Ländlicher Raum

AGRARSOZIALE GESELLSCHAFT E. V.

GESUNDHEITSVERSORGUNG

H 20781 | 70. Jahrgang | Schwerpunktheft | 03/2019 | www.asg-goe.de

Einzelpreis 9,- Euro

1 **Editorial**
Steffi Trittel, Deutscher LandFrauenverband und Bürgermeisterin der Gemeinde Hohe Börde sowie Mitglied im Kuratorium der Agrarsozialen Gesellschaft e.V.

Wandel der Versorgungsstrukturen

4 **Medizinische Versorgung im ländlichen Raum – alte und neue Lösungsansätze**
Jana Deisner, Technische Universität Berlin, Priv.-Doz. Dr. med. Anne Berghöfer, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Dr. Carolin Auschra und Prof. Dr. Jörg Sydow, Freie Universität Berlin
9 **Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung: Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern berät Kommunen**
Oliver Legler, Sibille Prössl, Nina Ratschker, Dr. Thomas Ewert, Gunnar Geuter, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
16 **Was zieht Hausärztinnen und Hausärzte in periphere ländliche Räume?**
Dr. Patrick Küpper und Dr. Tobias Mettenberger, Thünen-Institut
20 **Akzeptanz neuer hausärztlicher Versorgungsformen in ländlichen Regionen**
Dr. Ulla Tangermann, Roche Pharma AG, Dr. Kim-Sarah Krinke, Xcenda, Prof. Dr. Christian Krauth und Prof. Dr. Volker E. Amelung, Medizinische Hochschule Hannover
23 **Webtipp: www.innovative-gesundheitsmodelle.de**
24 **Neue Wege in der hausärztlichen Versorgung – das Ärztezentrum in Büsum**
Alba Lucke, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
26 **Medicus Eifler Ärzte eG: Gemeinsam ärztliche Versorgung sicherstellen**
Anni Neumann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
27 **Apptipp: Kindernotfall-App der Barmer**
27 **Apptipp: Die Migräne-App der Techniker**
28 **DB-Medibus – mobile Arztpraxis mit vielfältigen Einsatzmöglichkeiten**
Anni Neumann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
31 **Von Anfang an Allgemeinmedizin**
Prof. Thomas Frese, Dipl.-Soz. Melanie Nafziger, Dr. Torben Ibs, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
36 **Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane: Medizinstudierende ins Land und aufs Land holen**
Anni Neumann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
38 **Mehr Ärztinnen und Ärzte aufs Land**
Bundesministerium für Gesundheit
39 **Lesetipp: Hausärztemangel auf dem Land. Einblicke in die ländliche Primärversorgung**
40 **Intersektorales Gesundheitszentrum: Die bessere Alternative gegenüber dem kleinen Krankenhaus vor Ort?**
Prof. Dr. Andreas Schmid und Florian Rinsche, Universität Bayreuth
45 **Österreich: Telefonisches Beratungsangebot 1450 bietet Erkrankten Orientierung**
Lukas Lahme
46 **Gezielte Unterstützung der Pflege im ländlichen Raum**
Dr. Carola Reimann, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Niedersachsen
48 **Integrierte Gesundheitszentren: Gemeinsam eine gute Versorgung sichern**
Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld
52 **Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend**
Dr. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
55 **Lesetipp: Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?**
55 **Lesetipp: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit**
56 **Ambulante und stationäre Notfallorganisation – unterschiedliche Wege der Notfallversorgung**
Stephan Feldmann, GKV-Spitzenverband, Berlin

Telemedizin eröffnet neue Möglichkeiten

60 **Telemedizin kann regionale Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land kompensieren**
Prof. Dr. Friedrich Köhler, Sandra Prescher, Dr. Kerstin Köhler, Charité – Universitätsmedizin Berlin
63 **TeleClinic: Fernbehandlung spart Wege und Wartezeiten**
TeleClinic, München

65 Teleärztliche Konsultation für Kassenpatient*innen
Gunnar Lehmann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
66 Mit dem Tele-Rucksack zu den Patient*innen: TeleDoc PLUS ermöglicht Videosprechstunde im Hausbesuch
Jenny Füsting, AOK PLUS, Erfurt
68 Land|Rettung: Notfallmedizinische Neuausrichtung im Landkreis Vorpommern-Greifswald
Dr. med. Bibiana Metelmann, Universitätsmedizin Greifswald, Julia Kuntosch, Universität Greifswald, Dorothea Kohnen, Steinbeis Hochschule Berlin
71 Innovation im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst: Mit Telemedizin zur besseren Versorgung
Dr. Daniel Overheu, Klinikum Oldenburg AöR

Gesundheit bewahren durch Prävention

74 Das Präventionsgesetz – Inhalte, Umsetzungsstand und besondere Herausforderungen im ländlichen Raum
Arnd Spahn, Alternierender Vorstandsvorsitzender der SVLFG, Kassel
77 Die Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern: Netzwerke nicht nur für den ländlichen Raum
Dr. Till Beiwinkel, Malte Bödeker, Wiebke Robl, Gunnar Geuter, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
82 Von Rückenkursen zu Personalstellen? Verhältnisprävention stärker fördern
Miriam Elsaeßer, Deutscher Landkreistag, Berlin
86 Gesunde Städte-Netzwerk stärkt Kräfte und Ressourcen für Erhalt der Gesundheit
Dr. Hans Wolter, Stadt Frankfurt am Main
88 Betriebliches Gesundheitsmanagement der Stadt Frankenberg (Eder): Bei Prävention auch an die eigenen Beschäftigten denken
Florian Held, Stadt Frankenberg (Eder)

Personalien

90 Dr. Elke Baranek, Geschäftsführerin bei der Allianz Umweltstiftung
90 Petra Bentkämper, Präsidentin beim Deutschen LandFrauenverband e.V.
90 Dr. Marc Kaninke, Vorstandsmitglied der Rentenbank für die Bereiche Finanzen und IT-Orga
90 Dr. Ludger Schulze Pals, Geschäftsführung des Landwirtschaftsverlags Münster

Termine

90 Wie gesund ist das Land? Gesundheitsförderung im ländlichen und städtischen Raum – Chancen und Potentiale, Risiken und Herausforderungen, 7. und 8. November in Rotenburg (Wümme)
90 Konferenz „Nachhaltige Landnutzung“, 15. und 16. November 2019 in Göttingen

Lesetipps

91 Dorf. Ein interdisziplinäres Handbuch
91 Freiwilliges Engagement in „sorgenden Gemeinschaften“
91 Frei, fair und lebendig. Die Macht der Commons

Aus der Forschung

92 Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
92 Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren

Fotonachweise Titelbild: © M.Dörr & M.Frommherz, © Thomas Reimer, © Stockfotos-MG, © photofranz56, © contrastwerkstatt, © nexusby (alle Fotolia.com), Behandlungsraum: Tim Riediger / nordpool, Luftbild Brachwitz © PaulT (Gunther Tschuch) / Creative Commons AttributionShare Alike 4.0 International

Sofern keine Nachweise an den Fotos und Abbildungen stehen, wurden diese der Redaktion von den Autor*innen, Fotograf*innen und Verlagen überlassen oder stammen aus dem Bildarchiv der Agrarsozialen Gesellschaft e.V.

Was zieht Hausärztinnen und Hausärzte in periphere ländliche Räume?

Dr. Patrick Küpper und Dr. Tobias Mettenberger

Hausärzt*innen gelten als erste Ansprechpartner*innen bei Krankheiten, weshalb diese Arztgruppe am häufigsten in Anspruch genommen wird und ihre Praxen für eine patientennahe Versorgung möglichst flächendeckend vorhanden sein sollten. Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Untersuchung zu beruflichen und privaten Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzt*innen in ländlichen Räumen dargestellt.[1]

Folgen des Hausärztemangels in ländlichen Räumen besonders gravierend für ältere Menschen

Berechnungen von Stefan Neumeier[2] ergaben, dass im Jahr 2016 ca. 56 % der Bevölkerung in ländlichen Räumen die nächste Hausarztpraxis innerhalb von 15 Minuten zu Fuß erreichen konnten, während dies in nichtländlichen Räumen auf ca. 85 % zutraf. Die Erreichbarkeit hängt also mit der Siedlungsdichte zusammen, weshalb Menschen in abgelegenen ländlichen Ortschaften in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt besonders von weiten Wegen zur nächsten Praxis betroffen sind. Problematisch ist, dass die Zahl der Hausärzt*innen sinkt und zwar sowohl in ländlichen als auch in verdichteten Räumen, wobei die Folgen für die Erreichbarkeit in ländlichen Räumen wesentlich gravierender sind (s. Abb.). Hinzu kommt zum einen, dass in ländlichen Regionen, die besonders vom demografischen Wandel betroffen sind, mehr ältere und hochbetagte Menschen leben, die verstärkt auf ärztliche Leistungen angewiesen sind. Zum anderen stehen viele der dort praktizierenden Mediziner*innen kurz vor dem Rentenalter oder haben diese Altersgrenze bereits überschritten, weil sie Schwierigkeiten haben, Nachfolger*innen zu finden.

Daher wird seit Jahren darüber diskutiert, wie junge Mediziner*innen dazu bewegt werden können, sich für eine hausärztliche Tätigkeit an unterversorgten, ländlich gelegenen Standorten zu entscheiden. Zahlreiche Maßnahmen wurden in den letzten Jahren auf den Weg gebracht, um die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. So beschloss der Bundestag 2015 das sog. Versorgungsstärkungsgesetz. Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), Landkreise, Städte und Gemeinden haben Programme und Initiativen gestartet, um Hausärzt*innen an unterversorgte Standorte zu locken. Dazu zählen Eigenpraxen der KVen, die Zusicherung von Mindestumsätzen, Zuschüsse für den Aufbau einer Praxis oder Stipendien mit der Auflage, sich nach der Ausbildung in einem unterversorgten Raum niederzulassen. Auch in der ländlichen Entwicklung werden Ansätze verfolgt, um die hausärztliche Versorgung zu sichern. Dazu zählen Imagekampagnen und die Förderung weicher Standortfaktoren, wie die Verbesserung der Kinderbetreuung, des Kultur- und Freizeitangebotes oder die Vermittlung von Arbeitsplätzen für die mitziehenden Partner*innen.

Überraschenderweise gibt es bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, welche Standortfaktoren Mediziner*innen in ländlich periphere Räume locken, um Politikmaßnahmen möglichst zielgerichtet

Foto: Thünen-Institut

Dr. Patrick Küpper und Dr. Tobias Mettenberger

Thünen-Institut, Institut für Ländliche Räume, Braunschweig

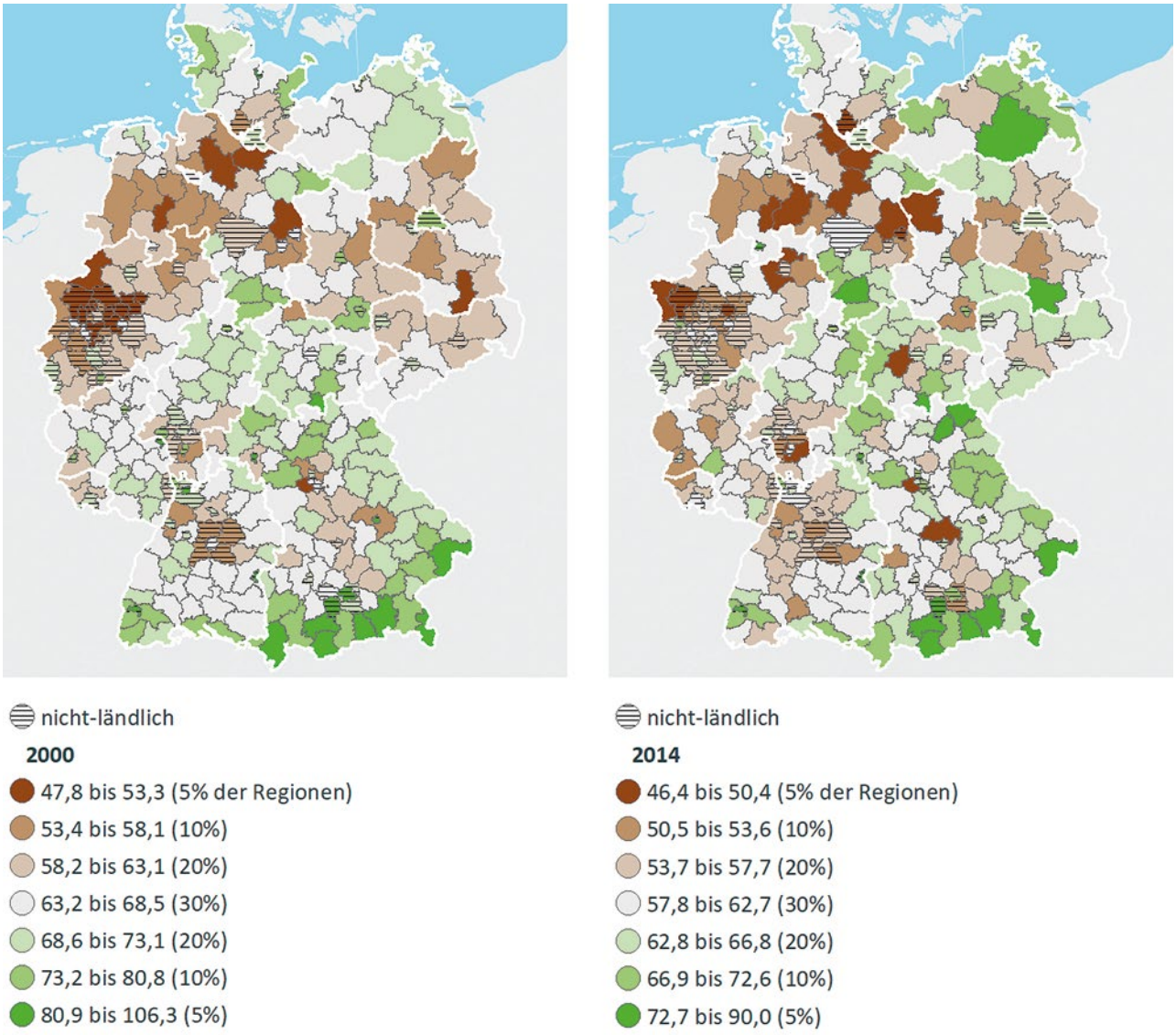
patrick.kuepper@thuenen.de
www.thuenen.de

Foto: Thünen-Institut

[1] Der Beitrag basiert im Wesentlichen auf Ergebnissen der Begleitforschung zum Modellvorhaben Land(auf)Schwung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (Förderkennzeichen: 2815LE007), die ausführlicher in der folgenden Publikation dargestellt sind: Küpper P. und Mettenberger T. (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. Raumforschung und Raumordnung 76(3):229-245, DOI:10.1007/s13147-018-0535-2.

[2] Neumeier, S. (2017): Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland – Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut, 157 S., Thünen Working Paper, DOI:10.3220/WP1503653790000.

Abbildung: Hausärzt*innen je 100 000 Einwohner*innen in den Kreisregionen Deutschlands in den Jahren 2000 und 2014



Quelle: Thünen-Institut, 2018

konzipieren zu können. Es gibt zwar Untersuchungen zur Wirkung beruflicher Standortfaktoren, meist jedoch ohne Fokus auf ländliche Räume. Außerdem werden regelmäßig Medizinstudierende und Nachwuchsmediziner*innen nach ihren Standortpräferenzen gefragt. Da diese Befragungen meist lange vor einer möglichen Entscheidung stattfinden, sind die Ergebnisse losgelöst von der konkreten beruflichen und familiären Situation, so dass oftmals wenig belastbare Klischees über ländliche Räume wiedergegeben werden. Unsere Forschungsfrage lautete also, inwiefern verschiedene berufliche und private Standortfaktoren Hausärzt*innen bei ihrer Standortwahl in ländlichen Räumen beeinflussen. Zur Beantwortung der Frage wurden zunächst 21 leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen und neu niedergelassenen Mediziner*innen im Hochsauerlandkreis und im Landkreis Stendal durchgeführt. Die dabei als ausschlaggebend festgestellten Standortfaktoren wurden anschließend in einer statistischen Analyse mithilfe multipler Regressionen hinsichtlich ihrer Relevanz und Verallgemeinerbarkeit hin untersucht.

Berufliche Gelegenheiten und persönliche Beziehungen bei der Standortwahl entscheidend

Die Ergebnisse zeigen, dass in erster Linie berufsbezogene Standortfaktoren sowie biografische Bezüge in die jeweilige Region für die Niederlassung

Tabelle: Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzt*innen in ländlichen Räumen

Berufliche Standortfaktoren	Private Standortfaktoren
Wirtschaftliche Stabilität	Natur zur Entspannung
Versorgungsbedarf	Sicheres Wohnumfeld für Kinder
Wenig Konkurrenz	Umfassende, flexible Angebote zur Kinderbetreuung
Enger und langfristiger Patientenkontakt	Qualitativ gute Schulen vor Ort
Nähe zu Kliniken (Orte des Studiums, der Weiterbildung und der Berufspraxis)	Große und günstige Häuser und Grundstücke
Abwechslungsreicher Berufsalltag	Persönliche Verbindungen in die Region

Quelle: eigene Darstellung

in ländlichen Räumen ausschlaggebend waren. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Standortfaktoren, die sich in den beiden Fallstudien als bedeutsam herauskristallisiert haben und die die statistische Analyse zumindest teilweise für ganz Deutschland bestätigen konnte. Interessant an den interviewten Hausärzt*innen, die sich neu niedergelassen hatten, war zunächst, dass es sich dabei keineswegs nur um junge Nachwuchsmediziner*innen handelte. Stattdessen war die Gruppe vom Alter her sehr gemischt, weil einige vor ihrer Niederlassung länger in der Klinik oder in einer Praxis angestellt gearbeitet hatten. Weitere Ärzt*innen hatten eine längere Auszeit im Zuge einer Familienphase eingelegt. Daher hatten fast alle Befragten bereits Partner*innen und Kinder, was die relevanten Standortfaktoren beeinflusst. Allerdings richtete sich die Standortentscheidung nicht, wie in der Diskussion oft thematisiert, nach den Karriereaussichten der Partner*innen, weil diese sich oftmals um die Kinder kümmerten, weite Pendelwege in Kauf nahmen oder beruflich flexibel waren.

Bei den beruflichen Standortfaktoren spielte das wirtschaftliche Potenzial eine zentrale Rolle. Dabei ging es aber weniger um Gewinnmaximierung – entsprechend denkende Ärzt*innen entscheiden sich vermutlich eher für andere Fachrichtungen und Regionen –, sondern um stabile Einkünfte. Diese wirtschaftliche Sicherheit basierte zum einen darauf, dass die neu Niedergelassenen ihre Vorgänger*innen gut kannten, z. B. weil sie die elterliche Praxis übernahmen oder bereits vorher als Angestellte in der Praxis gearbeitet hatten. So ergab sich die Niederlassung in vielen Fällen nicht aus einer gezielten Standortsuche, sondern durch berufliche Gelegenheiten und Kontakte im eigenen Netzwerk. Zum anderen war es aber auch ein wichtiger Standortfaktor ländlicher Praxen, dass hier wenig Konkurrenz besteht. Anders als in urbanen Gebieten, in denen die meisten Menschen viele Ärzt*innen erreichen können und eine hohe Fluktuation der Patient*innen durch Umzüge stattfindet, verfügten die befragten Mediziner*innen über einen festen Patient*innenstamm. Dies wurde nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen besonders positiv bewertet, sondern auch auf Grund enger und langfristiger persönlicher Beziehungen. Zudem wird der abwechslungsreiche Berufsalltag auf den ländlichen Standort zurückgeführt. Da die Zahl der Facharztpraxen in unmittelbarer Nähe geringer ist, suchen Patient*innen ihre Hausärzt*innen auch bei spezielleren Krankheitsbildern auf. Außerdem orientieren sich die Mediziner*innen bei ihrer Standortwahl am Bedarf. Das Gefühl, gebraucht zu werden, ist den Befragten wichtig. Einen letzten beruflichen Standortfaktor stellte die Nähe zu Krankenhäusern dar. Nicht nur waren einige der neu Niedergelassenen vorher in einem Krankenhaus der Region tätig und ließen sich nieder, um der Hierarchie, der Schichtarbeit und der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu entkommen. Auch die Nähe zu den Standorten, an denen sie Stationen ihres Studiums und der Weiterbildung verbracht hatten, spielte eine wichtige Rolle, um soziale Netzwerke am alten Wohnort stabil halten zu können. Die Orientierung am Versorgungsbedarf, das Vermeiden von Konkurrenz, die Nähe zu Krankenhäusern und medizinischen Hochschulen konnte auch in der statistischen Untersuchung flächendeckend als bedeutsam für den Versorgungsgrad belegt werden. Darüber hinaus zeigte sich hierbei ein negativer Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung. Das bedeutet, dass mit einer sinkenden Bevölkerung sowohl die Zahl der

Hausärzt*innen insgesamt als auch die Zahl pro 100 000 Einwohner*innen zunahm. Dieser Zusammenhang liegt vermutlich daran, dass in schrumpfenden Regionen Hausärzt*innen eher bereit sind, ihre Praxis kostengünstig an Nachfolger*innen abzugeben.

Die privaten Standortfaktoren werden durch das Leben mit Kindern geprägt. Dabei stellte sich, auch auf Grund knapper Freizeit, heraus, dass die befragten Hausärzt*innen zumeist keinen ausgefallenen Hobbys nachgingen, die die Nähe zu den vielfältigen Kultur- und Freizeitangeboten der Großstädte erforderte. Stattdessen reichten den Befragten naturnahe Räume zum Spazierengehen oder Fahrradfahren. Mit offenen Landschaften sowie mit der Möglichkeit, einen eigenen großen Garten zu haben, verbanden die Ärzt*innen ein sicheres Wohnumfeld für die Kinder, die dort frei spielen können. Diese Standortfaktoren dürften aber auf alle ländlichen Räume, die definitionsgemäß durch lockerere Besiedlung gekennzeichnet sind, zutreffen. So konnte auch quantitativ kein Zusammenhang der Hausärztedichte mit dem Anteil naturschutzfachlich geschützter Flächen, wohl aber mit der dünnen Besiedlung festgestellt werden. Dies spricht dafür, dass es weniger um Natur als vielmehr um Kulturlandschaften, die von Feldern, Wäldern und Seen geprägt sind, als Standortfaktoren geht. In der statistischen Analyse bestätigte sich auch die Bedeutung günstiger Immobilienpreise nicht, die von einigen Befragten hervorgehoben wurden.

Des Weiteren spielt Kinderbetreuung für die jungen Familien eine wichtige Rolle. Es zeigte sich aber, dass es dabei weniger um die klassischen Kindertagesstätten ging, sondern um Betreuung in den Randzeiten, wie sie nur von in der Nähe wohnenden Verwandten oder – im Falle von Stendal mit seiner 24-Stunden-Kita – von Einrichtungen mit flexibler Randzeitenbetreuung übernommen werden können. Entsprechend ließ sich der Zusammenhang zwischen Ganztagsbetreuungsquote im Kleinkindbereich und Hausarztversorgung nicht nachweisen. Gleiches gilt für die ebenfalls bedeutsame Qualität der Schulen, die sich sowohl für die Eltern als auch anhand amtlicher Statistiken schwer einschätzen lässt. Zudem waren die persönlichen Bindungen an die Region in vielen Fällen entscheidend für die Niederlassung. So kamen z. B. im Kreis Stendal alle befragten Hausärzt*innen aus der Region, teilweise sogar aus demselben Ort, wo sie heute praktizieren. Diese persönlichen Beziehungen lassen sich genauso wenig wie die beruflichen Gelegenheiten nicht mit Hilfe der amtlichen Statistik nachweisen. Darin dürfte der zentrale Grund liegen, weshalb mit der statistischen Analyse ein Großteil der räumlichen Unterschiede in der Hausarztversorgung und deren Entwicklung nicht erklärt werden kann.

Fokus auf Hausärzt*innen aus der Region, mit Kindern und Lust aufs Land

Aus den Ergebnissen lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, um die hausärztliche Versorgung in peripheren ländlichen Regionen zu verbessern. Zunächst sollte es darum gehen, die Zahl der Hausärzt*innen insgesamt zu erhöhen, da sich die Versorgung keineswegs nur in ländlichen Räumen verschlechtert. Hierzu sollten die Länder die Allgemeinmedizin an den Hochschulen stärken. Um eine räumlich ausgeglichene Verteilung der Hausärzt*innen zu erreichen, sollten die Länder dezentrale medizinische Fakultäten und Krankenhäuser in ländlichen Räumen aufrechterhalten. Die KVen sollten Ressourcen und Praxissitze umverteilen, von Arztgruppen mit tendenzieller Überversorgung hin zu jenen mit Defiziten, wie den Hausärzt*innen. Des Weiteren können sie mit Eigenpraxen sowie Möglichkeiten, Notdienste zu minimieren oder zu tauschen, familienfreundlichere Arbeitsbedingungen in unterversorgten Gebieten fördern. Zudem könnten die KVen Weiterbildungsplätze so steuern, dass ein Fokus auf von Unterversorgung bedrohten Räumen liegt. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen könnten von Kommunen betriebene Medizinische Versorgungszentren bieten. Ein Netzwerk von regionalen Akteuren sollte außerdem Schüler*innen zum Medizinstudium motivieren und Kontakte zwischen Nachwuchsmediziner*innen und Hausärzt*innen aus der Region vermitteln. Da die Bedeutung privater Standortfaktoren im Vergleich zu den beruflichen begrenzt ist, können auch die regionalen Akteure wenig tun, um die Attraktivität ihrer Region für Niederlassungswillige zu verbessern. Ausnahmen bilden gute Schulen, flexible Kinderbetreuungsangebote und attraktive Immobilien.

Wie auch andere Studien zeigen, ist es kaum möglich, Ärzt*innen ohne Verbindung in die Region und Präferenz für das Leben auf dem Lande für eine Niederlassung in peripheren ländlichen Räumen zu gewinnen. Daher sollte sich das Marketing auf diese Zielgruppe, die oft aus Familien mit kleinen Kindern besteht, konzentrieren und mit den Vorzügen des ländlichen Lebens und Praktizierens, wie Ruhe, Natur, Sicherheit, großzügige Immobilien, abwechslungsreicher Berufsalltag, enge Patientenbindung und sicheres Einkommen, werben.