

Charlotte M. Kugler und Dawid Pieper

MASSNAHMEN ZUR BEKÄMPFUNG DES ÄRZT*INNEN- MANGELS IN BRANDENBURG

Erfolgreiche Ansätze aus anderen Regionen



DR. CHARLOTTE M. KUGLER ist als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane beschäftigt. Sie ist zudem Mitglied im Gesundheitskollektiv Berlin e. V.

PROF. DR. DAWID PIEPER ist Leiter des Instituts für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane.

IMPRESSUM

ONLINE-Studie 3/2024

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2749-3156 · Redaktionsschluss: März 2024

Lektorat: Text-Arbeit, Berlin

Layout/Satz: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.

Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

INHALT

Hintergrund und Auftrag	4
Maßnahmen zur Reform des Medizinstudiums	5
Kriterien für die Hochschulzulassung	5
Erhöhung der Anzahl an Medizin-Studienplätzen in Brandenburg	5
Praktische Erfahrungen während des Medizinstudiums	5
Fachärztliche Weiterbildung	7
Attraktive Arbeitsbedingungen: Praxisformen mit Anstellungsverhältnissen	8
Interprofessionelle Primärversorgungszentren	8
Kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZs)	9
Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsprofessionen	10
Neue Berufe mit Studium	10
Weiterqualifizierung Medizinischer Fachangestellter	11
Finanzielle Anreize	12
Literatur	13

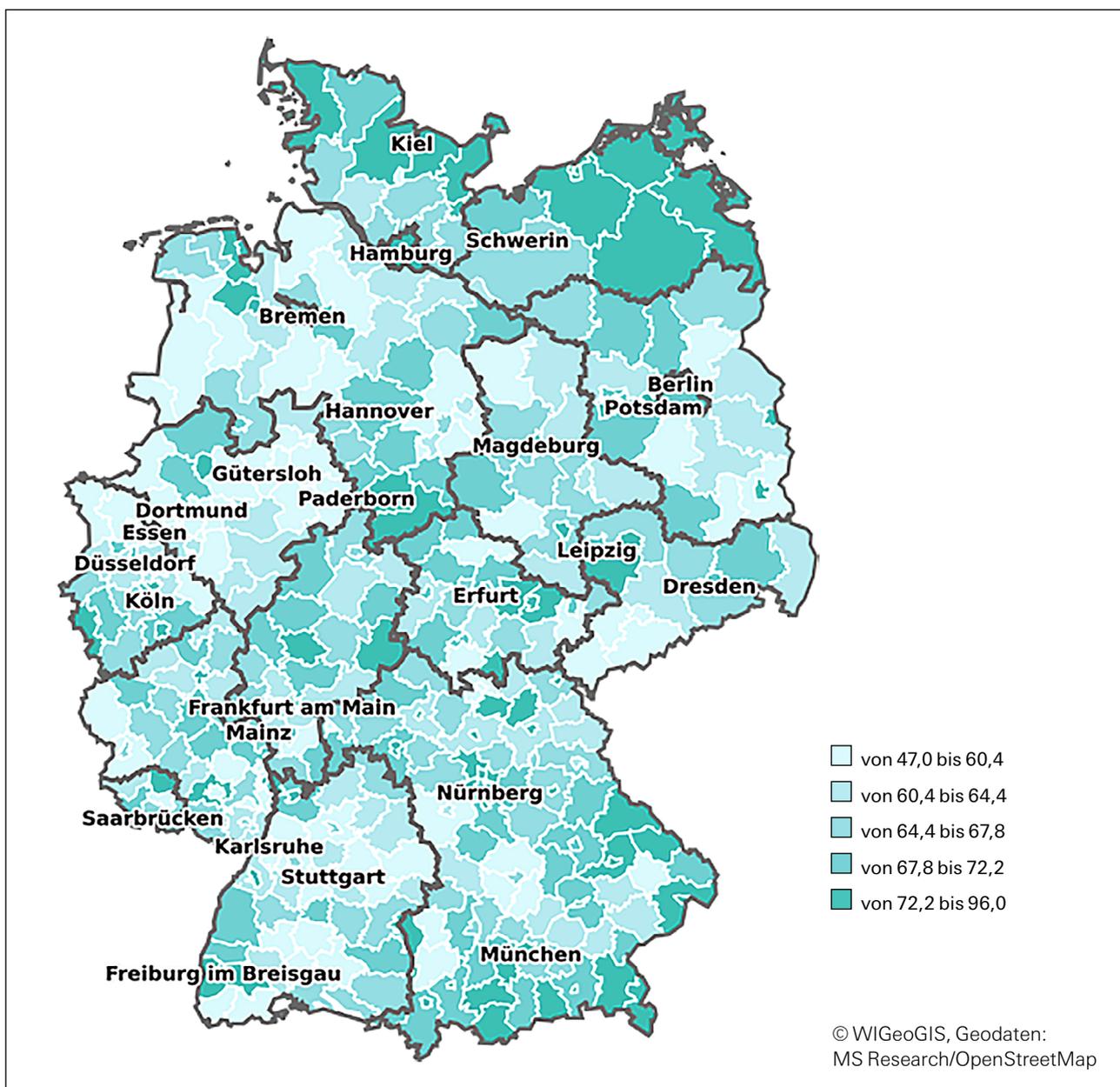
HINTERGRUND UND AUFTRAG

In Brandenburg besteht teilweise ein Mangel an niedergelassenen Ärzt*innen, insbesondere an Hausärzt*innen; einige Städte in Brandenburg gelten als bedrohlich unterversorgt. Einer von im Auftrag des brandenburgischen Landesverbands der Partei Die Linke durchgeführten Umfrage zufolge wird die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von den Menschen im Bundesland als eine der größten Aufgaben der Landespolitik angesehen.

Im vorliegenden Briefing sollen die folgenden Fragen beantwortet werden: Wie gehen andere Regionen in Deutschland, Europa und der Welt mit dem Problem Ärzt*innenmangel um? Welche erfolgreichen oder

zumindest Erfolg versprechenden Ansätze wurden andernorts gefunden, um pragmatisch und schnell eine spürbare Besserung der Situation der dort lebenden Menschen herbeizuführen? Hierbei kann es sich um Modellprojekte sowie um grundsätzlich andere Organisationsformen bei der Versorgung ländlicher Regionen mit wenigen Ärzt*innen handeln. Maßgabe ist die grundsätzliche Umsetzbarkeit der Maßnahme in Brandenburg und die Aussicht auf Besserung der medizinischen Versorgung im Land. Es geht also um eine Recherchestudie mit Verdichtung der Rechercheergebnisse in Bezug auf den Brandenburger Kontext.

Abbildung 1: Hausärzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen (2022)



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

MASSNAHMEN ZUR REFORM DES MEDIZINSTUDIUMS

Die meisten Studien, deren Autor*innen eine Verringerung des Ärzt*innenmangels in unterversorgten Gebieten erreichen möchten, fokussieren sich auf die medizinische Aus- und Weiterbildung (Russell u. a. 2021; Figueiredo u. a. 2023).

KRITERIEN FÜR DIE HOCHSCHULZULASSUNG

Internationale Studien¹ zeigen immer wieder, dass die Auswahl von Medizinstudierenden, die aus dem ländlichen Raum stammen, mit einem erhöhten Verbleib im ländlichen Raum verbunden ist (Russell u. a. 2021; Figueiredo u. a. 2023; Kroezen 2023; Patterson u. a. 2023; Grierson u. a. 2023). Auch eine Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Medizinstudierenden im Jahr 2022 bestätigt diesen «Klebeffekt»: 80 Prozent der Befragten in Deutschland präferierten die nähere Heimatregion als künftigen Arbeitsort. Zudem war ein künftiger Arbeitsort in einer Kleinstadt (bis 5.000 Einwohner*innen) für Studierende aus einer Kleinstadt (bis 2.000 Einwohner*innen) am attraktivsten; mit steigender Zahl der Einwohner*innen des Herkunftsorts nahm die Attraktivität, in ländlichen Regionen zu arbeiten, ab (Schreiber u. a. 2023). In einer aktuellen Studie aus Australien war der Einfluss der Herkunft allerdings gering (McGrail u. a. 2023). Eine Änderung der Zulassungskriterien zum Medizinstudium (z. B. Reservierung einer gewissen Anzahl von Studienplätzen für Bewerber*innen aus dem ländlichen Raum) ist im Zusammenhang mit einem ländlichen Lehrplan (siehe unten) eine der häufigsten Interventionen, um eine Verringerung des Ärzt*innenmangels in unterversorgten Gebieten zu erreichen (Figueiredo u. a. 2023). Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sprach sich schon in seinen Gutachten 2009 und 2014 dafür aus, die Zulassungskriterien zu ändern, verbunden mit einer Änderung der Zuweisung von Landesmitteln für Universitäten (hier insbesondere, um die Allgemeinmedizin zu fördern): Diese orientierten sich zumeist an der Zahl der Studienabschlüsse in der Regelstudienzeit und am Abschneiden der Studierenden im Staatsexamen. Da die Abiturnote ein entscheidender Faktor für einen schnellen und erfolgreichen Studienabschluss ist, seien die Fakultäten auch bei den internen Zulassungsverfahren stark durch finanzielle Anreize beeinflusst (SVR 2014). Die Vergabe von finanziellen Ressourcen für die Hochschulfinanzierung könnte künftig davon abhängen, in welchem Maße die medizini-

schen Fakultäten erkennbar und nachhaltig eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum fördern.

Auch scheint es sich zu lohnen, insbesondere Studierende zu fördern, die ein breites Spektrum praktizieren möchten: In einer Interviewstudie unter Allgemeinmediziner*innen in Ontario (Kanada) fanden diejenigen, die das gesamte Spektrum praktizieren wollten, ländliche Regionen attraktiv – im Gegensatz zu denen, die sich eher spezialisieren wollten (Grierson u. a. 2023).

ERHÖHUNG DER ANZAHL AN MEDIZINSTUDIENPLÄTZEN IN BRANDENBURG

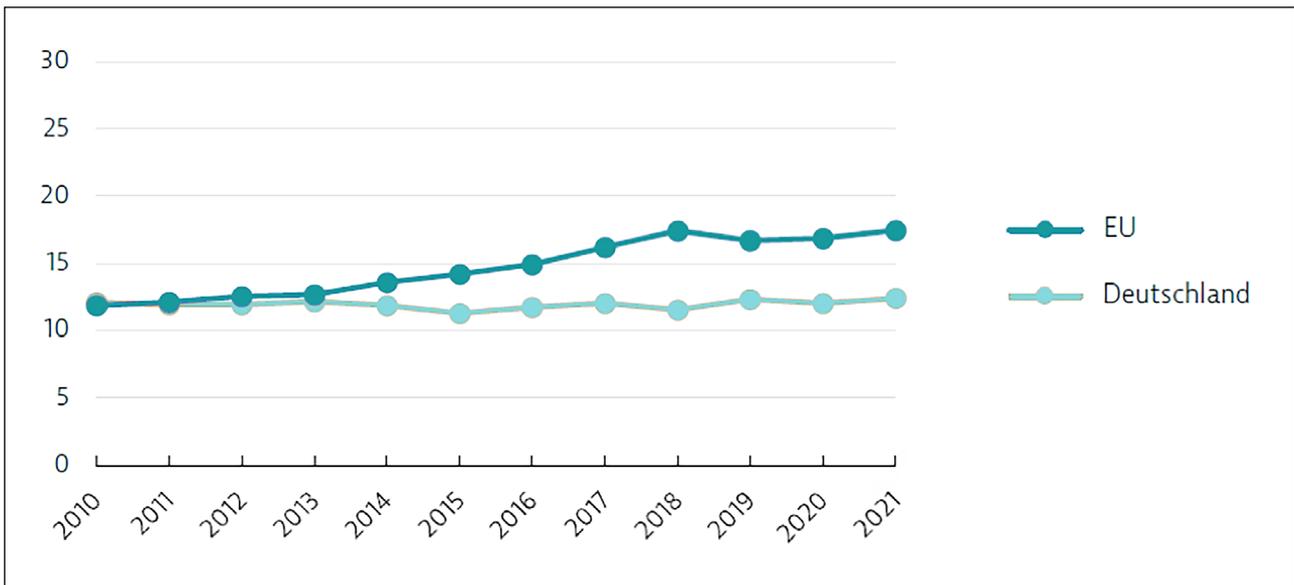
Neben der Herkunft ist der Ort des Studiums ein weiterer wichtiger Faktor für die Wahl des Arbeitsorts. So gaben 64 Prozent der befragten Medizinstudierenden in Deutschland die Region rund um die Universität als möglichen späteren Arbeitsort an (Schreiber u. a. 2023). Zwar hat Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt eine hohe Anzahl an Ärzt*innen (4,5 im Vergleich zu 4,1 pro 1.000 Einwohner*innen 2021), die Zahl der Medizinabsolvent*innen liegt jedoch unter dem EU-Durchschnitt (12,4 gegenüber 17,5 Medizinabsolvent*innen pro 100.000 Einwohner*innen in der gesamten EU). Zudem ist zwischen 2004 und 2021 vor allem die Anzahl der Krankenhausärzt*innen gestiegen (stationär: 54%, ambulant: 2%; OECD 2023).

PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN WÄHREND DES MEDIZINSTUDIUMS

Klinische Rotationen in abgelegenen Regionen während des Medizinstudiums («ländliche Pipeline»), sowie ländliche Wahlfächer, in denen Studierende angemessen auf eine Tätigkeit in ländlichen Regionen vorbereitet werden, tragen dazu bei, dass sich Ärzt*innen für die Tätigkeit in diesen Regionen qualifiziert fühlen und eher dort praktizieren (Russell u. a. 2021; Kroezen u. a. 2023; Halaas u. a. 2008). In Kanada wurde deshalb die Northern Ontario Medical School gegründet, die Studierende in ländlichen oder unterversorgten Gebieten aus- und weiterbildet. Diese arbeiten nach Abschluss ihres Studiums mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in ländlichen Gebieten als Studierende anderer kanadischer Universitäten (Wenghofer u. a. 2017). Gleichzeitig können negative Erfahrungen (z. B. schlechte Betreuung,

¹ Diese Studien wurden zum Beispiel in Australien, Island, Irland, Kanada, Norwegen, Schottland, Schweden und in den USA durchgeführt.

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Absolvent*innen eines Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner*innen (2010–2021)



Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2023; Eurostat-Datenbank

fehlendes Lehren und Lernen, finanzieller Aufwand, um entfernt vom Wohnort praktische Erfahrungen zu sammeln) die Entscheidung, in ländlichen Regionen zu arbeiten, negativ beeinflussen (Kroezen u. a. 2023). Der SVR (2014) empfahl einen nahtlosen Übergang zwischen Studium und Weiterbildung für Allgemeinmedizin etwa durch spezielle Kohorten, die sich für eine Tätigkeit im ländlichen Raum interessieren («Landarzt-Tracks»). Im Bayerischen Wald findet das Projekt «LandArztMacher» als vierwöchige Famulatur (Praktikum im zweiten Abschnitt des Medizinstudiums) in Praxen und Kliniken mit gemeinsamen fachlichen Lehrveranstaltungen statt, wobei Übernachtungs- und Fahrtkosten vor Ort übernommen werden. Die schon vor Beginn hohe Bereitschaft, im ländlichen Raum zu arbeiten, steigerte sich leicht nach Abschluss des Praktikums und die Stu-

dierenden hatten eine genauere Vorstellung von der Tätigkeit als Allgemeinmediziner*in (Lukaschek u. a. 2024).

Insgesamt könnten also mehr Studienplätze in Brandenburg angeboten werden, wobei Plätze für Studierende aus dem ländlichen Raum in Brandenburg reserviert oder speziell finanziell gefördert könnten. Zudem könnten praktische Erfahrungen im ländlichen Raum während des Studiums gefördert werden (Finanzierung und Attraktivität). Bei allen Maßnahmen, die das Medizinstudium betreffen, ist die lange Latenz zwischen Einleitung der Maßnahme und ihrem Wirksamwerden zu beachten: Zum Beispiel würde sich eine Veränderung der Zulassungskriterien von heute (2024) erst circa 2040 bemerkbar machen (2 Jahre Vorbereitungszeit + ca. 6,5 Jahre Studium + ca. 7 Jahre Weiterbildung²; SVR 2014).

² Obwohl die theoretische Weiterbildungszeit nur fünf Jahre beträgt, zeigen Befragungen, dass sie mindestens sieben Jahre dauert.

FACHÄRZTLICHE WEITERBILDUNG

Neben Erfahrungen während des Medizinstudiums sind positive Erfahrungen während der Facharztweiterbildung im ländlichen Raum ein Faktor, der starken Einfluss auf eine spätere Tätigkeit hat (Russell u. a. 2021; Figueiredo u. a. 2023; Kroezen u. a. 2023). Zum Beispiel betreiben Ärzt*innen, die ihre Facharztweiterbildung an der Northern Ontario Medical School absolviert haben (in Kanada wird die Facharztweiterbildung als *postgraduate training* an einer Universität durchgeführt), häufiger eine Praxis im unterversorgten Norden von Ontario (Wenghofer u. a. 2017). In Deutschland machen Assistenzärzt*innen oft negative Erfahrungen in Bezug auf das (ausbleibende) Feedback, Mentoring und die formale Unterweisung während der Arbeitszeit (Sierocinski u. a. 2022). Ein Mangel an kollegialer Unterstützung in ländlichen allgemeinmedizinischen Praxen oder die fehlende Möglichkeit, Urlaub zu nehmen (aus persönlichen Gründen oder zur medizinischen Weiterbildung), korrelieren negativ mit der letztendlichen Entscheidung, eine Praxis in ländlichen Gebieten aufzunehmen und dort zu bleiben (Kroezen u. a. 2023). In Deutschland benötigen viele Assistenzärzt*innen länger als die von der Weiterbildungsordnung vorgegebene Zeit von fünf bis sechs Jahren, weil sie sich auf ihre Rotationen eigenständig bewerben müssen; insbesondere in der Allgemeinmedizin (Durchschnitt 9,5 Jahre; Sierocinski u. a. 2022). In einigen Regionen (z. B. in Jena oder Baden-Württemberg) wurden deshalb strukturierte Weiterbildungsprogramme zum Beispiel für Allgemeinmedizin nach Vorbildern in Belgien, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz etabliert, in denen Ärzt*innen eine organisierte Weiterbildung vom ersten bis zum letzten Abschnitt durchlaufen können und während der sie eng begleitet und koordinierend unterstützt werden. Dies stellt nach Einschät-

zung des IGES-Instituts einen wichtigen Erfolgsfaktor für das zügige Durchlaufen und die Qualität der Weiterbildung dar (Zich u. a. 2023).

In Brandenburg wurden bereits ein Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin (2024) sowie regionale Weiterbildungsnetzwerke (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2024) gebildet, in den meisten Netzwerken gibt es jedoch keine finanzierten Koordinationsstellen. Das Land Brandenburg könnte Stellen für Weiterbildungskoordinator*innen fördern, wie etwa in Belgien und den Niederlanden, und sich zudem dafür engagieren, dass für die Weiterbildung gute Arbeitsbedingungen vorherrschen (z. B. Teilzeitmöglichkeit, ein Arbeitsvertrag, der für die verschiedenen Weiterbildungsstationen gilt; Zich u. a. 2023).

Internationale Studien legen häufig den Fokus auf die Allgemeinmedizin, was sich mit den unterschiedlichen Gesundheitssystemen erklären lässt. Viele Aspekte lassen sich wahrscheinlich auch auf andere Fachbereiche der Medizin übertragen. So könnte die Attraktivität einer Weiterbildung in Brandenburg erhöht werden, indem mehr Fokus auf Lehre und Lernen gelegt wird, wie zum Beispiel in der Schweiz üblich (ebd.) – mit dem Ziel, dass das Personal nach Abschluss der Weiterbildung in der Region bleibt.

Auch psychotherapeutische Weiterbildungsstellen für neuapprobierte Psycholog*innen (der neuen Studiengänge, die es auch in Brandenburg gibt: Medizinische Hochschule Brandenburg, Health and Medical School), die bundesweit noch sehr rar sind (BundespsychotherapeutenKammer 2023), könnten durch das Land gefördert werden.

Insgesamt könnte Brandenburg attraktive Weiterbildungsstellen schaffen (z. B. mit einem stärkeren Fokus auf Lehre und Lernen, Teilzeitmöglichkeiten sowie finanzieller Koordination).

ATTRAKTIVE ARBEITSBEDINGUNGEN: PRAXISFORMEN MIT ANSTELLUNGSVERHÄLTNISSEN

Junge Ärzt*innen legen viel Wert auf eine angemessene Work-Life-Balance und haben deshalb vermehrt den Wunsch, in Praxen mit einem interprofessionellen Team und in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten – sie wollen nicht mehr in Einzelpraxen allein die Verantwortung tragen (SVR 2014; Schreiber u. a. 2023). Praxen mit mehreren angestellten Ärzt*innen können attraktive Arbeitsbedingungen bieten (Teilzeitmöglichkeit, berufliche Flexibilität, Vertretung im Urlaub). Ein Projekt im Bayerischen Wald setzte innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft³ auf Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Förderung der Lebenspartner*innen bei der Jobsuche, Sicherstellung der Kinderbetreuung), generationsübergreifendes Lernen und Arbeiten (Mentoring, gemeinsame Behandlung chronisch Erkrankter im Tandem, Fallpräsentation im Team, Supervision) und Entlastung von administrativen Aufgaben (themengebundene Teams aus Ärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten [MFA] in arbeits- und zeitintensiven Betreuungsbereichen, MFA als erste Ansprechstation bei dringend angeforderten Hausbesuchen). Es wurden ältere Hausärzt*innen akquiriert, die über die reguläre Lebensarbeitszeit hinaus (in Teilzeit) arbeiteten und ihr Wissen an junge Fachärzt*innen und Ärzt*innen in Weiterbildung innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft weitergaben (generationsübergreifendes Arbeiten). So konnten junge Ärzt*innen für die Tätigkeit auf dem Land gewonnen werden (Blank 2019).

INTERPROFESSIONELLE PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN

Um den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden, werden schon seit Langem interprofessionelle Primärversorgungszentren gefordert, die multimorbiden Patient*innen mit psychosozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen besser begegnen können (Schreiber u. a. 2023; SVR 2014). Primärversorgung ist die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem für die Bevölkerung, die gemeindebasierte, kontinuierliche umfassende und koordinierte Versorgung, inklusive Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration

und Rehabilitation, anbietet (World Health Organisation/UNICEF 2019). Länder mit einer starken Primärversorgung weisen eine geringere Hospitalisierungsrate, eine seltenere Nutzung von Notfallambulanzen, bessere Gesundheitsergebnisse insgesamt und eine höhere gesundheitliche Chancengleichheit auf (OECD 2020). In Ländern wie Kanada (Ontario) gibt es sogenannte Community Health Centres seit über 40 Jahren (auch in ländlichen Regionen); in Schweden werden Primärversorgungszentren seit 2010 vermehrt aufgebaut, in Österreich und Frankreich werden ähnliche Modelle seit 2017 bzw. 2007 etabliert.⁴ Im Zentrum steht die Zusammenarbeit von Gesundheitspersonal verschiedener Berufsgruppen, zum Beispiel Ärzt*innen, Case-Manager*innen, Pflegefachkräften, Physiotherapeut*innen, Apotheker*innen und Sozialarbeiter*innen (interprofessionelle Teams), die ihre Patient*innen in einem umfassenden Netzwerk kooperierender Leistungserbringer versorgen, diese Leistungserbringer koordinieren und sich für Prävention einsetzen (Nolting u. a. 2021; Janlöv u. a. 2023). Ein interdisziplinäres Primärversorgungszentrum bietet einen attraktiven, interessanten Arbeitsplatz in Anstellung (Schreiber u. a. 2023; SVR 2014; Nolting u. a. 2021). Solche Zentren werden von interviewten Hausärzt*innen in Deutschland als wirksame Maßnahme zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung gesehen (Wangler/Jansky 2022).

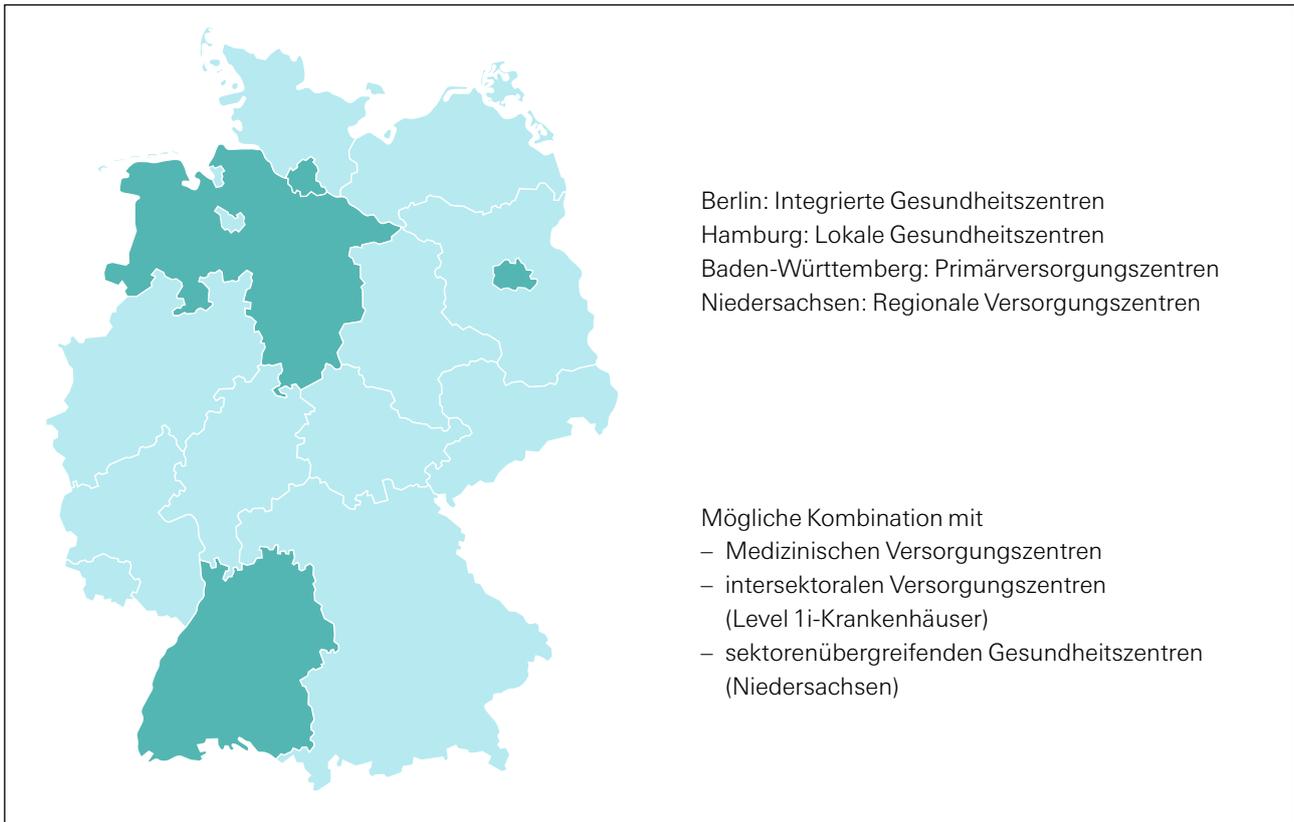
Mit dem Lebenszentrum Thomas Müntzer des DRK-Kreisverband MOHS e. V. in Reichenberg hat Brandenburg bereits ein Primärversorgungszentrum. Stadtstaaten wie Berlin und Hamburg sowie die Flächenländer Baden-Württemberg und Niedersachsen fördern den Aufbau interprofessioneller Gesundheitszentren in Landesförderprogrammen.⁵ Im Referentenentwurf zur Gesundheitsversorgungsstärkung ist zudem eine Etablierung von Primärversorgungszentren vorgesehen – es ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt unklar, ob dies den internationalen Erfahrungen entspricht (Poliklinik Syndikat 2023). Der Aufbau von Primärversorgungszentren lässt sich gegebenenfalls mit kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (siehe nächste Seite) oder intersektoralen Versorgungszentren bzw. sektorenübergreifenden Regionalen Gesundheitszentren aus Niedersachsen kombinieren (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2024).

3 Innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft, auch Gemeinschaftspraxis genannt, können Vertragsärzt*innen ausgewählte Teilbereiche ihrer ärztlichen Tätigkeiten gemeinsam anbieten, zum Beispiel gemeinsames Personal anstellen.

4 Österreich: Primärversorgungseinheiten, Frankreich: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

5 Berlin: Integrierte Gesundheitszentren, Hamburg: Lokale Gesundheitszentren, Baden-Württemberg: Primärversorgungszentren, Niedersachsen: Regionale Versorgungszentren.

Abbildung 3: Durch Landesprogramme geförderte Primärversorgungszentren in Deutschland (2024)



Quelle: eigene Darstellung

KOMMUNALE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

Einige und immer mehr Gemeinden gründen kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZs) in unterversorgten Gebieten, um ärztlichem Nachwuchs attraktive Arbeitsbedingungen zu bieten und so die medizinische Versorgung zu sichern. So konnte beispielsweise in der Gemeinde Wetringen in Nordrhein-Westfalen ärztliches Personal gewonnen werden (dostal & partner management-beratung 2024). Auch in Brandenburg gibt es bereits zwei kommunale MVZs (MVZ Gesundheitszentrum Baruth/Mark gGmbH, seit 2021; Medizinische Einrichtung GmbH Blankenfelde-Mahlow in Blankenfelde-Mahlow, seit 1992), ein weiteres befindet sich in Gründung (Spreewaldstadt

Lübben). Es existieren jedoch strukturelle Hürden, die nach aktuellem Stand im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz abgebaut werden sollen. Das Land Brandenburg könnte die Gemeinden bei der Gründung weiterer MVZs unterstützen (z. B. Ansprechpersonal auf Landesebene stellen, das rechtliche und strategische Fragen der MVZ-Gründung bündelt und so die Kompetenzen in den Gemeinden stärkt).

Insgesamt scheinen also Praxisformen, in denen mehrere Ärzt*innen zusammenarbeiten, oder Primärversorgungszentren attraktivere und flexiblere Arbeitsbedingungen zu bieten. In Frankreich wurde zuletzt ein Rotationsmodell entwickelt, bei dem Ärzt*innen nur wochenweise arbeiten und die Administration vom Praxispersonal vor Ort erledigt wird (Mönch 2023).

STÄRKUNG NICHT-ÄRZTLICHER GESUNDHEITSPROFESSIONEN

Eine weitere Möglichkeit, die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen zu sichern, besteht darin, nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen zu stärken und zum Beispiel Aufgaben und Verantwortlichkeiten umzuverteilen (Blank 2019; Wangler/Jansky 2022; Wolf u. a. 2023). Art und Umfang der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten sowie Koordination chronischer Patient*innen variieren zwischen verschiedenen Ländern und Gesundheitssystemen – auch in Bezug auf das beteiligte nicht-ärztliche Personal (z. B. Pflege und Apotheker*innen; Maier/Aiken 2016; Leong u. a. 2021; siehe auch Abb. 4). Delegation erhöht die Patient*innen-zentrierung und kann, insbesondere wenn sie mit einer Erweiterung der Verantwortung einhergeht, die Zufriedenheit des Gesundheitspersonals steigern (ebd.). Ziel der Umverteilung ist, dass sich Ärzt*innen auf ihre Kernaufgaben (ärztliches Handeln) konzen-

trieren können und Routine- und administrative Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen übernommen werden (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017).

NEUE BERUFE MIT STUDIUM

In Ländern mit einer umfassenden Aufgabenverlagerung der fortgeschrittenen Praxis auf hohem Niveau haben Nurse Practitioner/Advance Practice Nurses meistens Masterniveau (Maier/Aiken 2016). Insbesondere folgenden Berufen mit Studienabschluss wird ein hohes Potenzial nachgesagt, ärztliche Aufgaben (in ländlichen Regionen) übernehmen zu können (Günther u. a. 2019; Schillen u. a. 2023; Heistermann u. a. 2022a):

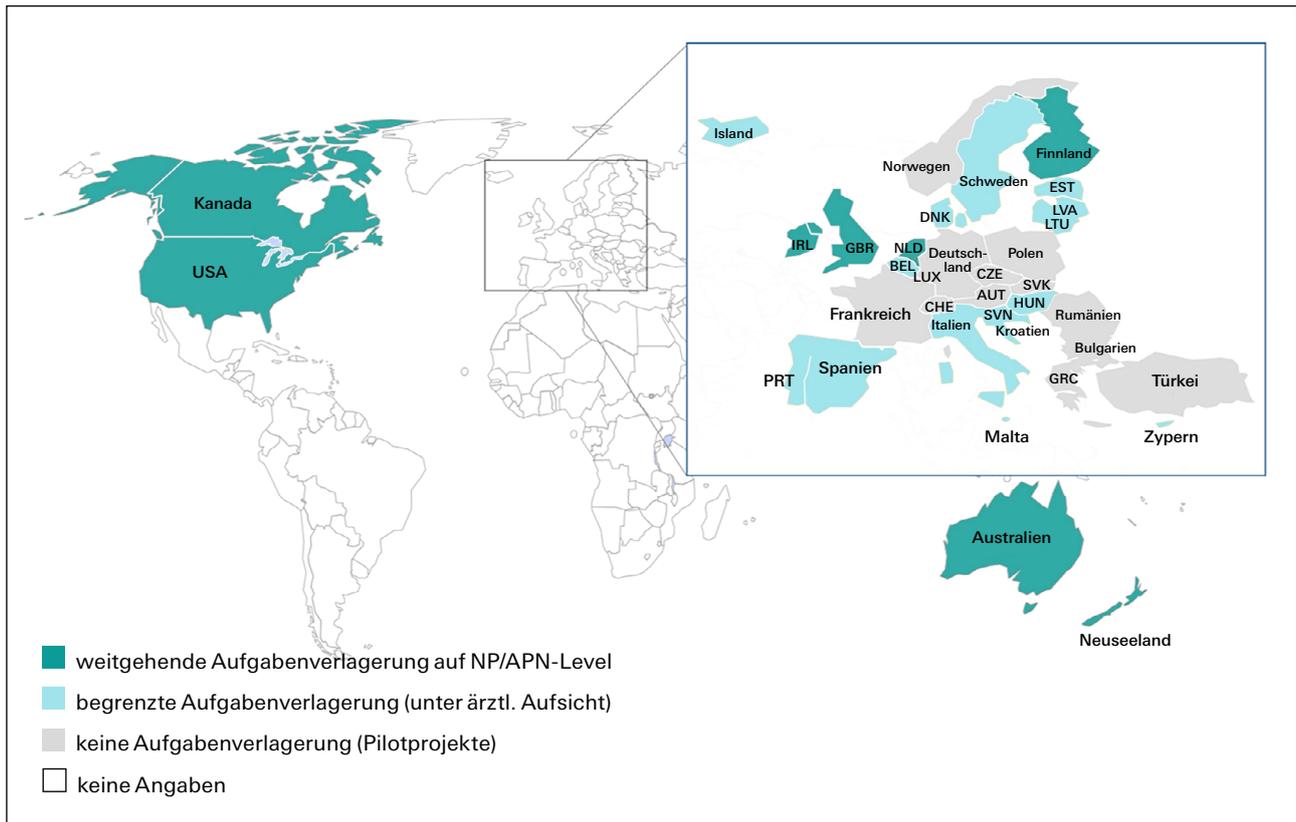
Tabelle 1: Aufgabenspektrum nicht-ärztlicher Gesundheitsprofessionen mit Studienabschluss

Bezeichnung Abschluss	Aufgabenspektrum
Community Health Nurse (CHN), Master	Die Menschen bei der Bewältigung des Alltags zu unterstützen – in jeder Lebenslage und Altersspanne. CHNs sind beispielsweise erste Ansprechpartner*innen für Menschen mit chronischen oder Mehrfacherkrankungen, Behinderung oder Pflegebedarf und haben einen Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung (Lidauer/Stummer 2023; Iversen u. a. 2023).
Advance Practice Nurse (APN), Master	Expertise für komplexe Pflege- und Versorgungssituationen, Fokus auf chronische Erkrankte im höheren Lebensalter. Aktuell in Deutschland vorwiegend im stationären Bereich (Günther u. a. 2019).
Physician Assistant (PA), Bachelor	Anamnese- und Stuserhebung, Erstellung Diagnose und Behandlungsplan, Ausführung und Erläuterung der Therapie, Übernahme Koordinationsfunktion (Vor- und Nachbereitung ärztlicher Tätigkeiten). In Deutschland aktuell vorwiegend im stationären Bereich, wobei großes Potenzial in der Unterstützung von allgemeinmedizinischen Praxen gesehen wird (ebd.; Schillen u. a. 2023; Heistermann u. a. 2022b).

In England, den Niederlanden und den USA führte der Einsatz von Physician Assistants im Vergleich zu Ärzt*innen zu mindestens gleichen Ergebnissen hinsichtlich der patient*innen- und versorgungsrelevanten Outcomes bei gleichen oder weniger Kosten für die Versorgung (ebd.). In Deutschland können nicht-ärztliche Berufe ärztliche Tätigkeiten bisher nur im Delegationskonzept übernehmen, was zu unterschiedlichen Konflikten zwischen Ärzt*innen und Pflegefachkräften führen kann (Krones 2023). In den Niederlanden ist beispielsweise die Mitwirkung anderer Berufsgruppen, die Hausärzt*innen entlasten, sehr fortgeschritten (Zich u. a. 2023). Eine Möglichkeit kann in der Stärkung von Gesundheitsprofessionen durch eine gesetzliche Regelung des Umfangs der (teil-)selbstständigen Ausübung der Heilkunde bestehen.

In Deutschland gibt es derzeit für Physician Assistance 18 Studiengänge (Heistermann u. a. 2022b), drei Studiengänge für Community Health Nursing (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe o. J.), der Abschluss Advance Practice Nurse kann an acht Hochschulen erworben werden, darunter jedoch bisher keine Hochschule bzw. kein Studiengang in Brandenburg. Da für Gesundheitsprofessionen ebenfalls der oben beschriebene «Klebeffekt» zu erwarten ist, könnten, wenn zugleich ihr Tätigkeitsfeld nach dem Studium geklärt ist, Studiengänge für Community Health Nurses, Advance Practice Nurses und/oder Physician Assistants in Brandenburg (insbesondere im ländlichen Raum) aufgebaut werden. Mögliche Potenziale der Aufgabenumverteilung liegen zum Beispiel in Haus- und Heimbefunden (Befundkontrolle,

Abbildung 4: Aufgabenverlagerung von Ärzt*innen auf nicht-ärztliches Personal in 39 Ländern (2015)



Quelle: Maier/Aiken 2016

Notfallbesuche), in Filterfunktionen in Praxen, in der Übernahme von Folgekontakten (Wundkontrolle, Blutdruckkontrolle) oder geriatrischem Assessment (Schillen u. a. 2023). Zu beachten ist allerdings, dass sich die Ärztekammer Brandenburg 2017 in einer Stellungnahme negativ gegenüber Aufgaben für Physician Assistants, die über das Delegationskonzept hinausgehen, ausgesprochen hat.

WEITERQUALIFIZIERUNG MEDIZINISCHER FACHANGESTELLTER

Einige delegierbare Tätigkeiten werden in Deutschland bereits von weiterqualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFAs) ausgeführt (Günther u. a. 2019). In

Brandenburg werden durch die Landesärztekammer die Fortbildungen «Nicht-ärztliche Praxisassistent*in» (NäPA) und «Fallbegleitung/Grundkurs Case Management/agnes^{zwei}» angeboten. Fort- und Weiterbildungen von MFAs, die der Entlastung von Ärzt*innen dienen, könnten ebenso ausgebaut und gefördert werden. **Insgesamt könnten in Brandenburg also nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen gestärkt werden, sodass sich Ärzt*innen auf ihre Kernaufgaben (ärztliches Handeln) konzentrieren können und Routine- und administrative Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen übernommen werden (z. B. Umverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, gesetzliche Regelung des Tätigkeitsumfangs, Aufbau neuer Studiengänge in Brandenburg, Ausbau und Förderung von Fort- und Weiterbildungen von MFAs).**

FINANZIELLE ANREIZE

Finanzielle Anreize stellen eine weitere Möglichkeit dar, medizinisches Personal (insbesondere Hausärzt*innen) für ländliche Regionen anzuwerben (Osborne u. a. 2020; Bes u. a. 2023). Zum Beispiel arbeiteten zahnärztliche Absolvent*innen in den USA, die während oder nach dem Studium eine Förderung erhielten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in ländlichen Regionen; während ein freiwilliges Weiterbildungsprogramm für Zahnärzt*innen und finanzielle Anreize in Australien das Verhältnis von Zahnärzt*in zur Bevölkerung in ländlichen Regionen verbesserte (Osborne u. a. 2019).

Beispiele für direkte finanzielle Anreize sind ein garantiertes oder erhöhtes Gehalt oder Bonuszahlungen. Letztere können als Gegenleistung für die Arbeit bestimmter Jahre oder mehrmals gezahlt werden. Mögliche Zielgruppen sind junge Menschen, die man für die Annahme einer Ausbildungsstelle in ländlichen Gebieten gewinnen will, oder ältere Hausärzt*innen in unterversorgten Gebieten, die damit einen Anreiz erhielten, später in Rente zu gehen. Zusätzliche direkte finanzielle Anreize (z. B. Zuschüsse zu Transport- und Forschungskosten) können die Attraktivität ländlicher Gebiete erhöhen (Bes u. a. 2023). Indirekte finanzielle Maßnahmen umfassen zum Beispiel die Unterstützung bei der Einstellung von zusätzlichem Personal oder den Aufbau neuer multiprofessioneller Gemeinschaftspraxen in unterversorgten Gebieten

(ebd.). Finanzielle Anreize können zwar eine Anwerbung und Bindung von Fachpersonal in ländlichen Gebieten verbessern, sie allein reichen aber nicht aus. Gerade langfristig sind es andere Faktoren (z. B. die Lage der ländlichen Gemeinde, ein umfassenderer Tätigkeitsbereich und die Anpassung der Familie an die Gemeinde), die maßgeblich darauf Einfluss nehmen (Osborne u. a. 2020).

In Brandenburg gibt es über die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) bereits ein Landarztstipendium für Medizinstudierende. Dies setzt voraus, dass Studierende früh wissen, dass sie nach ihrer fachärztlichen Weiterbildung im ländlichen Raum arbeiten möchten. Zudem bestehen Fördermöglichkeiten der KVBB für eine ambulante Tätigkeit in unterversorgten Regionen (z. B. Übernahme, Neugründung, Weiterführung als Zweigpraxis und Investitionskostenzuschuss). Eine weitere Möglichkeit könnte darin bestehen, Gesundheitspersonal, das seine Ausbildung aus einem Drittstaat in Brandenburg anerkennen lässt (z. B. geflüchtete Personen), auch nach Absolvierung der Brückenmaßnahme zu begleiten und finanziell zu unterstützen, um damit eine ambulante Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern.

Insgesamt scheinen andere Faktoren als finanzielle Anreize einen größeren Einfluss auf die Tätigkeit im ländlichen Raum zu haben, sodass diese vor allem als zusätzliche Maßnahme ergriffen werden könnten.

LITERATUR

- Bes, Julia M. u. a. (2023):** Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts: a systematic review, in: *Rural Remote Health* 23(1), doi.org/10.22605/RRH7477
- Blank, Wolfgang A. (2019):** Gute Ärzte braucht das Land – eine erfolgreiche Strategie wider den drohenden Landärztemangel, in: *Gesundheitswesen* 83(02), S. 86–94.
- Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017):** Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, unter: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf [letzter Zugriff am 10.1.2024]
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2024):** Regionale Versorgungszentren (RVZ), unter: www.demografie-portal.de/DE/Gute-Praxis/regionale-versorgungszentren.html [letzter Zugriff am 25.1.2024]
- BundesPsychotherapeutenKammer (2023):** Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung sichern! Gemeinsamer Brief der Psychotherapeutenchaft an Prof. Lauterbach, unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/finanzierung-der-psychotherapeutischen-weiterbildung-sichern/> [letzter Zugriff am 15.1.2024]
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (o. J.):** Community Health Nursing, unter: www.dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/ [letzter Zugriff am 25.1.2024]
- dostal & partner management-beratung (2024):** Kundenmagazin impulse, unter: www.dostal-partner.de/Kundenmagazin-1-2024.pdf [letzter Zugriff am 9.1.2024]
- Figueiredo, Alexandre Medeiros de u. a. (2023):** Educational Strategies to Reduce Physician Shortages in Underserved Areas: A Systematic Review, in: *International of Environmental Research and Public Health* 20(11), doi: 10.3390/ijerph20115983
- Grierson, Lawrence u. a. (2023):** Understanding the influence of medical education on physician geographic disposition: A qualitative study of family physician perspectives in Canada, in: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 29(8), S. 1261–1270.
- Günther, Hans-Joachim u. a. (2019):** Von AGnES bis PA – Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick?, in: *MMW Fortschritte der Medizin* 161, S. 21–30.
- Halaas, Gwen Wagstrom u. a. (2008):** Recruitment and retention of rural physicians: outcomes from the rural physician associate program of Minnesota, in: *The Journal of Rural Health* 24(4), S. 345–352.
- Heistermann, Peter u. a. (2022a):** A cross-sectional survey of German PA employment and workforce entry, in: *Journal of the American Academy of PAs* 35(12), S. 45–49.
- Heistermann, Peter u. a. (2022b):** A brief introduction to PAs in Germany, in: *Journal of the American Academy of PAs* 35(6), S. 52–55.
- Iversen, Linda u. a. (2023):** Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse?, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 18(3), S. 299–307.
- Janlöv, Nils u. a. (2023):** Sweden: Health System Review 2023, *Health Systems in Transition* 25(4): i–198., unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372708/9789289059473-eng.pdf?sequence=8> [letzter Zugriff: am 21.1.2024]
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2024):** Weiterbildungsnetzwerke Allgemeinmedizin, unter: www.kvbb.de/praxiseinstieg/studium-weiterbildung/aerzte-in-weiterbildung/weiterbildungsnetzwerke [letzter Zugriff am 21.1.2024]
- Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Brandenburg (2024),** unter: <https://kw-brandenburg.de/> [letzter Zugriff am 25.1.2024]
- Kroezen, Marieke u. a. (2023):** Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians?, *Policy Brief 55*, European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen, unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366855/Policy-brief-55-1997-8073-eng.pdf?sequence=1> [letzter Zugriff am 21.1.2024]
- Krones, Tanja (2023):** Shared decision-making als genuin interprofessionelle Aufgabe. Anforderungen, Konzepte und Best Practice Beispiele, unter: www.g-ba.de/downloads/17-98-5604/PV5_1_Krones_Shared-Decision-Making-best-practice_2023-11-23.pdf [letzter Zugriff am 11.1.2024]
- Leong, Siew Lian u. a. (2021):** Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review, in: *European Journal of General Practice* 27(1), S. 198–210.
- Lidauer, Harald/Stummer, Harald (2023):** Community Health Nursing Education in Austria. The Need for Competences in Planning, Management and Collaboration: A Problem-Centered Qualitative Study, in: *Healthcare* 11(24), doi: 10.3390/healthcare11243169
- Lukaschek, Karoline u. a. (2024):** Wege aufs Land – Wie Medizinstudierende für die Tätigkeit im ländlichen Raum gewonnen werden, in: *Gesundheitswesen* 17, doi: 10.1055/a-2206-1684

- Maier, Claudia B./Aiken, Linda H. (2016):** Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study, in: *European Journal of Public Health* 26(6), S. 927–934.
- McGrail, Matthew R. u. a. (2023):** The value of extended short-term medical training placements in smaller rural and remote locations on future work location: a cohort study, in: *BMJ Open* 13(1) e068704, doi: 10.1136/bmjopen-2022-068704
- Mönch, Niklas (2023):** Frankreich: Eine medizinische Wüste, in: *Deutsches Ärzteblatt* 120(40), S. A-1616/B-380.
- Nolting, Hans-Dieter/Ochmann, Richard/Zich, Karsten (2021):** Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, unter: www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf [letzter Zugriff am 11.1.2024]
- OECD – Organization for Economic Cooperation and Development (2020):** Realising the Potential of Primary Health Care, *OECD Health Policy Studies*, doi.org/10.1787/2074319x
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023):** Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2023, unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/germany-country-health-profile-2023> [letzter Zugriff am 2.1.2024]
- Osborne, Sonya R. u. a. (2020):** Beyond the black stump: rapid reviews of health research issues affecting regional, rural and remote Australia, in: *The Medical Journal of Australia* 213, Suppl. 11, S3-S32. e1, doi: 10.5694/mja2.50881
- Patterson Davis G. u. a. (2024):** Growing a rural family physician workforce: The contributions of rural background and rural place of residency training, in: *Health Services Research* (59) 1, doi: 10.1111/1475-6773.14168
- Poliklinik Syndikat – Verband der solidarischen Gesundheitszentren e. V. (2023):** Forderungspapier Ärzte der Welt, Poliklinik-Syndikat, vdää* und BAG W, unter: www.poliklinik-syndikat.org/interessierte/publikationenb/positionspapier-zur-primaerversorgung-in-deutschland/ [letzter Zugriff am 9.1.2023]
- Russell, Deborah u. a. (2021):** Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review, in: *Human Resources for Health* 19(1):103, doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7
- Schillen, Philip u. a. (2023):** Physician Assistants als Zukunftsmodell in der hausärztlichen Versorgung – Erfahrungen, Bedarfe, Potenziale und Hürden, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 182–183, S. 44–52.
- Schreiber, Stefan u. a. (2023):** Berufsmonitoring Europäische Medizinstudierende 2022, hrsg. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, unter: www.kbv.de/media/sp/KBV_Berufsmonitoring-Bericht2022.pdf. [letzter Zugriff am 3.1.2023]
- Sierocinski, Elizabeth u. a. (2022):** Postgraduate medical training in Germany: A narrative review, in: *GMS Journal for Medical Education* 39(5), Doc49.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, unter: www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf [letzter Zugriff am 10.1.2024]
- Wangler, Julian/Jansky, Michael (2022):** Lösungsansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Wofür plädieren Allgemeinmediziner*innen?, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 98, S. 250–252.
- Wenghofer, Elizabeth F. u. a. (2017):** Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario, in: *Human Resources for Health*, 15(1):16, doi: 10.1186/s12960-017-0191-6
- Wolf, Florian u. a. (2023):** Einstellungen von Hausärzt:innen und Medizinischen Fachangestellten zur Delegation ärztlicher Leistungen – Ergebnisse einer Befragung in Berlin, Brandenburg und Thüringen, in: *Gesundheitswesen* 85(12), S. 1115–1123.
- World Health Organisation/UNICEF (2019):** Declaration of Alma-Ata, unter: www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471 [letzter Zugriff am 10.1.2024]
- Zich, Karsten u. a. (2023):** Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich, hrsg. von IGES Institut GmbH, unter: www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2023/weiterbildung-allgemeinmedizin/index_ger.html [letzter Zugriff am 4.1.2024]