

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
Positionspapier

5 **Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels**

beschlossen am 30.06.2018 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Brandenburg a. d. Havel.

Zusammenfassung:

- 10 In Medien und der Politik werden Studienplatzerhöhungen und eine sog. Landarztquote als Lösungskonzepte zu ärztlichen Versorgungslücken in der Primärversorgung und auf dem Land diskutiert. Diese Ansätze lehnt die bvmd ab und weist darauf hin, dass sie nicht das zugrundeliegende Problem bei den Medizinabsolvent*innen adressieren: Der Beruf der Landärzt*in wird aus diversen
- 15 Gründen als unattraktiv wahrgenommen. Die bvmd fordert eine differenzierte Auseinandersetzung mit diesen Gründen und Lösungskonzepten, die dazu beitragen, den Beruf der Landärzt*in wieder attraktiv zu gestalten. Dabei müssen die Rolle der Landärzt*in, die Arbeitskultur im Gesundheitswesen allgemein und Änderungen der Versorgungsstrukturen mitgedacht werden. Konkret fordert die
- 20 bvmd:

Neufokussierung der landärztlichen Rolle auf Gesundheitsförderung und -zentren

- Um neue Gestaltungsspielräume zu eröffnen sowie eine gesundheitszentrierte Versorgung zu ermöglichen, fordert die bvmd, dass die Allgemeinmedizin¹ zukünftig mehr auf die Sicherstellung der Gesundheit in einer Region ausgerichtet ist. Dies umfasst sowohl die Koordination von Gesundheitsförderung (z.B. in Kooperation mit anderen Playern wie z.B. Schulen) als auch das „Management“ der Patient*innen im Gesundheitssystem. Strukturelle Vergütungsmodelle sollten diese Ausrichtung berücksichtigen wie z.B. im „Gesunden Kinzigtal“. Für Patient*innen greifbar wird diese Ausrichtung in regionalen, interprofessionellen Gesundheitszentren, die Anlaufstelle für alle Fragen der Gesundheit (z.B. auch Ernährungsberatung, Physiotherapie, Koordination in der Region) sind.
- 25
- 30

¹ Zu den Allgemeinmediziner*innen zählen alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen (z.B. hausärztlich tätige Internist*innen)

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30) 9560020-3

Fax +49 (30) 9560020-6

Home bvmd.de

Email buero@bvmd.de

Für die Presse

Carolin Siech

Email pr@bvmd.de

Phone +49 (0) 157 84728449

Vorstand

Jana Aulenkamp (Präsidentin)

Lars Blesch (Internes)

Peter Jan Chabiera (Externes)

Nadine Freitag (Austausch)

Eva Weber (Finanzen)

Carolin Siech (PR)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vertragsregister Aachen

VR 4336). Sitz und Gerichtsstand ist Aachen.

Schaffung von flexiblen Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten

35 Da eine Tätigkeit als Landärzt*in mit mangelnden beruflichen
Entwicklungsmöglichkeiten assoziiert sein kann, schlägt die bvmd vor, dass
Angestelltenverhältnisse geschaffen werden, die dann in Niederlassungen oder
Leitungs- und Koordinationsstellen von Netzwerken/Gesundheitszentren münden
können. Eine weitere Möglichkeit zur Flexibilisierung ist eine Anbindung einer
40 Niederlassung oder eines Gesundheitszentrums an übergeordnete (Universitäts-)
klinika.

Geteilte Verantwortung und fachlicher Austausch in Netzwerken

Die bvmd schlägt die Etablierung von Ärztenetzwerken vor, die sowohl dem
fachlichen Austausch als auch der Teilung von Verantwortung für die
45 Patient*innen dienen (z.B. im Urlaub, Elternzeit). Weiterhin ermöglichen sie die
Möglichkeit eines „Oberarztes im Hintergrund“ zur Supervision.

Führen eines chancenorientierten öffentlichen Diskurses

Um Medizinstudierende nicht unabsichtlich abzuschrecken, regt die bvmd einen
positiveren, chancenorientierten öffentlichen Diskurs statt einer Betonung der
50 Unattraktivität der ländlichen Primärversorgung an.

Berücksichtigung alternativer Motivations- und Entlohnungsmittel

Neben finanziellen Anreizen spielen für Medizinstudierende auch Aspekte wie
Gestaltungsmöglichkeiten, wissenschaftliche Neugierde, Work-Life-Balance sowie
Wertschätzung und Respekt eine Rolle in der Berufswahl und sollten als
55 Attraktoren von Arbeitgebern und Regionen genutzt werden.

Qualitätssicherung und Neufokussierung der allgemeinmedizinischen Lehre

Da das Studium die spätere Berufswahl entscheidend mitprägt, sollte hier darauf
geachtet werden, in allen Fächern Wertschätzung gegenüber der
Primärversorgung zu vermitteln. In der Allgemeinmedizinlehre ist eine stringente
60 Qualitätssicherung sowie die Kooperation mit inspirierenden Lehrenden dringend
notwendig. Inhaltlich fordert die bvmd eine Abkehr von „Innere light“ und
stattdessen eine stärkere Betonung von allgemeinmedizinischen Inhalten
(lebenslange Primärversorgung, Gesundheitslotse, Familienmedizin etc.) sowie
eine vermehrte Vermittlung von Skills zur Niederlassung (in Form von
65 Wahlangeboten).

Prüfen struktureller Änderungen: Praxisrotationen, Pendelmodelle, Telemedizin und integrierte Versorgung

70 Neben der Ausnutzung der Telemedizin sollte die Möglichkeit geprüft werden, einen landärztlichen KV-Sitz rotierend mit städtischen Ärzten zu besetzen. Strukturänderungen zur Senkung des ärztlichen Bedarfs durch Modelle der integrierten Versorgung müssen geplant sowie finanzielle Anreize überdacht werden.

75 **Der „(Land-)Ärztmangel“ ist kein Kapazitäts- sondern ein Attraktivitätsproblem**

In den Medien und in der Politik ist der sogenannte „Ärztmangel“² momentan ein wichtiges Thema. Insbesondere auf dem Land und in der Primärversorgung werden Versorgungsengpässe befürchtet (1–3). Diese Sichtweise wird auch von
80 verschiedenen Ärztevertretungen² unterstützt. Als Reaktion darauf werden mindestens 10% mehr Studienplätze gefordert (4) und in einigen Bundesländern die Einführung einer „Landarztquote“² diskutiert (5–7).

Studienplatzerhöhungen sind weder problemorientiert noch effizient

85 Diese Lösungsansätze sieht die bvmd aus mehreren Gründen kritisch. Zunächst einmal bleibt festzuhalten, dass es in Deutschland im internationalen Vergleich sehr viel ärztliches Personal gibt. Verschiedene Studien und Vergleiche weisen darauf hin, dass Ärzt*innen hierzulande ineffizient eingesetzt sind und unausgeglichen verteilt werden, ohne dass ein absolutes Kapazitätsproblem
90 besteht (8–13). Die Anzahl der Medizinstudierenden hat, abgesehen von 1992, seit 1975 einen Höhepunkt erreicht (14). Auch die Anzahl der berufstätigen Ärzt*innen befindet sich seit Beginn der Erhebung 1960 auf einem Höhepunkt mit einem jährlichen Zuwachs von über 6000 Ärzt*innen in den letzten zehn Jahren (15).

95 Obgleich die bvmd prinzipiell die Argumentation unterstützt, dass ein familienfreundliches und patientenzentriertes Arbeiten es erfordert, zukünftig die Arbeit auf mehr Köpfe zu verteilen (3, 16, 17), so zweifelt sie doch an, dass eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten eine problemorientierte Lösung der Fehlverteilung darstellt. Eine derartige Erhöhung der absoluten Zahl an
100 Absolvent*innen, dass dieser geringe Anteil alle vorhandenen Versorgungsengpässe löst, ist nicht nur ineffizient, sondern führt auch zur

2 Aus Gründen der Lesbarkeit wird dieser feststehende Begriff in der maskulinen Form benutzt, es sind beide Geschlechter gemeint.

weiteren Verschärfung der schon bestehenden Problematik von Fehlverteilungen, Ineffizienzen und Überversorgung (12, 18, 19). Dazu kommt, wie 2011 bereits erwähnt, dass die Finanzierung der geforderten Studienplätze nicht gesichert ist und sich eine Erhöhung damit nachteilig auf die Lehrqualität auswirkt (20). Die bvmd setzt sich deshalb das Ziel, nicht die ohnehin schon hohe Ärztedichte weiter zu erhöhen, sondern den Anteil derer, die auf dem Land und in der Primärversorgung arbeiten wollen, zu steigern.

110 **Die Landarztquote ist eine unverhältnismäßige Einschränkung der freien Berufswahl**

Ein weiterer viel diskutierter Vorschlag ist die sog. "Landarztquote" oder ähnliche Verpflichtungsmodelle. Diese hat das Ziel, gezielt Studierende zuzulassen, die sich für eine spätere Tätigkeit auf dem Land verpflichten. Die bvmd spricht sich vehement gegen eine solche Maßnahme aus, da sie überzeugt ist, dass man auch auf dem Land hochqualifizierte Ärzt*innen braucht, die diese Tätigkeit bewusst und aus freien Stücken gewählt haben, um eine hochwertige Versorgung sicherzustellen. Eine Verpflichtung auf einen späteren Lebensort und Beruf auf mehr als elf Jahre im Voraus stellt eine zu starke Einschränkung der freien Entfaltung und persönlichen Entwicklung während eines sechsjährigen Studiums dar, zumal das Risiko besteht, dass Studieninteressierte sich ohne originäres Interesse an der Tätigkeit so ihren Studienplatz erkaufen, um dann später die Zeit abzusetzen oder sich der Verpflichtung durch z.B. eine Konventionalstrafe zu entziehen.

125

Wir brauchen problemorientierte Lösungsansätze, um die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit auf dem Land zu steigern

Um den momentanen Bedarf an hausärztlichem Personal auf dem Land zu decken, strebt ein zu geringer Anteil von Absolvent*innen eine berufliche Laufbahn auf dem Land und in der Primärversorgung an. Dies bedeutet, dass eine derartige Laufbahn aus verschiedenen Gründen als unattraktiv wahrgenommen wird. Die bvmd fordert, sich differenziert mit dieser Wahrnehmung auseinanderzusetzen und zu ermitteln, in welchen Bereichen die Vorstellungen von Medizinstudierenden nicht mit der beruflichen Wirklichkeit oder ihrer Wahrnehmung übereinstimmen. Weiter fordert sie, sich Lösungen zu überlegen, wie man beides besser zur Deckung bringen und zusätzlich junge Ärzt*innen für eine derartige Karriere begeistern kann. Wichtige Teilbereiche sieht sie in der Gestaltung eines neuen Rollenbildes für den Beruf der Landärzt*in, die Schaffung von Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten, die Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen, die Veränderung der öffentlichen

140

Darstellung und der Lehre sowie veränderte strukturelle Konzepte und (finanzielle) Anreize.

145 Im Folgenden sollen aus der Sicht von jungen angehenden Ärzt*innen derartige
Vorschläge diskutiert werden. Die bvmd ist sich bewusst, dass nicht alle
Vorschläge innerhalb der heutigen Rahmenbedingungen machbar sind. Das Ziel
dieses Papiers ist es stattdessen, aufzuzeigen, wo Medizinstudierende
Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung sehen und anhand dieser Vorschläge
konstruktiv mit den Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung in den
150 Dialog zu treten. Natürlich schließen Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung der
ärztlichen Tätigkeit auf dem Land immer auch Maßnahmen zur
Attraktivitätssteigerung ländlicher Regionen wie z.B. einen Ausbau der
Infrastruktur mit ein. Da dies jedoch nicht spezifisch für ärztliches Personal ist,
möchten wir in diesem Positionspapier auf eine ausführliche Darstellung
155 verzichten, auch wenn diese als zwingend notwendig für ein Gelingen eines
Gesamtkonzeptes zur Stärkung der medizinischen Versorgung in ländlichen
Regionen angesehen werden (1).

160 **Wie können wir Ärzt*innen motivieren, in der Primärversorgung auf dem Land zu arbeiten?**

Wir brauchen eine Neufokussierung der hausärztlichen Tätigkeit: Gesundheitsförderung und Gesundheitszentren

165 Der Beruf der Hausärzt*in wird von vielen Medizinstudierenden als wenig attraktiv wahrgenommen. Auch unter Studierenden hält sich leider das Klischee, dass die Hausärzt*in häufig vor allem banale Erkrankungen behandelt, chronische Patient*innen regelmäßig spricht und alle spannenden Fälle sofort zu Fachärzt*innen überweist. Zwar wird die Bedeutung der Primärversorgung und

170 das Herausfiltern abwendbarer gefährlicher Verläufe als wichtige Aufgabe anerkannt, jedoch nicht als lebenslange Herausforderung für die eigene berufliche Zukunft wahrgenommen (21). Die bvmd glaubt, dass dies sowohl mit den Tätigkeiten und der Gestaltungsmöglichkeit, der Verantwortung als auch den Entwicklungsmöglichkeiten in diesem Beruf zu tun hat. Sie fordert daher eine

175 Neugestaltung der hausärztlichen und landärztlichen Tätigkeit. Im Folgenden soll zunächst eine Vision für eine mögliche Neufokussierung vorgestellt werden, die weniger das Ziel verfolgt, ein bereits fertiges Konzept zu sein, als vielmehr das Ziel, als Anregung für eine Diskussion über das Rollenverständnis der Landärzt*in zu dienen.

180

Gesundheitsförderung im Mittelpunkt

Zunächst einmal erscheint eine Umorientierung der Denkweise über die Ziele und Einsatzbereiche von ärztlichem Personal auf dem Land sinnvoll. Der Großteil der Bevölkerung ist gesund, nicht krank, und möchte auch gerne möglichst lange

185 und in hoher Lebensqualität gesund bleiben. Es sollte eine mindestens gleichberechtigte Aufgabe der medizinischen Versorgung sein, diese Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Stattdessen gibt es momentan wenig flächendeckende Konzepte für die Gesundheitsförderung, wenig bekannte, qualifizierte und nicht-kommerzielle Anlaufstellen bei Beratungsfragen sowie

190 einen Wissensmangel in der Bevölkerung über relevante Themen wie z.B. Ernährung, Mental Health oder sportliche Aktivität (22). Kommunale Beratungsstellen stellen ein sinnvolles Angebot dar, sind letztendlich aber eine Parallelstruktur zum Gesundheitssystem mit der Hausärzt*in als erste Beratungsstelle, welche wiederum Prävention und Gesundheitsförderung nur

195 unzureichend vergütet bekommt (23). Die bvmd sieht Gesundheitsförderung als originär ärztliche Aufgabe an und hält die Allgemeinmedizin als erste Anlaufstelle für die Bevölkerung dafür besonders qualifiziert. Darüber hinaus sieht die bvmd die Allgemeinmediziner*in als wichtigen primären Ansprechpartner*in und Lotse

im Gesundheitssystem, dessen Aufgabe die patientenzentrierte Koordination ist.
200 Diesen beiden Ideen entsprechend hält die bvmd es für einen spannenden
Ansatz, dass Allgemeinmediziner*innen mehr „Gesundheitsverantwortung“ für
eine Gemeinde oder Region erhalten, anstatt sich passiv um die Verwaltung von
Krankheiten zu kümmern. Dazu benötigt es eine Einbindung von anderen
Strukturen wie z.B. von Schulen oder Betrieben, und die Einbindung anderer
205 Gesundheitsberufe wie z.B. im Bereich Physiotherapie oder Ernährungsberatung,
die von einer Hausärzt*in koordiniert und gestaltet werden könnte. Dadurch
öffnen sich neue Gestaltungsmöglichkeiten und Verantwortungsbereiche.

Ein interessantes Modell dafür ist der integrierte Versorgungsansatz der
„Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ mit der koordinierenden
210 Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH (24, 25).

Es werden hier zwei Ideen verfolgt: Zum einen eine bessere, patientenzentrierte
Koordination von Gesundheitsplayern (z.B. vom stationären zum ambulanten
Sektor), zum anderen die Vergütung von „Gesundheit“. Dies wird erreicht, indem
das Ärztenetzwerk an den Gewinnen der Krankenkassen durch die bessere
215 Versorgung der Bevölkerung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beteiligt
wird. Dadurch werden nicht ärztliche Leistungen oder Arztbesuche finanziell
belohnt, sondern das Gesunderhalten der Bevölkerung durch z.B. Prävention,
eine bessere Begleitung der Patient*innen durch das System und die Ausrichtung
auf langfristige Erfolge. Die medizinischen sowie Patientenmitglieder können über
220 die Verwendung des Gewinns der GmbH mitbestimmen und damit die
Gesundheit der Region mitgestalten.

Weitere spannende Ansätze im Rahmen einer veränderten Vergütung mit der
Belohnung von Gesundheitsförderung sind z.B. Elemente des Capitation-Modells
(26) oder bundled-payment Modelle (27, 28), welche hier ergebnisoffen zu
225 diskutieren wären.

Die bvmd ist sich bewusst, dass es auch Ärzt*innen gibt, deren hauptsächliches
Interesse der kurativen Medizin gilt und die sich gerne als praktizierende Ärzt*in
auf dem Land niederlassen wollen. Deshalb soll die Möglichkeit, als
„Gesundheitscoach“ mit koordinativen Aufgaben in der Prävention betraut zu
230 werden, optional von den Kommunen ermöglicht und gefördert werden, aber
nicht zur absoluten Voraussetzung für die Niederlassung als Hausärzt*in auf dem
Land gemacht werden.

Interprofessionelle Gesundheitszentren

235 Darüber hinaus benötigt man für dieses neue Rollenbild eines
Gesundheitscoaches eine Umgestaltung der infrastrukturellen Gegebenheiten im
Gesundheitssystem wie z.B. das Umdenken von „Einzelkämpfpraxen“ zu

Netzwerken, Gesundheitszentren/-campus und interprofessionellen Gesundheitsteams in nicht-ärztlicher Trägerschaft.

- 240 Zum Beispiel könnte in einem Gesundheitszentrum unter ärztlicher oder anderer Leitung ein interprofessionelles Team aus den Bereichen der ärztlichen (verschiedene Fachrichtungen) Versorgung, Pflege, Physiotherapie und anderen Gesundheitsberufen tätig sein. Es finden Sprechstunden genauso statt wie Beratungen, Präventions- und Therapieangebote oder Selbsthilfegruppen sowie
- 245 die Koordination der medizinischen Versorgung der ländlich gelegenen Orte (z.B. durch Filialpraxen, mobile Praxen). Im Rahmen des Versorgungskonzeptes sollte auch über die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten wie z.B. die Durchführung von Hausbesuchen, Betreuung chronisch Kranker oder die Wundversorgung nachgedacht werden. Beispiele hierfür sind u.a. "Care Groups"
- 250 aus den Niederlanden (28), das multiprofessionelle Versorgungskonzept der "Bend Memorial Clinic, USA" (29, 30) und zum Teil das "Gesunde Kinzigtal". Es sind zahlreiche Nachweise vorhanden, dass im ambulanten wie im stationären Setting professionelle berufsübergreifende Zusammenarbeit die Qualität der Versorgung verbessert (31, 32).
- 255 Dieses Konzept ermöglicht es den Patient*innen, eine zentrale und umfassende Anlaufstelle für alle Gesundheitsfragen zu haben, eine effiziente Ressourcennutzung durch interprofessionelle Teams zu garantieren sowie neue und abwechslungsreiche Aufgabengebiete zu definieren.

260 **Wir wollen uns entwickeln: Karrierewege, erweiterte Tätigkeiten und flexible Einstiegsmöglichkeiten**

- Viele Medizinstudierende beklagen bei der Tätigkeit als Hausärzt*in auf dem Land mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele in der beruflichen Laufbahn (21). Nach der Facharztausbildung wird der Beruf und insbesondere die
- 265 Niederlassung auf dem Land als Sackgasse erlebt, die eine immer gleiche Tätigkeit ohne Qualifizierungsmöglichkeiten bedeutet. Allein der Begriff der „Niederlassung“ impliziert eine gewisse Statik in der persönlichen Weiterentwicklung und eine zu große Bindung an Region und Tätigkeit. Die bvmd spricht sich daher dafür aus, Karrierewege in der Allgemeinmedizin und als
- 270 Landärzt*in flexibler zu gestalten und Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen.

Schaffung von Leitungs- und Supervisionsstellen sowie Zusatzausbildungen

- Die Schaffung der oben genannten interprofessionellen Teams, Gesundheitszentren und Gesundheitsnetzwerke bietet die Chance, sowohl Stellen
- 275 für Angestellte zu schaffen, die sich rein auf die klinische Patientenversorgung konzentrieren, als auch ärztliche Leitungs- und Supervisionsstellen, die z.B. für

280 die Koordination des Teams, die Umsetzung des Präventionsgedankens in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen oder die Organisation der Primärversorgung in Kooperation in übergeordneten Organisationseinheiten oder mit Fachärzt*innen verantwortlich sind.

285 Zusätzlich fordert die bvmd die Bundesländer und Kommunen dazu auf, Zusatzausbildungen für Landärzt*innen anzuregen und zu finanzieren. Dafür müssen die strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, sodass bspw. in der Zeit von Weiterbildungsseminaren Vertretungen organisiert werden. Diese Ideen ermöglichen Ärzt*innen auch im niedergelassenen, hausärztlichen Bereich eine berufliche Weiterentwicklung.

Anbindung an übergeordnete (Universitäts-)klinika

290 Darüber hinaus findet die bvmd die Möglichkeit attraktiv, eine Anbindung an übergeordnete (Universitäts-)klinika anzubieten – wie z.B. bereits mit dem Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Tübingen geschehen. So kann ein fachlicher Austausch stattfinden und die Tätigkeit in verschiedenen Bereichen (Lehre/Weiterbildung, Forschung oder stationärer Tätigkeit) mit verschiedenen Arbeitszeitmodellen ermöglicht werden. Dies würde
295 nicht nur den Beruf Landärzt*in allgemein abwechslungsreicher gestalten, sondern möglicherweise auch zu einer Aufwertung seines Ansehens an den Universitäten führen.³

Opt-in/Opt-out Möglichkeiten für flexible Karrierewege

300 Schlussendlich sind auch flexible Karrierewege ein wichtiger Baustein, um Hemmnisse für einen Wechsel in die ländliche Versorgung abzubauen (21). Im Studium und bei potenziellen Partner*innen der Ärzt*innen werden Mobilität und Flexibilität gefordert und frische Universitätsabsolvent*innen wollen sich häufig erst noch im städtischen oder stationären Umfeld weiterentwickeln. Daher wird
305 eine Arbeit auf dem Land und eine Niederlassung unter Umständen erst in späteren Lebensabschnitten, z.B. der Phase der eigenen Familiengründung, attraktiv. Die bvmd fordert daher, dass Angestelltenverhältnisse zumindest für den Berufseinstieg als „Schnupperangebot“ vermehrt angeboten werden, da sie

3 Beispiele: <http://www.allgemeinmedizin-chemnitz.de/>

<http://www.kvbb.de/praxis/studium-weiterbildung/aerzte-in-weiterbildung/weiterbildungsnetzwerke>

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Zuweiser/Institute/Allgemeinmedizin/Weiterbildung+Allgemeinmedizin/Weiterbildungsverbund+UKT+.html>

310 eine weniger weitreichende Lebensentscheidung erfordern. Eine Anstellung ermöglicht auch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie durch die Auslagerung von administrativen Tätigkeiten potenziell attraktivere Arbeitsbedingungen. Die Option der späteren Übernahme des KV-Sitzes bzw. allgemein der selbstständigen Niederlassung sollte dabei erhalten bleiben.

315 Zusätzlich befürwortet sie flexible Karrierewege z.B. indem man Quereinstiege nach einer Tätigkeit im stationären Sektor oder anderen Fachdisziplinen erleichtert und fördert. Natürlich muss dabei die Qualität der Versorgung durch geeignete Qualifikationsprogramme und Standards für den Quereinstieg gewahrt bleiben. Möglicherweise könnten sich diese an Wiedereinstiegsseminaren orientieren (33).

320

Im Team ist man stärker: Verantwortung teilen und Sicherheit geben durch Vernetzung

325 Ein weiterer zentraler Punkt, der die Attraktivität einer landärztlichen Tätigkeit ausmacht, ist für die bvmd die Vernetzung. In Schule und Studium sowie in der stationären Versorgung ist Teamarbeit eine essenzielle Anforderung, die an junge angehende Ärzt*innen gestellt wird. Teamarbeit ermöglicht die Spezialisierung, das Teilen von Verantwortlichkeiten und den fachlichen Austausch. Zusammenarbeit im Team ist daher nicht nur gefordert, sondern von vielen Medizinstudierenden auch gewünscht. Eine Niederlassung auf dem Land wird im
330 Gegensatz dazu teilweise als Einzelkämpfertum betrachtet (21). Die bvmd fordert daher, Landärzt*innen zu vernetzen und in Teamstrukturen einzubinden.

Supervision und fachlicher Austausch

335 Über die vorher genannten interprofessionellen Gesundheitszentren hinaus ist es eine Möglichkeit, Gesundheitsnetzwerke zu etablieren, die verschiedene Funktionen erfüllen. Zum einen bestehe durch sie die Möglichkeit "einer Oberärzt*in im Hintergrund", also erfahrene Kolleg*innen, welche bei Unsicherheiten und schwierigen Fällen kontaktieren werden können. Eine solche Option wäre gerade für Berufsanfänger*innen ein wichtiges fachliches
340 Sicherheitsnetz. Auch Beratungen und Austausch über neue Behandlungsmethoden, Fortbildungen oder andere Themen wären denkbar. Zum anderen kann über das Netz die Verantwortung für die Patientinnen und Patienten geteilt werden. Gerade in Zeiten eines rasant wachsenden medizinischen Wissens sieht die bvmd die Etablierung von professionellen
345 Fortbildungs- und Supervisionsstrukturen als notwendig für die Qualität und Attraktivität einer ärztlichen Tätigkeit auf dem Land an.

Geteilte Verantwortung für die Patientenversorgung

350 Von vielen Medizinstudierenden wird auch beklagt, dass man als Landärzt*in
alleinig verantwortlich für die Versorgung ist (21). Im Fall von Krankheit, Urlaub,
dem Wunsch nach Teilzeitarbeit oder Elternzeit wird man vor das Problem
gestellt, wie die eigenen Patient*innen weiter versorgt werden können. Ein
Netzwerk kann diese Problematik durch Organisation von Vertretungen,
Durchführung von Praxisrotationen oder Anstellung von vorübergehendem Ersatz
355 abfangen.

Die öffentliche Wahrnehmung bestimmt die Attraktivität: Den Fokus auf Chancen und weiterreichende Entlohnungen des Berufs legen

360 In den Medien und der öffentlichen Diskussion wird die Arbeit als Landärzt*in oft
als problematisch, finanziell schlecht vergütet und unbeliebt dargestellt, um ein
politisches Umdenken zu bewirken und auf die Dringlichkeit der
Versorgungsproblematik hinzuweisen (34, 35). Dies könnte möglicherweise bei
Berufsanfänger*innen dazu führen, dass die Motivation für diesen Beruf
365 abnimmt. Denn, überspitzt gesagt, wird dadurch ausgedrückt, dass die
Berufsausübung problematisch ist, wenig angesehen und honoriert wird und nur
noch von wenigen Menschen der eigenen Peer Group freiwillig gewählt wird.
Dazu trägt auch die Politik mit ihrer Diskussion über Landarztquoten und
ähnliche Verpflichtungsinstrumente als ultimo ratio bei.

370

Etablierung eines lösungs- und chancenorientierten öffentlichen Diskurses

Psychologische Studien zeigen, dass ein Appell wirkungsvoller ist, wenn betont
wird, dass der Rest der Bezugspopulation der Aufforderung ebenfalls nachkommt
- also die soziale Unterstützung dafür aufgezeigt wird (36). Die bvmd fordert
375 daher ein Umdenken in der öffentlichen Darstellung, weg vom "Landarztmangel"
und der "Versorgungsproblematik" hin zu einem lösungsorientierten Diskurs,
welche Tätigkeitsbereiche, Rollen und Versorgungskonzepte eine hausärztliche
Tätigkeit auf dem Land zu einem attraktiven Beruf werden lassen, den man
gerne und mit Überzeugung ausübt.

380

Berücksichtigung alternativer Motivations- und Entlohnungsmittel

Über diesen allgemeinen Vorschlag und bereits dargestellte Konzepte hinaus regt
die bvmd an, sich vermehrt damit zu beschäftigen, was Medizinstudierende und
Ärzt*innen am Berufsstart in ihrer beruflichen Laufbahn motiviert und welche
385 Ziele und Anreize sie für erstrebenswert halten. Neben der klassischen Motivation

der Fürsorge für andere Menschen und der klassischen Entlohnung "Geld" spielen auch Aspekte wie soziales Ansehen, Gestaltungsmöglichkeiten oder wissenschaftliche Neugierde in der Berufswahl sowie Work-Life-Balance und Wertschätzung in der Wahl des Arbeitgebers eine Rolle (37). Gerade da Geld als
390 alleiniger Anreiz oftmals nicht ausreicht, sollten Konzepte entworfen oder verstärkt kommuniziert werden, wie andere Motivatoren genutzt werden können, um den Beruf attraktiver zu gestalten (38). Dies ist insbesondere wichtig, da möglicherweise die Aspekte Ansehen, Gestaltungsmöglichkeiten und Wissenschaftlichkeit eher in anderen Fachdisziplinen bzw. in der stationären
395 Hierarchie bedient werden können und das Studium Medizinstudierende in Bezug auf diese Aspekte und die Allgemeinmedizin eher negativ prägt. Arbeitgeber und Regionen sollten sich vermehrt auch mit solchen Faktoren auseinandersetzen und sich überlegen, welche alternativen Entlohnungsmöglichkeiten sie im Gegensatz zu städtischen Arztpraxen und Krankenhäusern bieten können.
400 Gerade in der Niederlassung ist das Thema Work-Life-Balance oft besser zu realisieren, was jedoch hinter den viel kommunizierten Problemen oft in Vergessenheit gerät.

405 **Das Studium prägt unser Bild: Im klinischen Studienabschnitt müssen Wertschätzung, Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung und Herausforderungen der Niederlassung vermittelt werden**

Auch in der Lehre sieht die bvmd Möglichkeiten, die Motivation für eine spätere landärztliche Tätigkeit zu erhöhen. Zunächst einmal besteht das Problem, dass
410 an Universitätskliniken in vielen Fächern eher abwertend über die hausärztliche Tätigkeit geredet wird und die fachärztliche, hochtechnologische Versorgung als Maxime dargestellt wird. Dazu gehört auch, dass in Fallbeispielen meist von den technischen Möglichkeiten einer großen Klinik ausgegangen wird. Dies führt dazu, dass Medizinstudierende, die vor dem Studium motiviert waren, nahe "an
415 Patient*innen" zu arbeiten, die entsprechenden Skills nicht vermittelt bekommen und vor allem die Herausforderung darin und Wertschätzung dafür nicht erfahren können. Die bvmd fordert daher, in der Lehre die ambulante Versorgung zu stärken, lowtech-Arbeitsweisen vermehrt zu lehren und darauf zu achten, den Nutzen einer guten Zusammenarbeit zwischen stationärer, ambulanter und
420 primärer Versorgung sowie die Bedeutung jedes einzelnen Sektors herauszustellen.

425 Vermittlung von Wertschätzung und Bedeutung der Allgemeinmedizin in der Lehre

Diese Forderung hängt eng mit den im obigen Abschnitt genannten Motivatoren zusammen und erfordert einen Mentalitätswechsel in der Universitätsmedizin. Besonders bezeichnend ist hier die Tatsache, dass Medizinstudierende zwar von einem relativ hohen Ansehen eines Allgemeinmediziners in der Bevölkerung ausgehen, aber nur von einem geringen unter ärztlichen Kolleginnen und Kollegen (21). Es entsteht teilweise ein diffuses Bild von fachlich schnell überforderten Hausärztinnen und Hausärzten, welche von fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen belächelt werden. Unter der Prämisse, dass Aspekte wie Respekt und Ansehen auch einen Anteil an Entscheidungen über Karrierewege haben, muss man davon ausgehen, dass das von Ärzt*innen sowie von Medizinstudierenden vermittelte Bild einer Landärzt*in abschreckend bei der Berufswahl wirkt. Es wäre wichtig, hier vonseiten anderer Fachdisziplinen auf einen wertschätzenden Umgang zu achten sowie vonseiten der Allgemeinmedizin wissenschaftlich interessierte, engagierte und fachlich sehr kompetente Kolleg*innen als Positivbeispiele in der Lehre zu präsentieren. Außerdem soll im Studium verstärkt auf die Möglichkeiten hingewiesen werden, als Allgemeinmediziner*in durch Zusatzqualifikationen Zusatzbezeichnungen zu erwerben, um neben der allgemeinmedizinischen hausärztlichen Betreuung auch speziellere Fälle selbst behandeln zu können. Damit kann auch dem oben beschriebenen Bild entgegengewirkt werden, nachdem spannende Fälle immer überwiesen werden.

450 Inhaltliche Umorientierung von "Innere light" zu einzigartigen Aspekten der Primärversorgung

Weiterhin ist auch eine inhaltliche Umorientierung der Lehre der Allgemeinmedizin sinnvoll. An vielen Fakultäten stellt das Fach eher ein "Innere light" dar, in dem Inhalte der Inneren Medizin punktuell wiederholt werden. Dies führt dazu, dass das Fach nicht als eigenständiges Gebiet mit individuellen, fächerübergreifenden Herausforderungen angesehen wird, sondern als gering qualifizierte Zuarbeit der fachärztlichen Versorgung. Die bvmd regt an, auf die Besonderheiten der primären und insbesondere der landärztlichen Versorgung als primäre Anlaufstelle, lebenslange Begleitung und Gesundheitsmanagement der Patient*innen stärker einzugehen und Schwerpunkte in weiteren Themengebieten wie z.B. der Sozialmedizin, Familienmedizin, Psychosomatik und Gesundheitsförderung zu setzen (1). Um positive Effekte auf die Fachgebietspräferenzen der Studierenden zu erhalten, begrüßt die bvmd longitudinale Wahl- und Pflichtangebote (39, 40).

465 Qualitätssicherung der ambulanten Lehre

Der Masterplan Medizinstudium 2020 fordert eine stärkere Einbeziehung von Lehrpraxen in die Ausbildung von Medizinstudierenden, vor allem durch ein verpflichtendes ambulantes Quartal im Praktischen Jahr. Auch die bvmd begrüßt Famulaturen und Praktika in ländlichen Gebieten. Sowohl der Berufsmonitor
470 Medizinstudenten als auch die bayerische Absolventenstudie MediBAP verdeutlichen den Einfluss des Studiums, vor allem die späten Anteile, auf die Wahl der Facharztweiterbildung (21, 41). In Anbetracht der Relevanz dieses Zeitraums für den Entschluss der späteren klinischen Tätigkeit und Fachdisziplin ist eine qualitätsgesicherte Lehre auch im ambulanten Setting unerlässlich.
475 Praxen ohne strukturierte Lehrprogramme dürfen nicht an der Ausbildung von Medizinstudierenden beteiligt sein, da gerade die Erfahrungen in den praktischen Bereichen des Studiums die Berufsentscheidung und das Interesse beeinflussen (42, 43). Davon abgesehen dürfen anfallende Fahrt- und Unterkunftskosten nicht zu Lasten der Studierenden fallen.

480

Abbau von Ängsten vor der Niederlassung durch Vermittlung entsprechender Skills

Außerdem beobachtet die bvmd, dass bei vielen Studierenden Ängste bezüglich der Herausforderungen einer Niederlassung im Bereich Praxismanagement, Betriebswirtschaft, finanzielle Risiken und Verwaltung bestehen (44, 45). Diesen
485 Ängsten kann durch die Möglichkeit einer Anstellung oder einer Arbeitsteilung in einem Netzwerk von ärztlichem Personal (Koordinations- und Leitungsposition vs. patientenorientierte Position) begegnet werden. Ergänzend schlägt die bvmd auch vor, solche Inhalte in Studium und Weiterbildung zu vermitteln, sodass
490 Studierende sich auf diese betriebswirtschaftlichen Aspekte besser vorbereitet fühlen und sich davon weniger abschrecken lassen. Dies fördert die ärztliche Selbstständigkeit. Analog könnten Blockpraktika wertvolle Möglichkeiten sein, über die patientenorientierte ärztliche Tätigkeit hinaus mit geschäftsführenden Ärzt*innen in die Diskussion über Versorgungsstrukturen und Niederlassung zu
495 kommen und so ein realistischeres Bild des Berufes im Vergleich zum stationären Sektor zu erhalten.

500

Strukturelle Änderungen als Alternative: Praxisrotationen, Pendeln und finanzielle Aspekte

505 Trotz der Wichtigkeit des Umdenkens des Berufes und der Imageaufbesserung, sieht die bvmd parallel zu den obigen Vorschlägen auch ein großes Potenzial in möglichen strukturellen Konzepten.

Praxisrotationen und Teilzeitkonzepte als Kompromiss

510 Die bvmd begrüßt die Idee, Arztpraxen vermehrt zu teilen. Somit wäre es möglich, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land zu arbeiten. Die bvmd hält folgendes Konzept als eine Möglichkeit für vielversprechend: Ein KV-Sitz in einer Stadt / in einem Randgebiet wird daran gekoppelt, dass die Inhaber*in ein bis zwei Tage pro Woche in einer Praxis auf dem Land arbeitet. Wenn so mehrere
515 KV-Sitze an eine ländlich gelegene Praxis gekoppelt würden, könnte diese die ganze Woche geöffnet haben. Die diesbezügliche Rechtslage ist noch zu prüfen. Das Konzept möchte die bvmd als Denkanstoß verstanden wissen. Grundlage dieser Konzepte ist, dass KV-Sitze und Sprechzeiten nicht überreguliert werden, sondern sich flexibel an die wandelnden Begebenheiten und Regionen anpassen
520 können. Für die erforderliche Mobilität von entweder Ärzt*innen (Pendeln aufs Land, mobile Praxen) oder von Bürger*innen (z.B. Bürgerbusse) muss gesorgt werden (13).

Telemedizin als innovatives Mittel zur Aufrechterhaltung der Versorgung in strukturschwachen Regionen

525 Die bvmd begrüßt den Einsatz von Telemedizin unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzregeln und verweist dazu auf das im Jahr 2016 verabschiedete Positionspapier "E-Health". Sie sieht folgende Vorteile im Einsatz von Telemedizin: Eine telemedizinische Versorgung würde in strukturschwachen
530 Regionen den Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleisten sowie den Bedarf an vor Ort tätigen, ärztlichem Personal reduzieren. Die Qualität medizinischer Versorgung würde gleichbleiben, wenn nicht sogar verbessert werden. Hier muss ebenfalls über eine Öffnung der Sprechstundenzeiten im Bereich der virtuellen Arzt-Konsultation nachgedacht werden.

535

Finanzielle Absicherungen als Teil eines umfassenden Strukturwandels

Finanzielle Anreize und Absicherungen dürfen nicht der alleinige Bestandteil einer Strategie zur Aufwertung ländlicher Gesundheitsversorgung darstellen, nichtsdestotrotz sind sie ein zweckgerichtetes Mittel zur Sicherung der

- 540 Versorgung und zur Gewinnung von Fachkräften im Allgemeinen und Ärzt*innen im Besonderen. Dazu kommt, dass die bvmd beobachtet, dass viele Studierende Ängste bezüglich des finanziellen Risikos bei einer Landarztpraxis, der betriebswirtschaftlichen Verantwortung und möglicher Regressforderungen haben. Wenn noch nicht vorhanden, muss eine gesicherte Finanzierung auf
- 545 Tarifniveau anderer Fachweiterbildungen während der gesamten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gewährleistet sein. Anreizmechanismen wie "Landarztzuschläge" (vgl. SVR Gesundheit 2015) sollen evaluiert werden. Finanzielle Anreize sollen primär als kurzfristige Lösungen und nicht als zentrales Element einer Stärkung der ländlichen Versorgung gesehen werden, da sie trotz
- 550 hoher gesamtgesellschaftlicher Ausgaben keine nachhaltigen Strukturen implementieren. Bevor finanzielle Anreize gesetzt werden, sollten Opportunitätskosten berücksichtigt werden. Finanzielle Anreize müssen den Ansprüchen und Erwartungen von Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeitern gerecht werden. Gruppen, welche diese finanziellen Unterstützungen und Anreize
- 555 erhalten sollen, müssen vorab genau definiert und begründet werden (1, 46).

Alternative Versorgungsmodelle für einen effizienteren Einsatz ärztlichen Personals auf dem Land

- Letztendlich darf sich die Politik nicht nur um eine Attraktivitätssteigerung der
- 560 ländlichen Gebiete bemühen, sondern muss auch Konzepte berücksichtigen, welche eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung mit einer geringeren Anzahl an Ärzt*innen auf dem Land gewährleisten. Dafür benötigen wir eine Abkehr von der arztzentrierten, mono-professionellen Fachkräfteplanung hin zu einem nachhaltigen Gesamtkonzept zur Zukunft der ambulanten, ländlichen und
- 565 sektorenübergreifenden Versorgung. Dieses muss alle beteiligten Gesundheitsberufe berücksichtigen (47) und sich an Modellen, Konzepten und Erfahrungen der integrierten Versorgung orientieren (13, 32, 48). Zukünftige Strukturen müssen für zielgerichtete Behandlungs- und Präventionskonzepte chronischer Erkrankungen sowohl hinsichtlich der Finanzierung, der Einbindung
- 570 neuer Technologien als auch der multiprofessionellen Versorgungsstrukturen ausgelegt sein. Ambulante und stationäre Versorgung müssen besser verknüpft und übergreifend organisiert werden (9). Dieser Wandel erfordert ein Einbinden und eine Offenheit aller Stakeholder, ebenso wie die Bereitschaft Übergangslösungen zu finden, welche tradierte Versorgungskonzepte ablösen,
- 575 ohne die Benachteiligung einzelner an der aktuellen Versorgung Beteiligter. Um die Versorgung in gering- oder unterversorgten Gebieten zu ermöglichen, müssen Maßnahmen ergriffen werden, welche den regionalen Abbau von deutlicher Überversorgung beschleunigen (13).

Wir benötigen eine Abkehr von der arztzentrierten, mono-professionellen
580 Fachkräfteplanung hin zu einer Mitberücksichtigung aller beteiligten
Gesundheitsberufe (47).

Fazit: Wandlungs- und Kompromissbereitschaft können den Beruf der Landärzt*in wieder attraktiv machen

585

Zusammenfassend ist die bvmd der Meinung, dass mit veränderten Wünschen
und Bedürfnissen der jungen Generation, von Patient*innen sowie von
Leistungserbringern auch ein Neudenken des Rollenbildes der Landärzt*in
erfolgen muss. Zusätzlich müssen Entwicklungsmöglichkeiten, Vernetzung, eine
590 positive öffentliche Darstellung, spannende und qualitativ hochwertige Lehre und
veränderte strukturelle Konzepte und Anreize geschaffen werden. Dieser Wandel
sollte nicht losgelöst von der Gesellschaft und anderen Gesundheitsberufen
stattfinden und fordert in seiner Ganzheit auch einen Wandel der Arbeitskultur
und der Versorgungsstrukturen.

595 Die bvmd spricht sich ausdrücklich gegen Verpflichtungen, sondern für flexible
Modelle und Wahlmöglichkeiten aus. Ärzt*innen sollen sich in Deutschland ihren
Arbeitsplatz auch in Zukunft frei aussuchen können. Sie ist fest davon überzeugt,
dass mit solchen Maßnahmen, wie sie im vorliegenden Positionspapier aufgezeigt
werden, dafür gesorgt werden kann, dass Medizinstudierende den Beruf der
600 Landärzt*in wieder als positive Herausforderung und erfüllende Aufgabe sehen,
der mehr zu bieten hat als Einzelkämpfertum und ein hohes finanzielles Risiko.
Dafür braucht es Flexibilität auf beiden Seiten - beim ärztlichen Personal und von
Patient*innen, eine Offenheit der Politik und Gesellschaft gegenüber neuen
Versorgungsstrukturen und Neugierde bei den Studierenden, sich für dieses
605 Berufsfeld zu interessieren, um lösungsorientiert auf die Versorgungsengpässe
auf dem Land zu reagieren. Zudem sollen durch weiterentwickelte
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte und eine stärkere Nutzung digitaler
Möglichkeiten auch der Bedarf an ärztlichem Fachpersonal vor Ort gesenkt
werden, ohne die Qualität der medizinischen Behandlung zu gefährden.

610 **Quellenangaben:**

1. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. Verfügbar unter:
 615 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf?sequence=1.
2. Ozegowski S, Sundmacher L. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen 2012; 74(10):618–26. doi: 10.1055/s-0032-1321748.
- 620 3. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlentwicklung in Deutschland: Pressekonferenz; 2016. Verfügbar unter:
http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf.
- 625 4. DPA. Ärztepräsident plädiert für mehr Medizin-Studienplätze. stimme.de 10.02.2018. Verfügbar unter: <https://www.stimme.de/deutschland-welt/politik/dw/Gesundheit-AErzte-Deutschland-AErztepraesident-plaedierte-fuer-mehr-Medizin-Studienplaetze;art295,3981048>.
- 630 5. CSU will für mehr Landärzte sorgen. Ärztezeitung online 08.01.2018. Verfügbar unter:
https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/955013/groksondierungen-csu-will-landaerzte-sorgen.html.
- 635 6. Ampel-Regierung ist offen für Landarztquote. Süddeutsche Zeitung 24.05.2018. Verfügbar unter:
<http://www.sueddeutsche.de/news/politik/landtag---mainz-ampel-regierung-ist-offen-fuer-landarztquote-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-180524-99-440508>.
- 640 7. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesetzentwurf zur Landarztquote: Nordrhein-Westfalen geht mutig voran; 2018. Verfügbar unter:
<https://www.mags.nrw/pressemitteilung/gesetzentwurf-zur-landarztquote-nordrhein-westfalen-geht-mutig-voran>.
- 645 8. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Publishing; 2017.
9. Herr D, Hohmann A, Varabyova Y, Schreyögg J. Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Hrsg. Krankenhaus-Report: Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer; 2018. S. 23–38 (Krankenhaus-Report; vol. 2018). Verfügbar unter:
 650 https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2018_kapitel02_0318.pdf.
10. Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2016: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten: Wissenschaftliches Institut der AOK; 2016. Verfügbar unter:

https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorgung/wido_amb_pub-aerzteatlas2016_0716.pdf.

- 655 11. Arentz C. Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern: WIP-Diskussionspapier: Wissenschaftliches Institut der PKV; 2017. Verfügbar unter: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_AErzten_in_Deutschland.pdf.
- 660 12. Bock C, Osterkamp N, Schulte C. Fachärztliche Versorgung auf dem Land - Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Reipschläger U, Hrsg. Gesundheitsmonitor 2012. Guetersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2013. S. 160–81.
- 665 13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Kurzfassung; 2014. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf.
- 670 14. Statistisches Bundesamt. Studierende der Medizin 1975-2016. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html> [Stand: 25.06.2018].
- 675 15. Statista. Entwicklung der Anzahl berufstätiger Ärzte in Deutschland im Zeitraum von 1960 bis 2017; 2018. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/6704/umfrage/anzahl-der-berufstaetigen-aerzte-in-deutschland-seit-1960/> [Stand: 25.06.2017].
- 680 16. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Kerndaten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2014; 2014 [Stand: 27.06.2018]. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/2014_12_31_Statistische_Kerndaten_BAR.pdf.
17. Gassen, Andreas. Berufsbild Arzt; 2014.
- 685 18. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. The Lancet 2017; 390(10090):156–68. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
- 690 19. Schäfers R, Kolip P. Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? Gesundheitsmonitor Newsletter 2015. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf.
- 695 20. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. Ablehnung der Studienplatzzahlerhöhung im Fach Humanmedizin: Positionspapier; 2011. Verfügbar unter: https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Positionspapiere/2011-06-19_Positionspapier_Studienplatzzahlerhoehung.pdf.

21. Jacob R, Kopp J, Schultz S. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung; 2014. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf.
- 700 22. Schneider M, Hofmann U, Köse A, Krauss T, Brecht JG. Die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung für die wirtschaftliche Entwicklung Baden-Württembergs - Eine Argumentationshilfe auf Landes- und Kreisebene - [Stand: 27.06.2018]. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/profile/Josef_Brecht/publication/290995219_Die_Bedeutung_der_Prävention_und_Gesundheitsförderung_für_die_wirtschaftliche_Entwicklung_Baden-Württembergs_Augsburg_2015/links/569d2b8508ae16fdf0795f48/Die-Bedeutung-der-Prävention-und-Gesundheitsförderung-für-die-wirtschaftliche-Entwicklung-Baden-Wuerttembergs-Augsburg-2015.pdf.
- 705
23. Zimmermann GW. Bisher keine Vergütung für Präventionsempfehlung. Der Hausarzt; 18. Verfügbar unter: <http://www.derhausarzt.eu/hausarzt/2016/15/16-18.pdf>.
- 710
24. Hildebrandt H. Gesundheit kennt keine Grenzen: Jahresbericht 2016 der Gesundes Kinzigtal GmbH. Hausach: Gesundes Kinzigtal GmbH; 2017. Verfügbar unter: http://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/05/Gesundes-Kinzigtal_Jahresbericht-2016-1.pdf.
- 715
25. Thelen R. Initiative Gesundes Kinzigtal: Das bessere Gesundheitssystem. Spiegel online 14.05.2015. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/initiative-gesundes-kinzigtal-das-bessere-gesundheitssystem-a-1031602.html>.
- 720
26. Beck K. Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz: Praktische Erfahrungen. Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft 2013; 13(2):25–34. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0313_Beck.pdf.
- 725
27. Porter ME, Kaplan RS. How Should We Pay for Health Care?: Harvard Business School Working Paper. 15-041; 2014. (Revised 2015.). Verfügbar unter: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/15-041_1af09bde-47f9-4364-bad6-aaac464be909.pdf.
- 730
28. Struijs JN, Baan CA. Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands. N Engl J Med 2011; 364(11):990–1. doi: 10.1056/NEJMp1011849.
29. Bend Memorial Clinic. Patient Centered Medical Home [Stand: 27.06.2018]. Verfügbar unter: <https://www.bendmemorialclinic.com/specialities/primary-care/family-medicine/patient-centered-medical-home/>.
- 735
30. Schram AP. Medical Home and the Nurse Practitioner: A Policy Analysis. The Journal for Nurse Practitioners 2010; 6(2):132–9. doi: 10.1016/j.nurpra.2009.04.014.
31. World Health Organization Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health,

- 740 Hrsg. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice; 2010. Verfügbar unter:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10_3_eng.pdf;jsessionid=13B37C44B1A11D46FB5150E7CEFF241E?sequence=1.
- 745 32. WHO Regional Office for Europe, Hrsg. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery: Working document. Copenhagen, Denmark, 66th session Regional Committee for Europe; 2016. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1.
- 750 33. Steinhäuser J, Weidringer J-W, Schneider D. Wiedereinstiegs-seminare: Die stille Reserve schöpfen. Dtsch Arztebl International 2015; (112):A-1466-. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=171958>.
- 755 34. Reinhard D. "Als Landarzt stehe ich allein da": Interview mit Günter Krause, Landarzt. Zeit online 12.01.2018. Verfügbar unter:
<https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2018-01/arbeitsbedingungen-arzt-landarzt-sachsen-verbrennung-zulassung-interview>.
- 760 35. Ihle-Becker C. Landärzte werden verzweifelt gesucht - und die Praktizierenden werden vergrault. Osthessen News 20.05.2018 [Stand: 27.06.2018]. Verfügbar unter: <https://osthessen-news.de/n11589319/landarzte-werden-verzweifelt-gesucht-und-die-praktizierenden-werden-vergrault.html>.
- 765 36. Cialdini RB. Crafting Normative Messages to Protect the Environment. Curr Dir Psychol Sci 2003; 12(4):105–9. doi: 10.1111/1467-8721.01242.
- 770 37. McManus IC, Livingston G, Katona C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. BMC Med Educ 2006; 6:11. doi: 10.1186/1472-6920-6-11.
- 775 38. Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller S, König HH. Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten. In: Schwartz FW, Angerer P, Hrsg. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen ; [Kommunikation, persönliche Ressourcen, Arbeitsbedingungen, ökonomische Rahmenbedingungen ; ... Symposium "Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Intervention" am 10. Februar 2009 in Berlin] ; mit 91 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2010. S. 419–37 (Report Versorgungsforschung; vol. 2).
39. Kruschinski C, Wiese B, Hummers-Pradier E. Attitudes towards general practice: a comparative cross-sectional survey of 1st and 5th year medical students. GMS Z Med Ausbild 2012; 29(5):Doc71. doi: 10.3205/zma000841.
- 780 40. Böhme K, Sachs P, Niebling W, Kotterer A, Maun A. Macht das Blockpraktikum Allgemeinmedizin Lust auf den Hausarztberuf?: Eine Analyse studentischer Evaluationen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2016; (92):220–5. Verfügbar unter: https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2016/05/3CFD391F-

- 785 D7C6-45CD-AA4B-
 5AC13DA42301/3CFD391FD7C645CDAA4B5AC13DA42301_boehme_blockpra
 ktikum_allgemeinmedizin_1_original.pdf.
41. Gartmeier M, Epstein N, Berberat P, Fischer MR. Medizinstudium: Fakten
 statt Mythen. Dtsch Arztebl International 2017; 114(40):A-1799-. Verfügbar
 790 unter: <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=193758>.
42. Stanley M, O'Brien B, Julian K, Jain S, Cornett P, Hollander H et al. Is
 Training in a Primary Care Internal Medicine Residency Associated with a
 Career in Primary Care Medicine? J Gen Intern Med 2015; 30(9):1333–8.
 doi: 10.1007/s11606-015-3356-9.
- 795 43. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H. Who wants to become a
 general practitioner? Student and curriculum factors associated with
 choosing a GP career--a multivariable analysis with particular consideration
 of practice-orientated GP courses. Scand J Prim Health Care 2015; 33(1):47–
 53. doi: 10.3109/02813432.2015.1020661.
- 800 44. Deutsche Apotheker- und Ärztebank. Chance Niederlassung; 2014.
 Verfügbar unter: https://www.apobank.de/content/dam/g8008-0/ueber_uns/presse/140603/studienergebnisse-chance-niederlassung-2014.pdf.
- 805 45. Korzilius H. Wirtschaftlichkeitsprüfung: „Kein Arzt wird für seine teuren
 Patienten bestraft“. Dtsch Arztebl International 2011; (108):A-984-A-986.
 Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=89090>.
46. Janes R, Dowell A. New Zealand Rural General Practitioners 1999 Survey--
 Part 3: rural general practitioners speak out. N Z Med J 2004;
 117(1191):U815.
- 810 47. Kuhlmann E, Batenburg R, Groenewegen PP, Larsen C. Bringing a European
 perspective to the health human resources debate: A scoping study. Health
 Policy 2013; 110(1):6–13. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.11.002.
- 815 48. WHO Regional Office for Europe Health Services Delivery Programme
 Division of Health Systems and Public Health. Integrated care models: an
 overview: Working document; 2016. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.