahre	D	D/NOR	D	11–20 Jahren	Privat	5–10 Jahre
NOR-2	Männlich	61–70 Jahre	D	D/NOR und D	D	11–20 Jahren	Privat	> 20 Jahre
NOR-3	Männlich	51–60 Jahre	D	D/NOR und D	D	5–10 Jahren	Privat	5–10 Jahre
UK-1	Männlich	51–60 Jahre	D	D/UK	UK	11–20 Jahren	Arbeit	< 5 Jahre
UK-2	Männlich	41–50 Jahre	D	D/D und UK	D	11–20 Jahren	Privat	5–10 Jahre
UK-3	Weiblich	51–60 Jahre	D	D/UK	D	5–10 Jahren	Privat	10–20 Jahre
NL-1	Weiblich	31–40 Jahre	NL	NL/NL	D	5–10 Jahren	Privat	< 5 Jahre
NL-2	Männlich	51–60 Jahre	NL	NL/NL	D	5–10 Jahren	Arbeit	5–10 Jahre
NL-3	Weiblich	51–60 Jahre	NL	NL/D	NL	> 20 Jahren	Privat	< 5 Jahre
I-ST-1	Weiblich	31–40 Jahre	I-ST	D/D	I-ST	< 5 Jahren	Privat	5–10 Jahre
I-ST-2	Männlich	31–40 Jahre	I-ST	Österreich/D	D	5–10 Jahren	Arbeit	< 1 Jahr
I-ST-3	Männlich	31–40 Jahre	I-ST	Unklar/D	I-ST	< 5 Jahren	Privat	5–10 Jahre

*nicht das Land, in dem zum Zeitpunkt des Interviews gearbeitet wurde
D Deutschland, NOR Norwegen, UK United Kingdom/Großbritannien, NL Niederlande, I-ST Italien – Südtirol

ter:innen“ („Gatekeeper“), die zumindest innerhalb des staatlichen oder gesetzlichen Versicherungssystems über den Zugang zur spezialisierten Versorgung und zu planbaren stationären Aufenthalten entscheiden. Patient:innen müssen außerdem bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt „eingeschrieben“ sein. Vor allem in Großbritannien, den Niederlanden und Norwegen wird diese Gatekeeperfunktion als stark wahrgenommen und positiv bewertet. Spezialist:innen sind dort in aller Regel in Kliniken und nicht in der Niederlassung tätig. Die Interviewten schätzen die mit der starken Gatekeeperfunktion einhergehende große „Bandbreite“ ihrer Tätigkeit, die allerdings auch mit einer als größer wahrgenommenen Verantwortung einhergeht. In größeren Praxen decken, so die Teilnehmer:innen, die einzelnen Praxispartner oder angestellte Ärzt:innen häufig verschiedene Schwerpunkte ab.

„Also in Holland hat man diese ‚Gatekeeperrolle‘, wodurch man eigentlich viel mehr sieht, was jetzt hier an uns vorbeigeht, was direkt zum Kinderarzt geht zum Beispiel, in Holland geht man nicht zum Kinderarzt, man geht zum Hausarzt und erst wenn der Hausarzt nicht weiterweiß, dann überweist er zum Kinderarzt. Und ... man geht nur zum Frauenarzt, wenn wirklich was Besonderes ist.“ (NL-1, Pos. 30)

Obwohl auch das italienische System grundsätzlich eine starke Gatekeeperfunktion vorsieht, ist diese in der Realität

nur eingeschränkt wirksam. Ein wichtiger Grund hierfür ist, dass vor allem in städtischen Regionen zunehmend privatärztlich tätige Spezialist:innen verfügbar sind. Im Gegensatz zu Großbritannien, den Niederlanden und Norwegen erfolgt außerdem die Primärversorgung von Kindern in der Regel durch Kinderärzt:innen; allerdings sind diese in ländlichen Regionen nicht immer verfügbar.

„... es gibt natürlich daneben ein privates System (lacht), das ganz anders funktioniert, wo dann einfach der Patient sagt: ‚Oh, ich möchte jetzt mal mich durchchecken lassen beim Kardiologen‘; und dann geht er zum privaten Kardiologen, bezahlt dort einfach und kriegt das was er möchte sozusagen. Aber wenn er jetzt nichts bezahlen möchte oder nur die Basisbeiträge und im öffentlichen System bleiben, dann geht das nur über den Hausarzt.“ (I-ST-1, Pos. 16)

Ähnlich wie die Interviewpartner aus den anderen 3 Ländern nimmt aber auch die zuletzt zitierte Hausärztin aus Südtirol die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung in Italien als höher als in Deutschland wahr.

Auswirkungen von Vergütung, Abrechnungsmodalitäten und finanziellen Anreizen

Italien/Südtirol

In Italien macht die Kopfpauschale für die bei einer Ärzt:in eingeschriebenen Pa-

tient:innen deutlich mehr als die Hälfte des Einkommens aus (der genaue Anteil wird in den Interviews nicht genannt; laut [16] beträgt er im Durchschnitt ca. 70%). Dieser Einkommensanteil ist unabhängig davon, ob Leistungen tatsächlich in Anspruch genommen werden. Die Zahl der Einschreibungen ist auf maximal 1500 Patient:innen begrenzt. Die Höhe der monatlich ausgezahlten Kopfpauschale gibt eine Teilnehmerin mit 42 € für das Jahr 2018 an. Zusätzlich werden in Südtirol Zulagen z. B. für die Zweisprachigkeit, die Erreichbarkeit per Handy, Notfalldienste oder geplante Hausbesuche ausgezahlt. Die Zahl der abrechenbaren „Sonderleistungen“ (z. B. Wundversorgung, Ohrspülungen, Infusion z. B. zur Schmerztherapie) ist stark begrenzt, wie es in nachfolgender Aussage illustrativ dargestellt wird:

„Egal ob man einen Patienten jetzt 10-mal im Monat sieht ... oder 0-mal, man kriegt immer die gleiche Pauschale.“ (S-IT-2, Pos. 22)

Diagnostische Leistungen, wie Labor, EKG oder Ultraschalluntersuchungen, werden nicht erstattet. Dadurch ist die entsprechende Ausstattung in vielen italienischen Hausarztpraxen sehr gering. Dies war ein zentrales Thema in allen 3 Interviews mit Südtiroler Ärzt:innen. Eine Teilnehmerin bringt die Situation besonders prägnant auf den Punkt:

„Hier [in Südtirol] habe ich meine 5 Sinne und mein Stethoskop und 'nen Kugelschreiber“ (I-ST-1, Pos. 26)

Im Gegensatz zu der gut ausgestatteten hausärztlich-internistischen Praxisgemeinschaft in Deutschland, in der sie ihre Facharztausbildung absolviert hat, steht ihr in ihrer kleinen, ländlichen Südtiroler Einzelpraxis keinerlei apparative Ausrüstung zur Verfügung. Sie muss daher ihre „5 Sinne“ besonders intensiv einsetzen. Dies bedeutet, dass Anamnese und körperliche Untersuchung eine vergleichsweise größere Bedeutung haben. Auf dieser Basis muss sie entscheiden, ob sie den „Kugelschreiber“ einsetzen muss, mit dem sie eine mehr oder weniger dringende Überweisung ausstellt. Eindrücklich ist auch ihre Schilderung, wie Labordiagnostik erfolgt:

„... wenn ich ein Labor haben will, dann verschreibe ich das dem Patienten. Der muss dann an einem der Tage, wo's hier bei uns in der Gemeinde 'ne Blutabnahme gibt, zum Blutabnahmedienst gehen. Das ist immer Dienstag und Donnerstag, ähm, kriegt dort das Blut abgenommen, er muss dann den Befund abholen gehen, meistens dauert das 'ne Woche bis der fertig ist (lacht), dann holt also der Patient den Befund ab und bringt mir diesen.“ (I-ST-1, Pos. 26)

Ohne die Möglichkeit einer Leistungserstattung wird die Anschaffung eigentlich erwünschter diagnostischer Ausrüstung zu einem „Hobby“, das sich kleine oder im Aufbau befindliche Einzelpraxen nicht oder nur sehr eingeschränkt leisten können.

Italienische Hausarztpraxen haben häufig auch keine Angestellten und arbeiten dann meist mit offenen Sprechstunden (d. h., die Patient:innen kommen ohne Voranmeldung).

„Also es gibt durchaus Hausärzte, die arbeiten alleine, ohne MFA [medizinische Fachangestellte], und machen auch die ganze Bürokratie und Terminvergabe, wenn sie dann Termine vergeben.... Die Praxen, wo ich in Südtirol gearbeitet hab, die haben alle ohne Terminvergabe gearbeitet.“ (I-ST-2, Pos. 22 und 26)

Insbesondere im städtischen Raum finden sich in Italien häufiger Gruppenpraxen, die gemeinsam Mitarbeiter:innen (meist in Teilzeit) für organisatorische Aufgaben

einstellen und die über eine bessere diagnostische Ausstattung verfügen. Die Patient:innen sind jedoch auch in Gruppenpraxen bei den einzelnen Ärzt:innen eingeschrieben, die ärztliche Zusammenarbeit ist begrenzt und eine Delegation medizinischer Aufgaben erfolgt sehr selten.

Das italienische System gewährleistet ein gesichertes Grundeinkommen bei überschaubaren Arbeitszeiten. Die Öffnungszeiten von Praxen sind in Italien häufig begrenzt.

„... ein deutscher Hausarzt, der arbeitet auch viel länger als in Südtirol, weil hier arbeitet man halbtags, da muss man so 15 Stunden in der Woche offenhalten.“ (I-ST-3, Pos. 126)

Norwegen

In Norwegen machen die von den Kommunen bezahlten Kopfpauschalen nur etwa ein Drittel des Gesamteinkommens von Hausärzt:innen aus (bei einer durchschnittlichen Listengröße von 1120 Patienten pro Arzt/Ärztin laut [16]). Ein weiteres Drittel kommt aus der Abrechnung von Einzelleistungen, die jedoch von den Teilnehmern als weitaus einfacher (der Umfang des Leistungskatalogs wird mit 30–40 Seiten angegeben) und schneller als in Deutschland beschrieben wurde. Diese Aspekte werden jedoch in den Interviews nur kurz angesprochen.

Ausführlicher diskutieren die Teilnehmer:innen eine Besonderheit des norwegischen Systems: die Hausärzt:innen beziehen ein Drittel ihres Einkommens aus Eigenbeteiligungen der Patient:innen.

„... das letzte Drittel [des Einkommens norwegischer Hausärzt:innen] kommt durch die Eigenbeteiligung, das ist vielleicht auch möglicherweise ein Grund für 'ne geringere Arztinanspruchnahme, dass für die ersten, sagen wir mal, die ersten 5 Besuche bei einem Arzt im Jahr, da bezahlt man einen nicht kleinen Eigenanteil [ca. 15 € Stand 2023].“ (NOR-2, Pos. 30)

Um zu große finanzielle Belastungen z. B. bei chronisch kranken Patient:innen zu vermeiden, sind Deckelungsmechanismen in Kraft. Aus Sicht der Teilnehmer:innen trägt die Eigenbeteiligung wesentlich dazu bei, dass die eingeschriebenen Patient:innen die Praxis nur dann aufsuchen, wenn sie dies als wirklich nötig ansehen. Wie ein Arzt im folgenden Zitat berichtet, ergibt

sich daraus, dass für die einzelne Konsultation deutlich mehr Zeit zur Verfügung steht und die Kommunikation intensiver ist:

„... also man hat viel mehr Zeit, ... also ich hab' in der Stunde im Schnitt 4 Patienten gehabt, ... die sammeln dann für die Zeit ihre ganzen Anliegen und dann hast du halt 20 Minuten zum Abarbeiten.“ (NOR-1, Pos. 34)

Im Vergleich zu Norwegen wurde das deutsche Gesundheitssystem als „anbieterorientiert“ mit einer vergleichsweise starken Rolle der Ärzt:innen bzw. der kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen. Das norwegische Gesundheitswesen wurde als stärker gemeinwohlorientiert und vor allem in ländlichen Regionen an den Bedürfnissen auf kommunaler und epidemiologischer Ebene orientiert wahrgenommen. Dies wurde in allen 3 Interviews positiv bewertet.

Großbritannien

In den 2 Interviews, bei denen die hausärztliche Tätigkeit in Großbritannien noch nicht lang zurückliegt bzw. derzeit noch erfolgt, ist der Ton bezüglich der Lenkung des Gesundheitssystems wesentlich kritischer. Ein Teilnehmer schildert die starken und über die letzten Jahre deutlich zunehmenden staatlichen Eingriffe, die Rationierung und die Rationierung so:

„[In Großbritannien bezahlt] der Staat die Dienstleistung, also hat der Staat ein großes Interesse, dass nur das gemacht wird, was funktioniert, was eine gute Evidenzbasis hat oder was kosteneffizient ist ... Das große Dilemma im öffentlichen Gesundheitswesen ist: Auf der einen Seite ist es frei für alle, niemand muss den Arzt zahlen, wenn man zum Arzt geht. Zum anderen ist man aber ganz stark in dem, was es zur Verfügung [stellt], was der Arzt dann macht, das ist ganz stark geregelt.... Ganz wichtig ist: Das System schreibt überall Rationierung ein. Und die Rationierung ist nicht offen ...“ (UK-1, Pos. 32, 34 und 54)

Bis zum Jahre 2003 erfolgte die Bezahlung der Hausärzt:innen in Großbritannien vornehmlich über Kopfpauschalen. Seit 2004 gibt es ein komplexes System zur Bezahlung der Praxen, dessen Details im Verlauf der Jahre mehrfach angepasst wurden, da zum Teil unerwartete bzw. unerwünschte Auswirkungen der Veränderungen auf

traten. Wie diese Auswirkungen aussehen können, illustriert die nachfolgende Aussage einer Teilnehmerin:

„... als die englischen Hausärzte Pauschalpreise kriegten für jeden Patienten auf der Liste, da waren sie natürlich geneigt, die Patienten so wenig wie möglich zu sehen. Was dazu führte, dass sie sehr wenig Termine angeboten haben. (lacht) Um da gegenzusteuern, ... wurde das System überdacht ... Und als das dann geändert wurde, ... da haben die Ärzte auch gestöhnt, weil in jedem Jahr gab es eine neue Idee, wie man was verbessern kann, da war es dann tatsächlich so, dass ein Leistungssystem eingeführt wurde.“ (UK-2, Pos. 20)

Zwar beziehen britische Praxen auch heute noch mehr als die Hälfte ihrer Einnahmen über eine Kopfpauschale. Diese ist jedoch mit der Verpflichtung zu langen Öffnungszeiten (montags bis freitags von 8.00 bis 18.30 Uhr mit Ausnahme von Feiertagen) verknüpft, innerhalb derer alle Basisleistungen („essential services“) erbracht werden müssen. Die komplexen Berechnungsmechanismen (siehe [1, 16, 17]) werden jedoch in den Interviews allenfalls kurz angesprochen.

Ein großes Thema ist jedoch das „Leistungssystem“, das über das Quality and Outcomes Framework geregelt wird – obwohl dies nach offiziellen Zahlen nur 10% zum Einkommen britischer Praxen beiträgt.

„... da werden Praxen danach beurteilt, wie viele Leute haben sie auf ihrem obstruktive Lungenkrankheitsregister, aufm Diabetesregister, wie viele von denen hatten die Untersuchung, wie viele von denen sind... nach Stufenschema behandelt, und damit macht man sein Geld. Also das sind Anreize, das Befolgen von Leitlinien ... und ohne die gehen die Praxen unter.“ (UK-1, Pos. 30)

Die starke Leitlinien- und Evidenzbasierung der britischen Hausarztmedizin wird in den Interviews eigentlich durchweg positiv bewertet. Die immer weiter zunehmende Reglementierung und Bürokratisierung über „Protokolle“ durch das Quality and Outcomes Framework ist jedoch ein großer Kritikpunkt, wie es nachfolgend ein Teilnehmer schildert:

„Also für alles gibt es praktisch ein Protokoll. Und viele Protokolle sind ... in die Dateneingabe

bemasken eingeschrieben. ... Und das hat oft den Effekt, dass der Patient zum Arzt geht mit 'nem Patientenanliegen, aber das wird oft von den, von den Bedürfnissen der Dateneingabe überrannt und dann geht's praktisch nur da drum, Regelversorgungsdaten abzufragen und die Maske einzugeben.“ (UK-1, Pos. 42)

Um unter diesen Rahmenbedingungen wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten, erfolgt ein immer stärkerer Zusammenschluss von Praxen zu Kooperativen und „Minikonzernen“. Wie sich dies konkret gestalten kann, berichtet ein Teilnehmender:

„... wo ich jetzt die letzten 16 Jahre gearbeitet hab', haben sich 5 Praxen zusammengetan und sind jetzt quasi ein Praxenkonglomerat, das 45.000 Patienten hat. Und meine [Gruppen-] Praxis hatte 10.500 Patienten, das hat sich aber nicht mehr rentiert. ... Und so denken die Leute, dass es wirtschaftlicher ist, wenn man eine Personalabteilung hat und so weiter und so weiter ... Da hat sich der ganze Charakter der Medizin rasant geändert.“ (UK-1, Pos. 42)

Niederlande

Im Gegensatz zu den Interviews zu Italien, Norwegen und Großbritannien werden in den Interviews zu den Niederlanden die dortigen Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten meist nur kurz angesprochen. In den Niederlanden werden die Kopfpauschalen ergänzt durch Konsultationszahlungen und die Abrechnung von Sonderleistungen.

„Patienten werden fest bei 'nem Hausarzt eingeschrieben und dafür erhält dieser Hausarzt einmal im Jahr einfach diese Pauschale, dass er diesen Patienten fest hat. Und dann pro Mal, wo der Patient Kontakt aufnimmt, wird einfach nochmal was abgerechnet. Ist das telefonischer ‚consult‘ [holländisch für ‚Konsultation‘, ‚Beratung‘], dann ist das 4,50 Euro. Ist das jetzt einfach ein ganz normaler 10-Minuten- ‚Consult‘, dann ist das 9 Euro oder so. ‚Doppel-Consult‘ kriegt man auch das Doppelte. Und dann gibt's noch so ein paar extra Sachen, die man machen kann, ähm, chirurgische Sachen, manche Hausärzte machen Ultraschall, das ist dort recht exotisch, hier [in Deutschland] natürlich recht üblich, dafür kriegt man dann wieder was extra, wenn man ein EKG macht...“ (NL-1, Pos. 42-44)

Die nachfolgende Aussage illustriert, dass in den Niederlanden so wie in Großbritannien ein Teil der Bezahlung über die Erfüllung evidenzbasierter Vorgaben erfolgt:

„Was wahrscheinlich auch mitspielt ist, dass wir eine Spiegelinformation bekommen, welche Medizin wir verschrieben haben während einem Jahr ... und wenn man einen guten Score hat, ... dann bekommt man auch Geld. So kann man jedes Jahr mit einem guten Score tausende Euros bekommen.“ (NL-3, Pos. 52)

Die Teilnehmer:innen bewerten in den Interviews das niederländische Abrechnungssystem nicht direkt und berichten darüber sehr neutral. Auffällig ist jedoch im Vergleich ihre kritische Bewertung des deutschen Systems (siehe erstes Zitat im folgenden Abschnitt). Auch das unmittelbar folgende Zitat legt nahe, dass finanzielle Aspekte im Vergleich zu Deutschland ein weniger großes Thema sind:

„Es geht ein bisschen viel um Geld hier [in Deutschland]. Und das war ich auch nicht so gewöhnt. ... In Holland geht's natürlich auch um Geld, aber, nicht so, (lacht) nicht so wie hier.“ (NL-2, Pos. 100)

Deutschland

Tatsächlich wird das Abrechnungssystem in Deutschland von allen Teilnehmer:innen, die sich hierzu äußern, im Ländervergleich negativ bewertet. Es wird als kompliziert, langsam und von Misstrauen von Seiten der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigung geprägt wahrgenommen. Für keines der anderen Länder wird eine relevante Regressgefahr wahrgenommen.

„... dass man nicht so richtig weiß mit diesem Abrechnungssystem [in Deutschland], ob man da was Richtiges oder was Falsches macht, weil man es auch erst sehr viel später erlebt, ... dieses 3-Monate-Abrechnungssystem, das ist in Norwegen ja auch unbekannt. Also da schickt man eben jeden Monat seinen Zettel oder seine Abrechnung hin und kriegt nach 6 Tagen das Geld. Ähm, dass man jetzt hier nach 3 Monaten seine Abrechnung schickt und kriegt nach weiteren 6 Monaten die Rückmeldung, wie es ausgefallen ist, das war schon gewöhnungsbedürftig.“ (NOR-2, Pos. 40)

„Also hier [in Deutschland] ist einfach absolutes Misstrauen seitens der Kasse oder KV gegenüber Hausärzten, weil man muss jeden Schritt verantworten: ‚Warum möchte ich jetzt ‚nen TSH? Weil Verdacht auf Hypothyreose!‘ Sowas muss man in Holland nicht machen.“ (NL-1, Pos. 50)

Aus Sicht der Teilnehmer:innen, die sich hierzu äußern, ist das hausärztliche Arbeiten in Deutschland stärker unternehmerisch orientiert. Die Rahmenbedingungen führen zu großen Fallzahlen, häufigen Patientenkontakten und einem „hohen Serviceniveau“. Allerdings bietet das deutsche System den Hausärzt:innen auch vergleichsweise viel individuellen Gestaltungsfreiraum.

„... in Deutschland dominiert das ‚Shopkeeper‘-Modell auf jeden Fall.“ (UK-1, Pos. 70)

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als Aufgabe von Hausärzt:innen

Neben grundsätzlichen Systemaspekten, wie Gatekeeping und Vergütungs- bzw. Anreizmechanismen, können aus Sicht der Interviewten auch „kleinere“ organisatorische Regelungen erheblichen Einfluss auf das hausärztliche Arbeiten haben. Von den Teilnehmer:innen, die auch in den Niederlanden oder Norwegen tätig waren, wurde das Thema Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen als wichtiger Länderunterschied benannt. In den Niederlanden wird die Arbeitsunfähigkeit über den Arbeitgeber bescheinigt, in Norwegen ist eine ärztliche Bescheinigung nur bei längerer oder besonders häufiger Arbeitsunfähigkeit notwendig. Im folgenden Zitat schildert ein Teilnehmer, dass die Hausärzt:innen dadurch weniger durch medizinisch unnötige Arztbesuche belastet werden:

„... die Norweger schon so ein Krankschreibungssystem haben, dass du 10 Tage im Jahr von der Arbeit fehlen kannst, da kannst du dich selber krankmelden, diese 10 Tage können am Stück sein oder einzeln, du musst nicht zum Arzt gehen. Bei uns sind ja viele Arzt-Patienten-Kontakte nur, um den ‚gelben Zettel‘ zu holen, weil halt ab dem ersten Tag die meisten Arbeitgeber einen ‚gelben Zettel‘ haben wollen. Was sehr sinnlos ist.“ (NOR-1, Pos. 32)

In Italien und Großbritannien ist die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wie in Deutschland eine ärztliche Aufgabe.

Diskussion

Die oben dargestellten Erfahrungsberichte geben ungewöhnliche und intensive Einblicke in die subjektive Erfahrung von Länderunterschieden in Bezug auf Gatekeeping, Vergütung, Abrechnung und finanzielle Anreize sowie die Zuständigkeit für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. In der Wahrnehmung der Teilnehmer:innen haben diese „Systemunterschiede“ zum Teil gravierende Auswirkungen auf die praktische hausärztliche Arbeit.

Die große Stärke unserer Befragung ist, dass alle Teilnehmer:innen tatsächlich über praktische hausärztliche Erfahrung in 2 Ländern verfügten. Wie bereits am Ende des Methodenteils beschrieben sind bei der Interpretation aus methodischer Sicht jedoch wichtige Schwächen zu berücksichtigen. Wir können nicht in Anspruch nehmen, allgemein zutreffende Fakten über die einzelnen Länder ermittelt zu haben. Mit der vorangehenden Publikation zu den Rahmenbedingungen der Länder auf Basis statistischer Maßzahlen, systematischer Vergleiche und multinationaler Befragungen haben wir jedoch versucht, für die hier vorliegenden Erfahrungsberichte einen größeren Kontext zu schaffen [1].

Zusammenfassend lassen sich aus den Ergebnissen folgende Aspekte hervorheben: Im Gesamteindruck der Interviews werden die hausärztlichen Rahmenbedingungen in Norwegen und den Niederlanden im Vergleich zu den anderen Ländern positiver bewertet. Die starke und intakte Gatekeeping-Funktion gab den Interviewten das Gefühl, eine gesellschaftlich sinnvolle und medizinisch befriedigende Aufgabe zu erfüllen. Durch das Wegfallen der Aufgabe, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszufüllen, fühlten sich die Teilnehmer:innen in diesen Ländern von unnötigen Konsultationen – gerade in Anbetracht ihrer konträren Erfahrungen in Deutschland – entlastet. Vergütung und Abrechnungsmodalitäten waren kein Gegenstand größerer Kritik. Auch für Großbritannien wurde die als stark erlebte Gatekeeping-Funktion positiv für die eige-

ne hausärztliche Arbeit bewertet. Je weniger lang die Arbeitserfahrung dort zurücklag, umso stärker nahm hier jedoch die Kritik an den staatlichen Eingriffen und Reglementierungen zu, die zu massiven Veränderungen im hausärztlichen Arbeiten geführt haben. Dieses Ergebnis deckt sich mit der in Befragungen dokumentierten starken Abnahme der Berufszufriedenheit der britischen Hausärzt:innen [1]. Der Fall Italien verdeutlicht, wie die regulatorische Ausgestaltung eines Systems mit einer klaren Gatekeeping-Orientierung die theoretisch starke Rolle der Hausärzteschaft schwächen kann. Hierbei spielen nach Einschätzung der Teilnehmer:innen aber auch andere Faktoren, wie die fehlende Repräsentation der Allgemeinmedizin an italienischen Universitäten und die fehlende Facharztbezeichnung, eine wichtige Rolle [1].

Deutschland war in den Interviews der Referenzpunkt des Gesagten und in dieser Funktion häufig eher indirekt angesprochen. Sehr explizit war jedoch die negative Bewertung des deutschen Abrechnungssystems durch die Teilnehmer:innen. Gleichzeitig wurde das Gesundheitssystem auf Basis der Erfahrungen der Teilnehmer:innen im Ländervergleich wiederholt als anbieter- oder arztorientiert gesehen. Obwohl die Ärzteschaft im Prinzip also einen relativ großen Einfluss bei der Organisation des Gesundheitssystems hat, gelingt es nicht, ein befriedigendes Abrechnungssystem zu installieren. Positiv bewertet wurde in Deutschland der vergleichsweise große individuelle Freiraum, das hausärztliche Arbeiten bis zu einem gewissen Grad entsprechend eigener Präferenzen zu gestalten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse auf einer subjektiven Ebene, was durch formale Vergleiche bereits bekannt ist (siehe z.B. [17, 18]): wie vielfältig die Unterschiede in den Rahmenbedingungen der primärärztlichen Versorgung in den verglichenen Ländern sind. Sie verdeutlichen aber vor allem, in welchem großen Ausmaß sich die Erfahrung des hausärztlichen Arbeitens selbst in westeuropäischen Ländern unterscheiden kann. Gleichzeitig zeigen sich jedoch auch Konvergenzen hinsichtlich des Stellenwerts der Primärversorgung und welche Funktion den Hausärzt:innen hierbei zukommen kann.

Die Ergebnisse unserer explorativen Studie können nur einen ersten empirischen Einblick in die unterschiedlichen Erfahrungen und erlebten Herausforderungen von Hausärzt*innen geben, die in verschiedenen Ländern gearbeitet haben. Die vielfältigen Aspekte, die in der Studie und dem vorangegangenen Systemvergleich [1] angesprochen wurden, bieten aber zahlreiche Ansatzpunkte für Folgeprojekte. Größere und systematischere qualitative Studien mit Hausärzt:innen mit Arbeitserfahrung in ≥ 2 Ländern erscheinen in hohem Maße wünschenswert, um zuverlässigere und weitergehende, praxisnahe Analysen zu ermöglichen. Derartige Untersuchungen könnten dazu beitragen, bei der Gestaltung der zukünftigen Primärversorgung aus den Stärken und Schwächen anderer Länder zu lernen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Klaus Linde

Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Technische Universität München
Orleanstr. 47, 81667 München, Deutschland
klaus.linde@mri.tum.de

Danksagung. Wir bedanken uns bei allen Teilnehmer:innen für ihre Unterstützung sowie bei Tom Brandhuber und Antonius Schneider für Kommentare zu Manuskriptentwürfen.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Bayer, J. Gehrman, B. Jansky und K. Linde geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor:innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbil-

Working as a family physician in Germany and elsewhere—testimonials

Background: The framework conditions of primary care differ between individual European countries. We aimed to investigate how system differences (predetermined factors over which individual general practitioners have no influence) between countries influence practice.

Methods: Within the framework of a qualitative interview study, 12 general practitioners (GPs) who had worked both in Germany and in another country (Great Britain, Italy, the Netherlands or Norway) were asked which major differences between Germany and the comparison country they perceived in their work. The interviews were analysed using thematic analysis according to Braun and Clarke.

Results: Three themes were discussed by the participants. (1) The strong gatekeeping function of GPs in Great Britain, the Netherlands and Norway leads to a wider medical spectrum. In Italy, the gatekeeping function is weakened by various factors. (2) Strong differences in remuneration and billing mechanisms set complex incentives that affect GP care in a variety of ways—some of which are negative. This was the most discussed topic. (3) If, as in the Netherlands and Norway, the issuing of incapacity certificates is not a GP task, this leads to fewer visits to the doctor that are perceived as unnecessary.

Conclusion: From the participants' point of view, the system differences between the countries studied are large and even minor regulatory details can have a significant impact on GP work.

Keywords

International comparisons · Primary care · Framework conditions · Interviews · Field reports

dungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Linde K, Bayer R, Gehrman J, Jansky B, Zimmermann-Sigterman K, Engl A, Föll J, Wapler P, Schneider A (2024) Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Norwegen, Großbritannien, den Niederlanden und Italien – eine Übersicht. *Z Allg Med* <https://doi.org/10.1007/s44266-024-00226-4>.
- Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT (2011) The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int* 108(15):255–261
- Beech JFC, Gardner G, Buzelli L, Williamson S, Alderwick H (2023) Stressed and overworked. *Health Foundation*. <https://doi.org/10.37829/HF-2023-P12>. Verfügbar unter: https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2023/Stressed%20and%20overworked_WEB.pdf
- Doty MM, Tikkanen R, Shah A, Schneider EC (2020) Primary care physicians' role in coordinating medical and health-related social needs in eleven countries. *Health Aff (Millwood)* 39(1):115–123
- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S (2009) A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)* 28(6):1171–1183
- Vermeulen L, Schäfer W, Pavlic DR, Groenewegen P (2018) Community orientation of general practitioners in 34 countries. *Health Policy* 122(10):1070–1077
- Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, Assenova R, Koskela TH, Klemenc-Ketis Z, Nabbe P, Sowinska A, Montier T, Peremans L (2019) Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract* 20(1):96
- Triple Dutch WS (2020) what can we learn from general practice in the Netherlands. *InnovAIT* 13(11):695–696
- Schaubroeck E (2021) Fünf erstaunliche Dinge der hausärztlichen Versorgung in Deutschland aus belgischer Sicht. *Z Allg Med* 91(1):37–39
- Karsch Völk M, Kamps HH, Schneider A (2010) Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztssystem aus ärztlicher Sicht. *Z Allg Med* 86:468–473
- Hensler S (2005) Allgemeinmedizin in Italien - Einblicke bei einem Auslandspraktikum. *Z Allg Med* 81(11):503–506
- Sonntag BI (2004) „Land of Hope and Glory“: Als Hausarzt in Großbritannien. *Z Allg Med* 80(11):455–459
- Flick U, von Kardorff E, Steinke I (2009) Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Rowohlt, Frankfurt
- Ostermaier A, Barth N, Schneider A, Linde K (2019) On the edges of medicine - a qualitative study on the function of complementary, alternative, and non-specific therapies in handling therapeutically indeterminate situations. *BMC Fam Pract* 20(1):55
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 3(2):77–101

16. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G (Hrsg) (2020) International Health Care System Profiles. 2020 edition. New York: The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
17. Beech J, Baird B (2020) GP funding and contracts explained. The King'sFund. Verfügbar unter: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/gp-funding-and-contracts-explained>
18. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg) (2015) Building primary care in a changing Europe: Case studies (Internet). European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (Denmark)

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



Zeitschrift für Allgemeinmedizin online lesen? So funktioniert die Registrierung

Möchten Sie die ZFA online lesen? Dafür müssen Sie sich bei Springer Medizin online registrieren:



➤ **Scannen** Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/zfa. Wenn Sie bereits für diese Zeitschrift registriert sind, können Sie den nächsten Schritt überspringen.

➤ Registrieren



Sie müssen Sie sich einmalig unter www.springermedizin.de/register registrieren, als DEGAM-Mitglied gehen Sie bitte auf den Button „Online-Zugang für DEGAM-Mitglieder“ wie im Bild links unten. Bitte geben Sie bei der Registrierung Ihre Zugangsdaten vollständig an: E-Mail-Adresse, Ihre persönlichen Angaben (Name, Adresse, Beruf, Fachrichtung, Hauptinteressensgebiet, Ärztekammer, EFN, Mitgliedschaften) sowie Ihre Zustimmung zu den Nutzungsbedingungen und den Datenschutzbestimmungen. Bitte vergeben Sie dabei ein Passwort (mindestens

10 Zeichen; Klein-/Großbuchstaben). Anschließend klicken Sie auf „kostenlos registrieren“. Danach erhalten Sie eine Mail mit einem Link, um die Anmeldung abzuschließen. Wenn Sie auf den Link klicken, erscheint ein Hinweis, dass die Registrierung abgeschlossen ist. Sollte dies nicht gelingen, wenden Sie sich bitte telefonisch an die rechts angegebene Telefonnummer unseres Kundenservices.

➤ Berufsnachweis hochladen

Da Springer Medizin medizinische Inhalte für Fachkreise enthält, wird zur Registrierung auch ein Berufsnachweis benötigt – entweder über die Angabe Ihrer „einheitlichen Fortbildungsnummer“ (EFN, auch als „Barcode“-Nummer bekannt) oder über das Hochladen von entsprechenden Nachweisdokumenten. Sie können Ihren Berufsnachweis direkt beim Registrierungsprozess hochladen, im Anschluss unter „Mein Profil“ oder per Mail: Kundenservice@SpringerMedizin.de

➤ Ihre Vorteile als Online-Abonnent

- Alert-Mail, sobald die aktuelle Ausgabe erschienen ist
- Kostenlose Teilnahme an CME-Fortbildungen
- Kostenloser Zugriff auf die 3 Sonderhefte zum Facharzt-Training Allgemeinmedizin
- Kostenlose Teilnahme an den Kursen zum Facharzt-Training Allgemeinmedizin
- Kostenloser Zugriff auf alle verfügbaren Archiv-Ausgaben der ZFA

➤ Offene Fragen?



Bei allen Fragen rund um Ihren Zugang zu SpringerMedizin.de steht Ihnen der **Kundenservice** telefonisch kostenfrei unter 0800 77 80 777 oder +49 30 827 87 55 66 zur Verfügung (Montag bis Freitag, 10 bis 17 Uhr). Detaillierte Infos zu Registrierung und Berufsnachweis finden Sie außerdem hier: <https://bit.ly/3MfMN58> oder unter folgendem QR-Code: