

Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Allgemeinmedizin im deutschen und spanischen Gesundheitssystem

Differences and Similarities of Primary Care in the German and Spanish Health Care Systems

Maria Rosa Salvador Comino¹, Víctor Regife García¹, Sibylla Krane², Jörg Schelling²

Zusammenfassung: Eine effiziente Grundversorgung ist von enormer Wichtigkeit für jedes Gesundheitssystem. Bei der Umsetzung des gesellschaftlichen Zieles, der Bevölkerung eine ausreichende und kostengünstige Primärversorgung zu bieten, sind in einzelnen Ländern signifikante Unterschiede zu finden. Für diesen Artikel haben wir eine selektive Literaturrecherche durchgeführt, die sowohl das wissenschaftliche als auch gesellschaftspolitische Schrifttum betraf. Die gewonnenen Erkenntnisse dieser Literaturrecherche werden ergänzt durch die Erfahrungen einer spanischen Ärztin aus Sevilla im letzten Ausbildungsjahr zur Fachärztin für Allgemeinmedizin, die eine viermonatige Rotation im deutschen Gesundheitssystem durchlaufen hat. So beleuchten wir unterschiedliche Punkte im Vergleich der beiden Länder und beziehen uns auf die Gesundheitsausgaben, die Verknüpfung zwischen Primär- und Sekundärversorgung sowie die Organisation im akademischen Bereich und die Ausbildung von zukünftigen Allgemeinmedizinern. Es zeigt sich deutlich, dass die Grundversorgung in beiden Ländern eine zentrale Rolle spielt und ein besseres und effizienteres Gesundheitssystem gestalten kann. Beide Länder haben Unzulänglichkeiten zu überwinden, wobei in einzelnen Punkten das eine System vom anderen lernen kann.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Auslandsrotation; Gesundheitssystem; persönliche Erfahrungen

Summary: An efficient primary care is of particular importance for any countries' health care system. Many differences exist on how distinctive countries try to obtain the goal of an efficient, cost-effective primary care for its population. In this article we conducted a selective literature review, which includes both scientific and socio-political publications. The findings are complemented with the experience of a Spanish physician from Seville in her last year of training in family medicine, who completed a four months long rotation in the German health care system. We highlighted different features by comparing both countries, including their health care expenditure, the relation between primary and secondary care, the organization in the academic field and the training of future primary care physicians. It is clear that primary care in both countries plays a central role and could build a better and more efficient health care system. Both countries have to deal with shortcomings, which need to be overcome and in some points one system can learn from the other.

Keywords: Family Medicine; External Rotation; Health Care System; Personal Experience

¹ Universitätsklinikum Virgen del Rocío, Bereich Allgemeinmedizin, Sevilla, Spanien

² Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München

Peer reviewed article eingereicht: 10.06.2014, akzeptiert: 07.08.2014

DOI 10.3238/zfa.2015.0023-0027

Als Ärztin in Weiterbildung aus Sevilla, Spanien habe ich im Rahmen meiner dortigen Ausbildung die Möglichkeit einer viermonatigen Auslandsrotation in das deutsche Gesundheitssystem wahrgenommen. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Ländern sollen in diesem Bericht zusammengefasst werden.

Wie viele andere glaube ich persönlich, dass uns internationale Rotationen vor allem auf Ebene der Facharztausbildung helfen, als Arzt objektiver und kritischer zu sein. In Spanien wird diese Art der Mobilität schon lange für Ärzte in der Facharztausbildung angeboten und jeder Arzt hat im Rahmen dieser Ausbildung die Möglichkeit, bis zu 4 Monate an einer nationalen oder eben internationalen Rotation teilzunehmen. Das eigentliche Gehalt wird dabei weiter vom ausbildenden Heimatkrankenhaus gezahlt. Ich empfehle jedem Arzt in Weiterbildung, solche Möglichkeiten wahrzunehmen. Mich hat die Auslandsrotation in Deutschland ungemein und nachhaltig bereichert.

Gesundheitssysteme

Das spanische Gesundheitssystem hat sich auf dem Beveridge-System bzw. auf dem Steuersystem gegründet. Das deutsche System ist Teil der solidarisch finanzierten Sozialsysteme, auch Bismarck-System genannt. Das spanische System beinhaltete bis 2012 eine universelle Abdeckung für alle Personen, die sich in Spanien aufhielten, unabhängig von der Nationalität. Ab 2012 wurden illegale Immigranten von der öffentlichen Krankenversicherung ausgeschlossen [1]. Während spanische Ärzte durch den Staat und hierdurch letztlich über Steuereinnahmen finanziert werden und ein Festgehalt erhalten, sind deutsche Hausärzte vornehmlich freiberuflich tätige Ärzte, deren Gehalt von den erbrachten Leistungen abhängt [2].

Die Gesundheitsausgaben für das deutsche Gesundheitssystem sind im internationalen Vergleich hoch. Hierfür wurde es teilweise kritisiert, weil der Aufwand nicht immer dem Ergebnis entspricht und andere Länder, die weniger Geld für Gesundheit ausgeben, vergleichbare Erfolge erzielen [3]. Derzeit entsprechen die Ausgaben für Gesund-

heit 11,3 % des deutschen Bruttoinlandsprodukts (BIP), der Durchschnitt der OECD-Mitgliedsländer liegt bei 9,3 %. Die Gesundheitsausgaben in Spanien betragen derzeit in 9,3 % des spanischen BIP, werden aber aufgrund der aktuellen Weltwirtschaftskrise pro Kopf zwischen 2009 und 2011 sinken [4]. Spanien zählt zu den Ländern innerhalb der OECD, die am wenigsten Geld in der öffentlichen ambulanten ärztlichen Versorgung verbrauchen. Diese Aussage bleibt bestehen, wenn der Wert der Ausgaben am relativen Reichtum der einzelnen OECD-Länder korrigiert wird. Oft sind die spanischen Bürger aber sogar im Kollektiv noch gesünder, wobei hier neben dem investierten Geld auch weitere Faktoren wie ein gesunder Lebensstil eine wichtige Rolle spielen. Nicht mit eingerechnet in diese Kosten sind die Ausgaben, welche die Bürger auf privater Ebene leisten, um Unzulänglichkeiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung auszugleichen. So werden Leistungen über private Versorger über entsprechende private Versicherungen in Anspruch genommen, die dann zurück in das öffentliche System geschleust werden. Im Gegensatz zu den niedrigen Ausgaben im ambulanten Sektor wird ein höherer Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben den Krankenhäusern gewidmet, der in den letzten Jahren sogar weiter gestiegen ist [5].

In Spanien haben etwa 13 % der Bevölkerung eine private Krankenversicherung, die komplementär zum staatlichen System ist, da es in Spanien nicht möglich ist, aus der staatlichen Krankenversicherung auszutreten. Somit können Unzulänglichkeiten aus der öffentlichen Versorgung über private Versorger ausgeglichen werden. Allerdings bedingt es, dass Privatversicherte theoretisch eine Parallelversorgung durch zwei völlig voneinander unabhängige Versorger erhalten können, die in vielen Fällen unnötig ist und die Kosten in die Höhe treibt [6].

In Spanien gibt es seit den letzten zwanzig Jahren lediglich eine Gebühr für Medikamente. Seit 2012 zählen die über 65-Jährigen 10 % des zu zahlenden Betrags der Medikamente. Arbeitnehmer zahlen bis zu 40 %, variierend nach der Höhe des Einkommens. Wie immer gibt es auch hier zahlreiche Ausnahmen. Sonstige Zuzahlungen gibt es im spanischen System nicht. Diskussionen

über Zuzahlungen wurden und werden in Spanien häufig in den Medien sowie unter Ärzten, Patienten und Verbänden teilweise polemisch geführt, wobei sich letztlich aufgrund der Erfahrungen anderer Länder die Erkenntnis durchsetzt, dass hierdurch oft die ausgeschriebenen Ziele wie Kostenreduktion oder verringerte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems nicht erreicht werden können [7].

Die deutsche Bevölkerung hat die Möglichkeit, den Hausarzt, das Krankenhaus und den Spezialisten selbstständig zu wählen und ist damit für den individuellen Patienten eines der flexibelsten Gesundheitssysteme in Europa. Die ambulante ärztliche Versorgung stellt ein Nebeneinander von Hausärzten und Fachspezialisten dar, die miteinander um Patienten konkurrieren. Andere Länder, die ein solches System etabliert haben, sind unter anderem die USA, Belgien und die Schweiz [8]. In Spanien wird jedem Bürger ein Hausarzt bzw. ein Kinderarzt zugewiesen, wobei dieser mit etwas bürokratischem Aufwand prinzipiell gewechselt werden kann. Mit Ausnahme von Patienten mit privater Versicherung oder Patienten der Berufsgenossenschaft erfolgt die Vorstellung beim Hausarzt, der dann die Überweisung an einen Spezialisten ausstellt. *De facto* ist die freie Wahl des Spezialisten im staatlichen Gesundheitssystem in Spanien nicht vorgesehen. Einige Ärzte haben dies in der Vergangenheit kritisiert und sehen die freie Wahl des Krankenhauses und des Spezialisten als einen notwendigen Schritt bei der Verbesserung des spanischen staatlichen Gesundheitssystems.

Deutschland ist in Europa und der Welt eines der Länder mit den kürzesten Wartezeiten. In Spanien haben sich die Wartezeiten seit dem Beginn der Krise im Jahr 2008 und insbesondere nach den in 2010 durchgesetzten Kürzungen im Gesundheitssystem stark verlängert und zeigen aktuell die schlechtesten Werte der letzten acht Jahre [9]. Dies wiederum hat für das Gesundheitssystem insgesamt erheblich negative Konsequenzen. Nach aktueller Gesetzeslage steht dem öffentlich versicherten spanischen Patienten bei Wartezeiten von über sechs Monaten die Konsultation beim privaten Spezialisten zu, wobei die Kosten dann aber vom Staat übernommen werden.

Rolle der Allgemeinmedizin im Gesundheitssystem

Studien belegen, dass Gesundheitssysteme besser und effizienter sind, die auf einer starken und soliden primären Gesundheitsversorgung basieren. Verglichen mit der Primärversorgung produziert die Sekundärversorgung oft höhere Kosten ohne bessere Ergebnisse. Daher sollte ein ideales Gesundheitssystem auf einer starken medizinischen Grundversorgung aufgebaut sein [10].

In Spanien ist dieser Filter zur Sekundärversorgung seit 1984 gegenüber Deutschland sehr stark ausgeprägt. Dennoch gibt es auch in der deutschen Grundversorgung durchaus Programme und Entwicklungen, sich dieses Steuerungssystem besser zunutze zu machen. Seit 2004 vergeben einzelne Krankenkassen Boni für Versicherte, die Hausärzte als Filter für den Besuch beim Spezialisten einsetzen [11]. Um die Position des Hausarztes als Koordinator der weiterführenden Versorgung weiter zu stärken und die Inanspruchnahme verschiedener Fachärzte nebeneinander zu vermeiden, wurden 2007 die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine eigene hausarztzentrierte Versorgung (HZV) anzubieten.

Während die meisten der spanischen hausärztlichen Praxen aus multidisziplinären Teams bestehen, ist es in Deutschland häufiger, dass Praxen aus nur einem Arzt und dessen Mitarbeitern bestehen. In den letzten Jahren zeigte sich jedoch auch in Deutschland eine Tendenz für Ärzte [2], sich zu mehreren in einer gemeinsamen Arztpraxis niederzulassen. Die Zahl der Allgemeinärzte pro 100.000 Einwohner ist Spanien mit 75,4 etwas höher als in Deutschland mit 65,8. In beiden Ländern zeigen sich große regionale Unterschiede [12]. Die Vergütung der Hausärzte in Bezug auf den Durchschnittslohn ist in Deutschland fast doppelt so hoch wie in Spanien. In beiden Ländern verdienen die Hausärzte weniger als andere Spezialisten, obwohl die Differenz in Deutschland größer ist [13].

Spezielle Qualifikationen und Leistungen wie Sonografie, kleinere chirurgische Eingriffe oder Endoskopien können im deutschen Gesundheitssystem individuell vergütet werden und werden von den Hausärzten teils selbst durchgeführt. In Spanien ist dies typischerweise

	Deutschland	Spanien
Gesundheitssystem	Bismarck (Sozialversicherungssysteme)	Beveridge (Steuersysteme)
Gesundheitsausgaben des BIP	11,3 %	9,3 %
Finanzierung der Allgemeinärzte	Leistungen (flexibel)	Arbeitslohn (fest)
Vertragsart der Allgemeinärzte	Selbstständig	Angestellter des Staates/ Bundeslandes (Funktionär)
Allgemeinarzt als Filter	Nein	Ja
Freie Facharztwahl	Ja	Nein
Bezahlung pro Besuch	Nein	Nein
Medikamentengebühr	Ja	Ja

Tabelle 1 Gesundheitssysteme Deutschland – Spanien

	Deutschland	Spanien
Bezeichnung des Facharztes	Allgemeinmedizin	Familienmedizin und Medizin der Kommune/ Gemeinde
Zugang	Bewerbungsgespräch	Note nach Staatsexamen
Common Trunk	Nein	Nein
Zeitdauer	5 Jahre Mindestweiterbildungszeit	4 Jahre
Organisation	Flexibel, wenig strukturiert	Strukturiert, inflexibel
Vertragsart	Typischerweise mit verschiedenen Krankenhäusern/Ärzten	Mit dem Bundesland für ein spezifisches Krankenhaus
Facharztprüfung	Ja	Nein

Tabelle 2 Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin Deutschland – Spanien

weniger ausgeprägt. Allerdings werden die Unterschiede in der Grundversorgung auf andere Weise kompensiert: Zum einen arbeitet der typische Hausarzt in Spanien in einem *centro de salud*, also einem interdisziplinären Gesundheitszentrum mit einer Vielzahl von Ärzten, welche auch weiterführende diagnostische Tests wie Röntgen und Labor durchführen können. Zum anderen wurden in letzter Zeit zusätzlich verstärkt Maßnahmen gefördert, die auf der

Telemedizin basieren. So kann zum Beispiel der Hausarzt unter standardisierten Bedingungen ein Foto von einer Hauterscheinung machen, die dann vom Hautarzt begutachtet wird; abhängig vom Befund wird durch den Hausarzt die weitere Konsultation zeitgerecht eingeleitet. Eine ähnliche Kooperation besteht in Sevilla zwischen den Hausärzten und den Augenärzten bezüglich der vom Hausarzt angefertigten Retinografien [14].

Lehre an den Universitäten

In Deutschland gibt es in den 36 Medizinischen Fakultäten des Landes derzeit 23 allgemeinmedizinische Institute oder Abteilungen, vier weitere Professuren sind ausgeschrieben oder bereits in Besetzung (Stand Sommer 2014), wobei einige dieser Lehrstühle als Stiftungslehrstuhl finanziert werden. Im Jahr 2002 wurden Blockpraktika in Allgemeinmedizin für Studierende Pflicht. Ziel ist es, nicht nur die fachlichen Inhalte näher zu bringen, sondern auch insgesamt die Studierenden für dieses Fach zu begeistern und ggf. zu einer Karriere in der Allgemeinmedizin zu motivieren [15].

In Spanien gibt es derzeit ein allgemeinmedizinisches Lehrangebot in 25 der 27 Fakultäten. In näherer Zukunft wird es im letzten Jahr des Studiums, ähnlich wie in Deutschland, eine Rotation in einer allgemeinmedizinischen Praxis geben, die dann allerdings Pflicht ist. Es gibt knapp ein Dutzend Lehrstühle für Familienmedizin. Neue Ansätze werden gesucht und diskutiert, um der Familienmedizin insgesamt mehr Gewicht an den Universitäten in Spanien zu verleihen [16].

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin heißt in Spanien *Medicina de Familia y Comunitaria*, was wörtlich übersetzt „Familienmedizin und Medizin der Kommune/Gemeinde“ heißen würde. In Deutschland ist die Familienmedizin ebenfalls ein integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin.

Einer der größten Unterschiede zwischen den zwei Systemen besteht bei der Vergabe der Weiterbildungsstellen zum Facharzt. Während in Deutschland das Studium mit dem Staatsexamen abgeschlossen wird und dann eine freie Bewerbung das Standardverfahren ist, ist dies in Spanien komplett anders. Für spanische Medizinstudenten ist dagegen das Bestehen aller Einzelfächer ausschlaggebend. Nach dem Studium wird ein zentrales Examen geschrieben, das die Aufnahme zur Facharztausbildung bedingt.

Diese *MIR (Médico Interno Residente oder Arzt in interner Weiterbildung)* ge-

nannte Prüfung erfolgt jährlich gleichzeitig in vielen verschiedenen Städten in Spanien am gleichen Tag und zur gleichen Zeit. Die Prüfungsnote, die bei diesem Examen erlangt wird, ist für spanische Ärzte entscheidend, denn sie macht 90 % der Gesamtnote aus, die Studienleistungen aus dem Medizinstudium dagegen nur 10 %. Der Absolvent mit der besten Note darf sich seine Stelle auswählen, danach kommt der zweitbeste mit der Auswahl dran usw., bis alle der ca. 7.000 Weiterbildungsstellen im ganzen Land vergeben sind. Für jede dieser Stellen gibt es einen Facharztvertrag von 4–5 Jahren je nach Weiterbildungsziel.

Alle Ärzte in Weiterbildung fangen im Mai jeden Jahres gleichzeitig mit ihrer Weiterbildung an. Der Vorteil dieses Systems ist eine gewisse Objektivität und Transparenz bei der Vergabe der Weiterbildungsstellen. Der Nachteil ist, dass es nur ein Auswahlkriterium gibt, nämlich eine einzelne Multiple-Choice-Prüfung [17].

Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland dauert mindestens 60 Monate. Davon müssen 24 Monate in hausärztlicher Versorgung abgeleistet werden. In Spanien dauert die Ausbildung lediglich 48 Monate. Ein Minimum von 50 % der Gesamtdauer muss in der hausärztlichen Versorgung geleistet werden. Seit Jahren besteht in Spanien eine Debatte darüber, ob ähnlich zu anderen Ländern eine *Art Common Trunk* eingeführt werden soll, von dessen Basis aus, man sich dann weiter spezialisieren kann. Gegebenenfalls wird das Fach Allgemeinmedizin bei der Generierung einer solchen Basisausbildung eine zentrale Rolle spielen [18].

Anders als in Deutschland ist in Spanien der Facharzt für Allgemeinmedizin vom ersten bis zum letzten Tag der gesamten Facharztweiterbildung strukturiert. Der deutsche und spanische Arzt in Weiterbildung haben prinzipiell ein ähnliches Aufgabenfeld zu betreuen, allerdings besteht ein wichtiger Unterschied: Während Ärzte in Weiterbildung in Deutschland von den Universitäten in erster Linie als Arbeitskraft eingestellt werden, haben die spanischen *residentes*, als auszubildende Ärzte, ein Anrecht auf Weiterbildung. Sie sind *per definitionem* nicht in den Stellenpool des Krankenhauses mit

einbezogen, sondern gelten als Auszubildende. Dies schafft enorme Gestaltungsmöglichkeiten für definierte Rotationen und Weiterbildungsziele. In Spanien gibt es nicht überall ein Praktisches Jahr während des Studiums, welches sich gerade beim unmittelbaren Berufsstart bei der direkten Patienteninteraktion bemerkbar macht.

Dafür ist in Deutschland die Weiterbildung danach weitgehend unstrukturiert. Es gibt meist keine formalen Rotationen. Ärzte müssen sich diese selbst organisieren, was oft mit großem zeitlichem Aufwand verbunden ist. Aus diesem Grund wurde in den letzten Jahren eine Vielzahl von Weiterbildungsverbänden gegründet, in denen die Ärzte wenigstens eine gewisse Grundstruktur für ihren Facharzt entwickeln können [19].

Der Vorteil des deutschen Systems ist die hohe Flexibilität während der Weiterbildungszeit. Die Assistenzärzte haben die Möglichkeit, sich ihre Facharztausbildung in verschiedenen Krankenhäusern, Städten und sogar Ländern zu organisieren. In Spanien ist dies aufgrund der strukturierten Ausbildung so nicht möglich. Typisch ist, dass ein Arzt in Weiterbildung seinen Facharzt an einem Krankenhaus beginnt und dann dort auch abschließt. Dies wird dadurch verstärkt, dass jeder auszubildende Arzt einen Facharztvertrag erhält. Dennoch wird auch den spanischen auszubildenden Ärzten die Möglichkeit gegeben, über externe Rotationen oder Wahlfächer Erfahrung in anderen Krankenhäusern oder im Ausland zu sammeln.

Ist die Ausbildungszeit der spanischen Ärzte in Weiterbildung erbracht, erfolgt die Vergabe des Facharztstitels. Die Beurteilung des Arztes erfolgt kontinuierlich durch die ausbildenden Oberärzte des Ausbildungsprogramms, wobei hier auch Noten vergeben werden. Eine abschließende Facharztprüfung gibt es nicht. Allerdings wird derzeit intensiv diskutiert, eine solche Abschlussprüfung ähnlich der Aufnahmeprüfung einzuführen.

Schlussfolgerungen

Ein weiterer enormer Unterschied, der das ärztliche Arbeiten in Deutschland und damit direkt die Weiterbildung

Dr. Maria Rosa Salvador Comino ...

... hat Ihre Facharztausbildung in München begonnen und anschließend die Weiterbildung zum Facharzt für Familienmedizin am Universitätsklinikum Virgen del Rocío in Sevilla abgeschlossen. Im Rahmen ihrer Arbeit am Bereich Allgemeinmedizin der LMU München 2013 entstand diese Übersichtsarbeit. Die Publikation von Forschungsergebnissen zur ambulanten Palliativmedizin ist geplant.

der deutschen Ärzte im Vergleich zu Spanien beeinflusst, ist die unterschiedliche Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften. In Spanien verfügen Krankenschwestern und -pfleger über ein volles Hochschulstudium und sind entsprechend gut qualifiziert. Viele Tätigkeiten, die in Spanien von Krankenschwestern durchgeführt werden, sind in Deutschland noch Aufgabe von Ärzten. Hierzu gehören z.B. Blutentnahmen, Nadeln legen und die Gabe von Bluttransfusionen und Chemotherapeutika.

Es bestehen also tatsächlich einige wichtige Unterschiede zwischen

den beiden Systemen. Die Probleme allerdings, die in der hausärztlichen Versorgung in den kommenden Jahren zu lösen sind, ähneln sich sehr. Zu erwähnen ist hier sicherlich der Verlust an Hausärzten und Nachwuchsprobleme insbesondere in ländlichen Gebieten, genauso wie die zunehmende Spezialisierung und die dadurch bedingte Verteuerung des Gesundheitssystems. In diesem Zusammenhang ist darüber hinaus das mangelnde Ansehen unserer Fachrichtung in beiden Ländern gleichermaßen ein Problem. Die Integration der klinischen Forschung sowie die Notwendigkeit für eine wirksame Grundver-

sorgung für eine immer älter werdende Bevölkerung ist eine Herausforderung an unsere Fachrichtung, der wir uns zu stellen haben [20]. Nichtsdestotrotz bleibt festzuhalten, dass der Hausarzt in unseren Gesellschaften als erster und oft auch wichtigster Ansprechpartner für kranke Menschen dient. Aus diesem Privileg entsteht enormes Potenzial, positiv auf unsere Patienten und unsere Gesellschaft einzuwirken – in Deutschland wie in Spanien.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jörg Schelling
Klinikum der Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Pettenkoflerstraße 8 a
80336 München
Tel.: 089 5160-3779
joerg.schelling@med.uni-muenchen.de

Literatur

- Real Decreto-ley 16/2012 [die Notverordnung 16/2012]. <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf> (letzter Zugriff am 02.04.2014)
- Fernández Del Río MDP. La medicina de familia en seis países europeos [Family medicine in six European countries]. *Aten Primaria* 2010; 42: 620–625
- Healthcare Systems: Germany. <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf> (letzter Zugriff am 03.03.2014)
- Health at a Glance 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (letzter Zugriff am 05.11.2013)
- Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 2002–2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? [Health spending in Spain, 2002–2008. Does the Primary Care budget rescue begin?] *Aten Primaria* 2011; 44: 20–29
- Armesto SG. Health systems in transition: Spain. 2010. *Economía y salud: boletín informativo* 2011; 70: 2–10
- Gérvas Camacho J. Temerás a los copagos (y a quienes los impongan en vano) [Be afraid of copayments (and those who impose them vainly)]. <http://www.actasantaria.com> (letzter Zugriff am 07.01.2014)
- Egidi G, Bilger S, Fischer T, Lichte T, Niebling W. Allgemeinmedizin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. In: Kochen MM (Hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, 4. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2012: 617–625
- Sistema de Información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud [Information System for waiting lists in the National Health System] https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_DE_ESPERA_Diciembre_2012.pdf (letzter Zugriff am 03.12.2013)
- Starfield BB, Chang H-YH, Lemke KW, Weiner JJP. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage* 2009; 32: 216–25
- Gesetz § 73 b in Sozialgesetzbuch V. 2004. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (letzter Zugriff am 05.12.2013)
- World Health Organization. Region for Europe. *European health for all database*. <http://data.euro.who.int/hfad/> (letzter Zugriff am 07.01.2014)
- Health at a Glance 2011: OECD Indicators. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Fernández EM, Moll MSV, González MP, et al. [Validation of the electronic mailing of retinographs of diabetic patients in order to detect retinopathy in primary care]. *Aten Primaria* 2008; 40: 119–123
- Schäfer HM, Sennekamp M, Güthlin C, Krentz H, Gerlach FM. Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren? *Z Allg Med* 2009; 85: 206–209
- Bonal Pitz P. Medicina de familia y Espacio Europeo de Educación Superior [Family medicine and the European Space for Higher Education]. *Aten Primaria* 2010; 42: 5–6
- Formación Sanitaria Especializada [Specialized Health Training]. <http://sis.msssi.es/fse/Default.aspx?MenuId=QE-00> (letzter Zugriff am 10.01.2014)
- de Serdio Romero E. ¿Que cómo va de la troncalidad? [How is european compatibility progressing?] *Aten Primaria* 2012; 44: 59–61
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. <http://www.degam.de/weiterbildung.html> (letzter Zugriff am 21.12.2013)
- Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe [Some causes (and solutions) of the loss of prestige of general/family medicine. Against the Hero's discredit]. *Aten Primaria* 2007; 39: 616–618