



Elektronischer Sonderdruck für

A. Heinz

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:245–253 · DOI 10.1007/s00103-011-1413-z

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

A. Heinz · R. Jacob

Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven

In welcher Facharztrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten?

Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven

In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten?

Hintergrund

Seit einigen Jahren wird intensiv über die Frage diskutiert, ob dem deutschen Gesundheitssystem in Zukunft noch genug Ärzte zur Verfügung stehen werden [1, 2, 3, 4]. Die steigende Zahl an Stellenausschreibungen, unbesetzte Stellen in Krankenhäusern und Probleme der Niedergelassenen, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden, bieten Anlass zur Sorge, dass Deutschland auf einen Ärztemangel zusteuert. Andererseits wird geltend gemacht, dass die medizinischen Fakultäten mit insgesamt rund 80.000 Studenten in der Humanmedizin (Stand Wintersemester 2009/10) [5] genügend Nachwuchs ausbilden, um den Bedarf auch künftig zu decken. Diese Diskussion leidet allerdings an zwei Problemen. Erstens: Welches Angebot an Ärzten gilt als ausreichend, wann muss man von einem Ärztemangel sprechen? Selbst wenn es zu dieser Frage eine eindeutige Antwort gäbe, bleibt das zweite Problem: Zwar kann man die Zahl der ausscheidenden Ärzte gut abschätzen und daraus einen Wiederbesetzungsbedarf ableiten. Für eine verlässliche Schätzung des künftigen Angebots fehlen aber bislang Daten über die Präferenzen künftiger Mediziner.

Zum ersten Problem: Ob eine ausreichende Zahl von Ärzten für die Versorgung zur Verfügung steht, wird üblicherweise durch Ärztedichte zahlen gemessen, das heißt dadurch, dass die Zahl an praktizierenden Ärzten je 100.000 Einwohner für verschiedene Regionen ermittelt wird.

Für ganz Deutschland lag die Zahl berufstätiger Ärzte zum Jahresende 2009 bei 325.945 [6], was bei einer Bevölkerungszahl von 81,8 Mio. [7] eine Ärztdichte von 398 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner ergibt. Diese Zahl spricht zunächst gegen einen Ärztemangel – es gab in Deutschland weder absolut noch relativ zur Bevölkerungszahl jemals mehr Ärzte als derzeit.

Die Ärztedichte ist allerdings nur ein sehr grobes Maß zur Einschätzung der Versorgungssituation, weil sie nicht über regionale und insbesondere kleinräumige Arztverteilungen sowie über die Situation bei einzelnen Facharztgruppen informiert. Zudem wäre bei der Berechnung der Ärztedichte eine Korrektur der ärztlichen Leistung um die Teilzeitarbeit notwendig, was in der Regel nicht geschieht. Aus diesen Gründen eignet sich die Ärztedichte kaum zur Beurteilung des Versorgungsgrades [2]. So sind auch bei einer insgesamt hohen Ärztdichte lange Wartezeiten denkbar, wenn etwa bestimmte Spezialisierungen fehlen, viele Ärzte nur in Teilzeit arbeiten, Überweisungen schlecht koordiniert werden oder die ärztliche Arbeitszeit mit Bürokratie vergebend wird.

Die Ärztedichte reicht auch aus einem weiteren Grund nicht als alleiniger Indikator für das künftige Versorgungsangebot aus – auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird sich qualitativ und quantitativ wandeln. Der wichtigste Trend ist der demografische Wandel, der qualitativ bedeutet, dass sich die

Nachfrage von der „Pädiatrie hin zur Geriatrie“ verschiebt. Eine quantitative Prognose ist hier allerdings schwieriger. Die nachgefragte Leistungsmenge hängt unter anderem vom medizinischen Fortschritt ab – und hier stehen sich mit der Medikalisationsthese und der Kompressions- these zwei Theorien zur künftigen Entwicklung der Versorgungssituation diametral gegenüber: Führt der medizinische Fortschritt dazu, dass bisher unheilbare Krankheiten geheilt werden und der Behandlungsaufwand insgesamt sinkt? Oder führt er dazu, dass Patienten zwar länger mit einer Krankheit (über-)leben können, aber nur um den Preis eines deutlich höheren medizinischen Aufwands? Eng mit diesem Problem ist aus soziologischer Sicht die Frage verbunden, was überhaupt als Krankheit definiert wird: Mit erweiterten medizinischen Möglichkeiten und mit gewandelten gesellschaftlichen Vorstellungen können aus Einschränkungen, die bislang als „altersbedingt normal“ galten, im Zeitverlauf behandlungsbedürftige Krankheiten werden – nach der Devise, dass es ohnehin keine gesunden, sondern lediglich nicht ausreichend untersuchte Menschen gibt.

Damit ergibt sich zum ersten Problem folgendes Fazit: Aus Sicht der Wissenschaft kann die Frage nicht eindeutig beantwortet werden, wie viele Ärzte pro Kopf zukünftig benötigt werden. Was eine „ausreichende“ Versorgung ist, hängt vielmehr von gesellschaftlichen Werturteilen ab. Wissenschaft kann hier nur die Rahmenbedingungen untersuchen, etwa wel-

che Fahrzeiten zu einem Arzt und welche Wartezeiten in der Bevölkerung noch als zumutbar gelten oder welche Kosten die Gesellschaft für eine „ausreichende“ medizinische Versorgung zu zahlen bereit ist.

Die aktuellen Forschungen an der Universität Trier sollen aber zur Lösung des zweiten Problems beitragen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der auch die jetzt niedergelassene Ärzteschaft mit einem Durchschnittsalter von knapp 52 Jahren betrifft (Krankenhausärzte: 41 Jahre) [6], stellt sich die Frage nach der Entwicklung beim medizinischen Nachwuchs. Hier ist aus quantitativer Sicht festzustellen, dass die Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums von 1994 bis 2006 von 11.978 auf 8724 gesunken ist [1], was einem Rückgang von 27% entspricht. Zwar stieg diese Zahl im Jahr 2009 wieder auf 10.213 [8], ob es sich dabei aber um eine Trendwende handelt, bleibt noch abzuwarten. Immerhin ist die Zahl der Studienanfänger im 1. Fachsemester von 2005 bis 2010 von 10.059 auf 13.742 gestiegen [5, 9].

Solche Zahlen sagen aber nichts über die späteren beruflichen Interessen der künftigen Mediziner, das heißt über die angestrebte Facharzttrichtung, über das Interesse an einer Tätigkeit in einer eigenen Praxis, im Krankenhaus oder in der Forschung, über Arbeitszeitvorstellungen und Einkommenserwartungen, ganz zu schweigen über die Wünsche und Vorstellungen zur privaten Lebensplanung. Solche Faktoren sind aber entscheidend für die Wahl der späteren Tätigkeit und des Arbeits- und Lebensortes. Zu diesen Themen liegen vor allem Untersuchungen aus dem angelsächsischen Raum vor [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Da aber die entsprechenden Gesundheitssysteme und die Ärzteausbildung vom deutschen System abweichen, ist nicht zu erwarten, dass diese Ergebnisse auf Deutschland übertragbar sind. Für Deutschland liegen zwar Untersuchungen vor [18, 19, 20, 21], allerdings sind deren Teilnehmerzahlen für kleinräumige Analysen oft zu gering, teils sind sie regional begrenzt, hatten andere Fragestellungen, oder es handelt sich um rein qualitative Untersuchungen. Wir haben dies zum Anlass genommen, um eine umfassender angelegte Umfrage zu planen und durchzuführen.

Methode

Die Umfrage wurde zweistufig angelegt. Im Jahr 2009 haben wir in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) und der Universität Mainz eine Befragung der Medizinstudenten an der Universität Mainz als Pilotstudie durchgeführt [22]. Die sich anschließende bundesweite Befragung wurde in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) realisiert. Der Fragebogen umfasste 34 Fragen (davon 30 geschlossene und vier offene Fragen) zu folgenden Hauptdimensionen: angestrebte Facharzttrichtung, bevorzugte Art der Tätigkeit (eigene Praxis oder Anstellung; bevorzugte Arbeitgeber), Einstellung zur Niederlassung und Arbeit im Krankenhaus, Arbeitszeitvorstellungen, Einkommenserwartungen, bevorzugte Arbeitsorte, Einstellung zur Arbeit im Ausland, erneute Wahl des Medizinstudiums sowie Fragen zur Soziodemografie. Beide Befragungen wurden als Online-Befragung konzipiert. Zielgruppe waren alle Medizinstudenten der jeweiligen Fakultät, grundsätzlich geplant war damit eine Vollerhebung. Die Rekrutierung der Studenten erfolgte über einen E-Mail-Verteiler der jeweiligen Fakultät. Die Ausschöpfungsquote hing damit wesentlich von der Vollständigkeit und Aktualität des E-Mail-Verteilers ab. Leider stellte sich während der Feldzeit heraus, dass die Verteiler universitätsabhängig von sehr unterschiedlicher Qualität waren und daher keine Angaben darüber gemacht werden können, wie viele eingeschriebene Medizinstudenten auf diesem Weg angeschrieben wurden und wie viele von ihnen die E-Mail zur Kenntnis genommen haben. Die Befragung endete am 9. Juli 2010. Im Folgenden werden ausgesuchte univariate und bivariate (Signifikanztest: χ^2 nach Pearson und t-Test, jeweils mit Signifikanzniveau 1%) Ergebnisse ausgewiesen.

Zentrale Ergebnisse

Die Stichprobe

Zum Ende der Feldzeit lagen von 12.518 Studenten mehr oder weniger voll-

ständig beantwortete Fragebögen vor. Laut Statistischem Bundesamt haben 79.929 Personen im Jahr 2010 in Deutschland Medizin studiert [5], die Befragung hat mithin 15,7% dieser Population erreicht. Die Befragung stellt damit eine selbstselektive Stichprobe auf Basis einer (uns) nicht bekannten Gesamtheit dar. Die Ergebnisse entstammen keiner Zufallsauswahl und können deshalb auch nicht im mathematisch-statistischen Sinn auf die Grundgesamtheit generalisiert werden. Wir wissen aber, dass zentrale Strukturmerkmale der Stichprobe der Grundgesamtheit der Medizinstudenten entsprechen. So entspricht etwa der Frauenanteil der Stichprobe (64,0%) nahezu dem Anteil in der Grundgesamtheit (61,3%) [23]. Der Anteil an studentischen Eltern in der Stichprobe (5%) stimmt mit der Grundgesamtheit exakt überein [24]. Das Durchschnittsalter der Stichprobe (Ø 24,9 Jahre) entspricht nahezu der Grundgesamtheit laut Statistischem Bundesamt (Ø 25,5 Jahre) [23] sowie der Stichprobe von Osenberg (Ø 25,3 Jahre) [20]. Deshalb und aufgrund der Homogenität zentraler Ergebnisse und hohen Strukturkonvergenz mit vergleichbaren Befragungen [18, 20, 21] haben wir keinen Grund anzunehmen, dass sie die Einstellungen, Bewertungen und Erwartungen der künftigen Ärzte ungenau abbilden. Wir gehen vielmehr davon aus, dass die Ergebnisse typisch für die Motive und Stimmungen in der Studentenschaft sind.

Was arbeiten? Wahl der Facharzttrichtung

Eine zentrale Frage für den künftigen Versorgungsgrad ist die nach den präferierten Fachrichtungen. Hier wurden bis zu drei Optionen erfragt. **Tab. 1** zeigt die entsprechenden Ergebnisse getrennt nach Geschlecht sowie für die Studienabschnitte Vorklinik, Klinik und Praktisches Jahr (PJ). Hinsichtlich der gewünschten Facharzttrichtung nach Geschlecht zeigt sich, dass einige Fächer weiterhin männer- (unter anderem Chirurgie und Orthopädie) und andere frauendominiert (unter anderem Gynäkologie und Pädiatrie) bleiben werden. Auch das Studium selbst verändert die Präferenzen: Wie auch andere Untersuchungen zeigen, sinkt die Zahl

der infrage kommenden Facharzttrichtungen im Studienverlauf [20]. Im vorliegenden Fall kommen in der Vorklinik noch 3,1 Facharzttrichtungen infrage, im PJ sind es nur noch 2,3 – die Vorstellungen zur künftigen beruflichen Tätigkeit werden konkreter und präziser. Einzelne Facharzttrichtungen werden mit Fortschreiten des Studiums in der Regel seltener genannt. Konstant bleibt lediglich das Interesse an der Dermatologie, das Interesse an der Urologie steigt sogar. Nicht bestätigt werden kann das von Osenberg et al. festgestellte im Studienverlauf steigende Interesse an der Inneren Medizin [20].

Vom Trend zur eingeschränkten Auswahl sind die verschiedenen Facharzttrichtungen unterschiedlich stark betroffen: Zunächst sehr beliebte Fächer (Kinder- und Jugendmedizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie) verlieren teilweise über 50% der Interessenten. In den offenen Kommentaren werden die Gründe für diesen Wandel deutlich. So wenden sich Studenten von der Chirurgie und der Orthopädie wegen der als zu hoch wahrgenommenen Arbeitsbelastung ab:

- „Gerade unter den guten und sehr guten Medizinstudenten wird die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie intensiv diskutiert, wobei unsere Generation nicht mehr bereit ist, alles Privatleben für zum Beispiel eine erfolgreiche chirurgische Laufbahn aufzugeben.“
- „Generell wird, beim momentanen hohen Frauenanteil, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine größere Bedeutung bekommen. Gerade in chirurgischen Fächern mit langen OP-Dauern könnte das auf lange Sicht ein Problem werden.“

Von der Allgemeinmedizin sowie der Kinder- und Jugendmedizin wenden sich die Studenten wegen der damit verbundenen Arbeits- und Lebensbedingungen sowie aus finanziellen Gründen ab:

- „Zu Beginn meines Studiums war es mein Ziel, Facharzt für Allgemeinmedizin zu werden und eine Praxis zu übernehmen. Nachdem ich in einigen Famulaturen einen Einblick in die Abrechnungen bekam, habe ich es mir anders überlegt.“

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:245–253 DOI 10.1007/s00103-011-1413-z
© Springer-Verlag 2012

A. Heinz · R. Jacob

Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten?

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag präsentiert ausgewählte Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung von Medizinstudenten zu ihren beruflichen Perspektiven und Erwartungen: Welche Facharztausbildung streben sie an, wo wollen sie arbeiten und unter welchen Bedingungen? Dazu wurden alle Medizinstudenten an 34 der 36 Medizinfakultäten per E-Mail gebeten, sich an der Befragung zu beteiligen. Bis zum 9. Juli 2010 kamen 12.518 Studenten dieser Aufforderung nach, was 15,7% der 79.929 eingeschriebenen Medizinstudenten entspricht. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung ist, dass die Allgemeinmedizin – im Vergleich zum aktuellen Bestand – zukünftig deutliche Nachwuchsprobleme haben wird, wenn sich die Präferenzen der Studenten nicht ändern. Zudem

sind auch regional Disparitäten erkennbar: Als attraktive Arbeitsorte gelten die Stadtstaaten Berlin und Hamburg, die urbanen Zentren Süddeutschlands sowie das Ruhrgebiet. Sehr unattraktiv sind dagegen strukturschwache ländliche Regionen in Ost- und Westdeutschland. Damit dürften diese Regionen große Probleme haben, genügend Landärzte zu rekrutieren. Eine Lösung könnte darin bestehen, gezielt Landeskinder für diesen Beruf zu gewinnen, denn es zeichnet sich auch eine sehr klare Tendenz ab, heimatnah zu studieren und später auch heimatnah arbeiten zu wollen.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · Umfrage · Medizinstudium · Berufswahl · Hausarzt

Medical students and their career choices. Preferred specialty, where and how to work

Abstract

This article presents selected results from a nationwide online survey in Germany asking medical students about their occupational perspectives and expectations: what kind of specialization are they inclined to, where do they want to work, and under what conditions? We sent an email to all the students at 34 of 36 faculties of medicine, asking them to partake in the survey. Through 9 July 2010, 12,518 students answered, which is 15.7% of all 79,929 students enrolled in medicine. One central result is that general medicine—compared to the current situation—will have significant problems in recruiting young medical professionals, if the preferences of the students do not change. In addition, we found spatial disparities: students consider Berlin and Hamburg, urban areas in Southern Ger-

many and the Ruhr Area as attractive places to work, whereas economically underdeveloped rural areas in both Eastern and Western Germany are highly unattractive. So especially those regions will face the problem of recruiting a sufficient number of general practitioners. One strategy to solve this problem could be to recruit young adults for medical school from these rural locations, because there is also a clear tendency that students study close to their home and later also want to work there.

Keywords

General medicine · Survey · Study of medicine · Choice of occupation · General practitioners

- „Wenn ich fertig bin mit dem Studium, wage ich es nicht, den Facharzt der Allgemeinmedizin zu machen, da für mich die Unsicherheiten: Verschuldung und Nachkommen der Regressansprüche, mangelnde Erfahrung mit der Bürokratie, ... zu schwer wiegen.“
- „Ich würde mich keinesfalls als Allgemeinmediziner in ländlicher Umgebung niederlassen: Schlechte Bezahl-

lung, bei maximalem Arbeitsaufkommen. Bis auf einige Ausnahmen besteht die Patienten Klientel aus Alten, Multimorbiden und psychiatrischen Patienten.“

Diese Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse von Niehus et al. zur Einstellung von Medizinstudenten zur hausärztlichen Versorgung [19]. Überraschend ist allerdings, dass das Fach Allgemeinmedizin

Tab. 1 Anteil an Studenten, für die die genannte Spezialisierung infrage kommt, ausgewertet nach Geschlecht und Studienabschnitten

Welche Facharztausbildung kommt für Sie infrage? (Bitte kreuzen Sie maximal drei Optionen an)	♀ (%) (n = 6585)	♂ (%) (n = 3701)	Vorklinik (%) (n = 3245)	Klinik (%) (n = 5289)	PJ (%) (n = 1588)	Veränderung Vorklinik zu PJ (%)
Innere Medizin	40,0	49,4*	63,1	47,0	55,4	-12,2*
Allgemeinmedizin	31,4	28,4*	31,9	30,1	27,8	-12,9*
Anästhesiologie	24,5	32,4*	29,2	27,6	23,5	-19,5*
Chirurgie	23,6	32,6*	35,7	23,5	21,2	-40,6*
Kinder- und Jugendmedizin	33,1	19,7*	35,7	27,2	17,1	-52,1*
Orthopädie	14,5	25,5*	23,2	17,3	13,5	-41,8*
Neurologie	19,6	20,2	25,2	18,7	13,0	-48,4*
Sonstige	13,0	12,8*	14,1	12,2	12,7	-9,9*
Gynäkologie	27,6	5,1*	19,9	21,5	12,5	-37,2*
Radiologie	8,9	16,6*	11,1	12,6	10,5	-5,4
Psychiatrie	15,5	11,5*	18,9	12,4	10,3	-45,5*
Urologie	4,1	7,0*	3,6	6,3	4,6	27,8
Augenheilkunde	5,4	4,8	5,1	5,6	4,1	-19,6
Hautkrankheiten	5,8	3,3*	4,1	5,7	4,1	0,0
HNO	5,6	7,3*	6,4	6,8	4,0	-37,5*
Zahl der angekreuzten Optionen (Ø)	2,7	2,8	3,1	2,8	2,3	-25,8*

*Signifikanz < 1%; χ^2 -Test nach Pearson bzw. t-Test (letzte Zeile). PJ Praktisches Jahr.

Tab. 2 Vergleich der von den Medizinstudenten angestrebten Facharzttrichtung mit der aktuellen Facharztstruktur

	Befragung (n = 1588)	Berufstätige Ärzte laut Ärztestatistik		Verhältnis Befragung/Ärztestatistik
	Angestrebt von (%)	N	%	
Neurologie	5,8	8175	3,5	1,66
Radiologie	4,7	6806	2,9	1,62
Kindermedizin	7,6	12.216	5,2	1,46
Psychiatrie	4,6	8297	3,5	1,31
Anästhesiologie	10,5	18.868	8,0	1,31
Orthopädie	6,0	10.837	4,6	1,30
Chirurgie	9,5	19.549	8,3	1,15
Innere Medizin	20,0	42.703	18,1	1,11
Urologie	2,1	5117	2,2	0,96
Hautkrankheiten	1,8	5250	2,2	0,82
Gynäkologie	5,6	16.369	6,9	0,81
HNO	1,8	5631	2,4	0,75
Augenheilkunde	1,8	6756	2,9	0,62
Sonstige	5,7	21.057	8,9	0,64
Allgemeinmedizin	12,4	48.219	20,4	0,61
Summe	100	235.850	100	

Quelle: Eigene Daten und eigene Berechnung nach Daten von [6].

an Universitäten, die über einen Lehrstuhl oder ein Institut für Allgemeinmedizin verfügen, (noch?) nicht wesentlich beliebter ist, als an Universitäten ohne eine solche Einrichtung (30,2% versus 28,6%). Damit kann die erwartete positive Auswirkung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin zumindest bislang nicht bestätigt werden [19, 25, 26].

Ein weiterer Grund für die sinkende Beliebtheit bestimmter Facharzttrichtun-

gen ist im Vorgriff auf **Tab. 2** festzustellen: Gerade die Fächer, die aller Voraussicht nach ohnehin zu stark nachgefragt werden, werden unbeliebter. Die Studenten passen sich somit zumindest in die richtige Richtung an. Ob diese Anpassung ausreicht, um den voraussichtlichen Facharztbedarf – ausgehend von der bestehenden Struktur – zu decken, wird im Folgenden analysiert. Um diese Frage zu beantworten, wurde in **Tab. 2**

die relative Beliebtheit der Facharzttrichtungen bei den Studenten mit der aktuellen Struktur der Ärzteschaft verglichen, die in der Ärztestatistik der Bundesärztekammer dokumentiert ist. Um einen möglichst aussagekräftigen Vergleich zu erreichen, wurden lediglich die Angaben der 1588 Studenten im letzten Studienabschnitt (PJ) herangezogen, da davon auszugehen ist, dass deren Vorstellungen schon recht konkret sind und weniger von der tatsächlich realisierten Facharztausbildung abweichen als dies bei Studenten im ersten Studienabschnitt der Fall wäre. Aber auch bei den Studenten im PJ bleibt ein Problem: Im Durchschnitt haben sie 2,3 Facharzttrichtungen genannt, obwohl sie sich später für eine entscheiden müssen. Für den Vergleich mit der aktuellen Facharztstruktur ist es daher notwendig, Annahmen zur späteren Entscheidung zu treffen: Sofern die Studenten zwischen den genannten 2,3 Facharzttrichtungen indifferent sind, entspricht die Wahl einem Zufallsexperiment mit gleicher Wahrscheinlichkeit für jede der präferierten Facharzttrichtungen. Da wir keine validen Hinweise auf andere Präferenzverteilungen haben, sind wir von eben dieser Annahme ausgegangen. Die Prozentzahlen aus der Spalte „PJ“ in **Tab. 1** wurden deshalb durch die durchschnittliche Anzahl der Nennungen geteilt. Die entsprechenden

Tab. 3 Für Medizinstudenten attraktive spätere Arbeitgeber – Niederlassung oder angestellte Tätigkeit?

	Insgesamt % (n = 10.231)	Frauen % (n = 6549)	Männer % (n = 3682)
Angestellter Arzt im Krankenhaus	77,3	75,7	80,5*
Facharzt in eigener Praxis	74,5	73,6	74,5
Angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)	55,6	61,6	46,2*
Angestellter Arzt in Praxis	48,9	57,9	32,5*
Hausarzt in eigener Praxis	38,0	39,2	36,3*
Angestellter Arzt in der Forschung	23,6	20,2	28,5*
Angestellter Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)	18,9	20,6	15,7*
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie	12,5	9,0	18,6*
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	5,5	5,2	6,2

*Signifikanz < 1%; χ^2 -Test nach Pearson.

Werte sind in **Tab. 2** in der Spalte „Angestrebt von“ aufgeführt. Der Wert von 12,4% für Allgemeinmedizin bedeutet also, dass sich 12,4% der Studenten in der Allgemeinmedizin spezialisieren werden, wenn sich ihre Präferenzen nach dem PJ nicht mehr verändern und sie zwischen ihren Präferenzen indifferent sind. Diese Zahlen werden mit der aktuellen Struktur der Ärzteschaft verglichen.

Laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Stand 31.12.2009) sind in Deutschland 325.945 Ärzte berufstätig, davon allerdings 95.417 ohne Gebietsbezeichnung. Von den Ärzten ohne Gebietsbezeichnung wurden die 5322 „Praktischen Ärzte“ der Kategorie „Allgemeinmedizin“ zugeordnet, der Rest wurde nicht berücksichtigt. Die relevante Fallzahl der Ärzte mit zugeordneter Gebietsbezeichnung liegt somit bei 235.850 [6]. Zur Gruppe der Allgemeinmediziner wurden weiterhin aus der Kategorie „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ alle Ärzte der Unterkategorien „Allgemeinmedizin“, „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ und „Praktische Ärzte“ zusammengefasst. Danach sind in Deutschland 48.219 Allgemeinmediziner berufstätig, das heißt 20,4% aller berufstätigen Ärzte mit Gebietsbezeichnung.

Der Vergleich zwischen den Berufswünschen der Studenten im PJ und der aktuellen Facharztstruktur findet sich in **Tab. 2** in der Spalte „Verhältnis Befragung/Ärztestatistik“. Beispielsweise wäre für die Neurologie annahmegemäß davon auszugehen, dass 5,8% der Studenten diese Fachrichtung wählen, obwohl

derzeit nur 3,5% der Ärzteschaft diese Richtung vertreten. Sofern insgesamt genug Ärzte ausgebildet werden, ergibt sich demnach eine Relation zwischen gewünschter Spezialisierung und derzeitigem Bestand von rund 1,66 – die Nachfrage nach einer neurologischen Tätigkeit übersteigt damit das gegenwärtige Angebot deutlich. Für die Neurologie ist unter diesen Umständen eher nicht mit einem Engpass zu rechnen, sofern die aktuelle Struktur bedarfsgerecht ist und sich der Bedarf an neurologischen Dienstleistungen nicht grundlegend verändert. Die implizite Annahme eines unveränderten Bedarfs ist allerdings zu diskutieren: Bei der zu erwartenden Alterung der Gesellschaft werden, wie eingangs erwähnt, vermehrt geriatrische Patienten zu behandeln sein. Die geriatrischen Fachgesellschaften haben diese definiert als Patienten mit geriatrischer Multimorbidität, die unter anderem charakterisiert ist durch Immobilität, Sturzneigung, kognitive Defizite, Inkontinenz, Depressionen und Angststörungen, chronische Schmerzen sowie durch Seh- und Hörbehinderung [27]. Der Bedarf nach neurologischen Behandlungen kann also zukünftig durchaus wachsen.

Bei vielen Facharzttrichtungen zeigt der Vergleich in **Tab. 2** zum Teil deutliche Diskrepanzen zwischen den Wünschen und der aktuellen Struktur, sodass sich viele Studenten umorientieren müssen, unter anderem, weil nicht jeder eine Weiterbildungsstelle im gewünschten Fach finden wird. Für die Allgemeinmedizin ist hingegen zu erwarten, dass nicht

alle Stellen besetzt werden können. Hier liegt die Relation zwischen gewünschter Spezialisierung und derzeitigem Bestand bei nur 0,61 – die Allgemeinmedizin rangiert damit am Ende der Liste. Jedoch gilt ohne Zweifel, dass die Bedeutung der Allgemeinmedizin aufgrund der Alterung der Gesellschaft zunehmen wird. So haben Siegert et al. gezeigt, dass die Zahl der Konsultationen von Allgemeinmedizinern mit dem Alter der Patienten kontinuierlich ansteigt – von rund zwei Konsultationen im Jahr bei 20-Jährigen auf deutlich über fünf Konsultationen bei über 70-Jährigen [22]. Vergleichbare Daten weist die BARMER GEK aus [28]. Eine Lösung des Problems könnte darin bestehen, Studenten von der Kinder- und Jugendmedizin in die Allgemeinmedizin „umzuleiten“, da das Fach verglichen mit der aktuellen Struktur „zu beliebt“ ist und dessen Bedeutung bei sinkenden Kinderzahlen voraussichtlich eher abnehmen wird. Weiteres Rekrutierungspotenzial besteht bei Studenten, für die Innere Medizin infrage kommt. Von dieser Gruppe können sich immerhin 44,2% vorstellen, auch in der hausärztlichen Versorgung zu arbeiten.

Wie arbeiten? Arbeitszeiten, Arbeitgeber und Einkommen

Etwa 96% der Befragten ist es wichtig, Familie und Beruf gut miteinander vereinbaren zu können. Dabei gibt es zwischen den Geschlechtern kaum einen Unterschied. 75,5% legen Wert darauf, sich die Arbeitszeit nach Möglichkeit selbst einteilen zu können, auf Teilzeitbasis würden gern 60,9% arbeiten. Damit bestätigen sich die Ergebnisse anderer Umfragen [18, 20, 21]. Beim Wunsch, sich die Arbeitszeit möglichst frei einteilen zu können, gibt es zwischen Frauen und Männern keinen signifikanten Unterschied, wohl aber bei dem nach Teilzeitarbeit. Den Frauen ist es zu einem deutlich höheren Anteil wichtig, auf Teilzeitbasis arbeiten zu können (77,2% versus 32,1% bei den Männern). Dieser Umstand ist für die Diskussion über die Frage, ob die Universitäten eine ausreichende Zahl an Medizinstudenten ausbilden, von großer Bedeutung. Wenn der Wunsch nach Teilzeit von einer größeren Zahl von Studentinnen umgesetzt

Tab. 4 Attraktivität der Bundesländer als späterer Arbeitsort

	Das Bundesland kommt infrage als Arbeitsort (n = 9794)	Das Bundesland und eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner kommen infrage (n = 9794)	Das Bundesland und eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner in einem Ort von < 10.000 EW kommen infrage (n = 9794)
Baden-Württemberg (BW)	50,8%	14,8%	12,0%
Bayern (BY)	49,2%	13,9%	11,2%
Berlin (BE)	42,2%	10,7%	Entfällt
Brandenburg (BB)	18,6%	6,7%	5,8%
Bremen (HB)	25,3%	7,6%	Entfällt
Hamburg (HH)	49,6%	12,8%	Entfällt
Hessen (HE)	31,0%	9,4%	7,8%
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	22,1%	8,6%	7,5%
Niedersachsen (NI)	36,2%	11,0%	8,9%
Nordrhein-Westfalen (NW)	45,2%	12,6%	9,9%
Rheinland-Pfalz (RP)	30,5%	9,4%	7,8%
Saarland (SL)	16,3%	5,3%	4,5%
Sachsen (SN)	19,2%	6,3%	5,2%
Sachsen-Anhalt (ST)	13,2%	4,7%	4,2%
Schleswig-Holstein (SH)	30,9%	10,0%	8,4%
Thüringen (TH)	19,2%	6,8%	5,9%

wird – wovon man wohl ausgehen muss – bedeutet dies, dass die Absolventenzahlen der medizinischen Fakultäten nicht mit Vollzeitäquivalenten gleichzusetzen sind.

Hinsichtlich der späteren Arbeitgeber halten sich die Medizinstudenten laut **Tab. 3** eine Reihe von Optionen offen. Am beliebtesten ist dabei eine Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus, absolut unattraktiv dagegen eine Beschäftigung bei einer Krankenkasse.

Aus **Tab. 3** lassen sich verschiedene Trends ablesen:

1. Die Studenten wollen später als Ärzte in der Versorgung kranker Menschen arbeiten, andere Optionen – etwa eine Arbeitsstelle in der Forschung, der Pharmaindustrie oder auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – sind deutlich weniger gefragt. Dabei wollen Männer eher in der Forschung und in der Pharmaindustrie arbeiten, während Frauen eher eine Anstellung im ÖGD anstreben.
2. Eine angestellte Tätigkeit ist attraktiver als eine freiberufliche Tätigkeit (aber nur in der Versorgung). Vor allem für Frauen sind Anstellungen in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) interessante Optionen. Dagegen gilt der ÖGD als wenig attraktiver Arbeitgeber, ob-

wohl man gerade hier geregelte und planbare Arbeitszeiten sowie Beschäftigungssicherheit hat, zumindest in größeren Ämtern im Team oder auch halbtags arbeiten kann und das Arbeitsfeld sehr vielfältig ist. Offenkundig hat der ÖGD ein Imageproblem und wird eher als Behörde, denn als Institution der wohnortnahen Gesundheitsversorgung angesehen.

3. Eine Niederlassung in der fachärztlichen Versorgung ist deutlich attraktiver als in der hausärztlichen Versorgung.

Die Einkommensvorstellungen der Studenten wurden für drei Karrierewege differenziert abgefragt. Demnach halten die Studenten im arithmetischen Mittel 4353 EUR netto pro Monat für angestellte Ärzte mit fünf Jahren Berufserfahrung für angemessen. Für Niedergelassene wird dagegen ein um rund tausend Euro höheres Einkommen angesetzt; hierfür dürfte das den Niedergelassenen zugeschriebene höhere berufliche Risiko ursächlich sein. Niedergelassene Ärzte in der Stadt sollten 5458 EUR verdienen und niedergelassene Ärzte auf dem Land 5390 EUR. Mit dieser Stadt-Land-Differenzierung prüften wir die Überlegung, dass für Landärzte möglicherweise ein höheres

Gehalt als angemessen angesehen wird, weil hier ein möglicher Verdienstausschlag des Partners bei antizipierten ungünstigen Arbeitsmärkten für Akademiker in ländlichen Regionen kompensiert werden muss. Diese Überlegung wird durch die Daten jedoch nicht gestützt. Landärzte sollen nach Meinung der Medizinstudenten nicht mehr verdienen als ihre Kollegen in der Stadt, aber doch wenigstens genau so viel – ob dies unter den gegenwärtigen Umständen auch realisierbar ist, wird ausweislich der offenen Kommentare zu diesem Thema von vielen bezweifelt.

Die Position im Studienverlauf hat keinen Einfluss auf die Einkommenserwartungen, das heißt zwischen Studienanfängern und Studenten im PJ bestehen bei dieser Frage keine signifikanten Unterschiede. Einen sehr deutlichen Effekt hat dagegen das Geschlecht. Frauen sind in ihren Einkommensvorstellungen mit deutlich weniger Einkommen zufrieden. Die Unterschiede in den Mittelwerten bei den als angemessen angesehenen Einkommen liegen für einen angestellten Arzt bei nahezu 500 EUR (Frauen = 4170 EUR, Männer 4617 EUR) und für die niedergelassenen Ärzte bei jeweils rund 1000 EUR (Niedergelassen in der Stadt/Land: Frauen = 5032 EUR/5017 EUR; Männer = 6080 EUR/5927 EUR). Diese Unterschiede können zum Teil die Präferenzen für bestimmte Facharzttrichtungen (**Tab. 1**) erklären: Männer wählen eher Fächer, die ein höheres Einkommen erwarten lassen [29].

Wo arbeiten? Attraktivität von Regionen und Orten

Auch wenn die Ärztedichte in Deutschland insgesamt hoch ist, gibt es aber bereits jetzt Regionen, die große Probleme haben, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen. Dies betrifft hauptsächlich strukturschwache ländliche Regionen in Ost- und Westdeutschland. Nach den Daten aus **Tab. 4** zur Attraktivität der Bundesländer als Arbeitsort wird dieser Trend anhalten. An der Spitze der Beliebtheit stehen Berlin, Hamburg sowie Süddeutschland und Nordrhein-Westfalen. Die mittlere Gruppe bilden die restlichen westdeutschen Flächenstaaten und Bremen. In der Schlussgruppe finden sich Ost-

Tab. 5 Orte, die für Medizinstudenten nicht als Arbeitsort infrage kommen

Wenn Sie Ihren späteren Arbeitsort völlig frei wählen könnten: Gibt es Orte, in denen Sie auf keinen Fall arbeiten wollen? (n = 10.604)	
Nein, alle Ortsgrößen kommen infrage	33,3%
Ja, und zwar in Orten ... (Mehrfachnennungen sind möglich)	
– mit weniger als 2000 Einwohnern	54,3%
– mit 2000 bis 5000 Einwohnern	46,0%
– mit 5000 bis 10.000 Einwohnern	36,4%
– mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern	21,5%
– mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern	11,3%
– mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern	8,0%
– mit mehr als 500.000 Einwohnern	16,2%

deutschland und das Saarland wieder. Dabei ist zu berücksichtigen, dass innerhalb der Länder einzelne Regionen wiederum sehr unterschiedlich bewertet werden. Die Pilotstudie in Rheinland-Pfalz hat gezeigt, dass in diesem Bundesland die Landeshauptstadt Mainz und das Umland sehr beliebt sind, 46% der Medizinstudenten können sich vorstellen, dort zu arbeiten. Weniger beliebt ist die Pfalz (29%), mit deutlichem Abstand folgen die Region Mosel-Saar (21%), die Eifel (18%) und als Schlusslicht der Westerwald (14%) [22]. Attraktiver sind also urbanisierte Regionen und solche, die als landschaftlich reizvoll gelten – etwa die Flussregionen an Rhein und Mosel –, während rurale Gebiete mit kleinteiliger, dörflicher Siedlungsstruktur wenig anziehend sind. Dies zeigt sich in beiden Befragungen auch bei der Frage nach Orten, die als Arbeitsort ausdrücklich nicht infrage kommen, also nach expliziten „No-go-Areas“: Je kleiner ein Ort ist, desto weniger Studenten wollen später dort leben und arbeiten (■ Tab. 5).

■ Tab. 4 zeigt zudem die Anteile derjenigen, die sich vorstellen können, in einem bestimmten Bundesland als Allgemeinmediziner zu arbeiten (3. Spalte). Dabei bedeuten diese Werte (etwa 4,7% für Sachsen-Anhalt) nicht, dass dieser Anteil unbedingt und ausschließlich Allgemeinmediziner im jeweiligen Bundesland werden will. Vielmehr bedeutet die Zahl, dass diese Studenten eine solche Tätigkeit nicht von vornherein ausschließen. Alle Befragten haben aber auch noch andere Optionen. Werden nun noch die Einschränkungen bei der Größe des Arbeitsortes eingerechnet, lässt sich das Potenzial für eine landärztliche Tätigkeit schät-

zen (■ Tab. 4, 4. Spalte). Die Anteilswerte zeigen, wie viele Studenten erwägen, im jeweiligen Bundesland als Allgemeinmediziner in einem Ort mit weniger als 10.000 Einwohnern zu arbeiten. Generell gilt hier: Dies ist nur für eine kleine Minderheit von 10% der Studenten eine Option. Dabei – und dies ist dann auch einmal eine gute Nachricht – gibt es durchaus auch Studenten, die sogar gerne aufs Land gingen (wenn denn die Rahmenbedingungen akzeptabel sind). Wir zitieren typische Kommentare:

- „Hausärzte auf dem Land sind so wichtig ... sie sind mehr als einfach nur Ärzte.“
- „Die ländlichen Gegenden Deutschlands sind optimal, um dort Kinder großzuziehen und eine Familie zu haben. Es ist sehr schade, dass sie zurzeit so wenig attraktiv sind, um sich dort mit einer Praxis niederzulassen, weil die finanzielle Vergütung so schlecht ist.“
- „Ich würde es als meinen größten Wunsch ansehen, als niedergelassene Ärztin auf dem Land zu arbeiten und dennoch meiner Familie ebenfalls genug Zeit widmen zu können (Gemeinschaftspraxis, Teilzeitmöglichkeit, mütterfreundliche Angebote).“
- „Es sollte Ärzten, die sich in den ländlichen Regionen niederlassen, der Weg geebnet werden; durch Entbürokratisierung, weniger finanzielle Risiken, Praxis-Räumlichkeiten und Inventar könnten gestellt werden, gerechte und angemessene Entlohnung.“
- „Ich könnte mir durchaus die Arbeit in einem ländlichen Gebiet vorstellen, ich habe auch schon eine Hausarzt-

Famulatur in einem 1000 Seelen-Dorf fernab von jedem Krankenhaus gemacht, die mir sehr gut gefallen hat.“

Lassen sich diese landarztaffinen Studenten genauer beschreiben? Das Geschlecht spielt keine Rolle, Männer und Frauen unterscheiden sich hier nicht. Die Bereitschaft zu einer Niederlassung auf dem Land bleibt zudem auch im Studienverlauf konstant. Erwartungsgemäß hat jedoch die Herkunft einen wichtigen Einfluss: Es sind insbesondere Studenten aus ländlichen Regionen und aus den süd- und ostdeutschen Flächenstaaten, die einer Niederlassung auf dem Land positiv gegenüberstehen. So würden 76,2% der Studenten, die aus einem Ort mit weniger als 5000 Einwohnern stammen, in einem solchen als Arzt arbeiten. Von den Studenten, die aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern stammen, sind es dagegen nur 39,9%. Damit bestätigen sich die Erfahrungen aus dem Ausland, wonach vor allem ländlich sozialisierte Studenten für eine Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen sind [10, 14]. Ansonsten müssen wir aber nach den statistischen Analysen feststellen: Die Profile der landarztaffinen und der landarztaversen Studenten unterscheiden sich kaum: In beiden Gruppen kommen anteilig gleich viele Studenten aus Medizinerfamilien vor, beiden ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehr wichtig, die Einkommenserwartungen sind ähnlich hoch. Gründe, die gegen eine Niederlassung sprechen (Kosten, finanzielle Risiken, Regressdrohungen, Bürokratie), haben für beide Gruppen nahezu die gleiche Bedeutung. Ähnlich sieht es bei den Unterstützungsangeboten für eine Niederlassung aus – mit zwei Ausnahmen: Für die an einer Niederlassung im ländlichen Raum interessierten Studenten sind erwartungsgemäß Hilfsangebote zur Etablierung einer Arztfamilie in einem solchen von größerer Bedeutung. Noch wichtiger ist aus unserer Sicht aber der Umstand, dass von den landarztaversen Studenten rund 32% als Grund gegen eine Niederlassung eine starke Routinisierung der Tätigkeit anführen („Enges Behandlungsspektrum, Gefahr der Routinisierung von Diagnose und Therapie, geringer fachlicher Austausch mit Kollegen, wenig Therapiefreiheit bei der Behand-

Tab. 6 Rekrutierungsmatrix

Stammt aus ... %	Kommt als Arbeitsort infrage % (n = 9363)															
	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
BW	92	60	37	12	19	41	31	14	20	33	31	17	12	9	20	12
BY	52	94	30	12	15	37	21	13	19	24	19	13	11	8	19	14
BE	37	35	96	35	25	52	20	30	28	32	21	13	21	13	32	19
BB	24	23	55	74	22	44	18	46	33	24	16	12	35	23	34	23
HB	36	34	58	14	88	72	16	14	65	52	27	13	6	4	40	10
HH	34	34	47	13	32	99	17	19	49	31	20	15	12	8	53	12
HE	57	52	41	15	27	50	91	19	40	45	45	21	15	11	32	18
MV	24	23	44	32	26	52	17	83	46	25	18	9	25	15	56	25
NI	41	39	40	14	47	69	31	22	91	47	27	16	14	12	43	13
NW	43	42	40	13	29	53	29	16	39	95	35	17	12	9	30	13
RP	64	54	36	15	19	44	49	16	26	51	88	21	13	10	22	15
SL	62	51	35	8	13	41	35	7	20	48	50	67	7	7	20	11
SN	34	37	35	20	15	32	19	25	25	21	19	11	86	24	21	43
ST	30	27	47	37	20	43	23	34	43	25	19	10	47	70	29	39
SH	30	28	36	9	34	71	19	22	52	30	17	9	10	7	95	6
TH	38	41	35	22	17	34	32	31	32	24	24	15	45	29	24	82

Abkürzungserläuterungen siehe [Tab. 4](#).

lung“), während dies bei den landarzttaf-
finen Befragten nur 18% so sehen. Dieser
Unterschied verweist auf ein Imageprob-
lem des Hausarztberufes bei vielen Stu-
denten, das sich auch in den Kommen-
taren spiegelt. Die Tätigkeit gilt als wenig
anspruchsvoll und abwechslungsreich,
man fürchtet, nur ältere Patienten mit
einem eingeschränkten und überschaub-
baren Krankheitsspektrum zu behandeln,
während die interessanten Fälle von Fach-
ärzten und Krankenhäusern betreut wer-
den. Man fürchtet weiter die fachliche Iso-
lierung. Dies bestätigt die Ergebnisse der
qualitativen Interviews von Niehus et al.
zum Image der Allgemeinmedizin unter
den Medizinstudenten [19]. Dabei dürf-
ten sich private und berufliche Motive
mischen: Andere Ärzte als Mitglieder des
gleichen sozialen Milieus sind für einen
Freundes- und Bekanntenkreis attrakti-
ver als die anderen sozialen Schichten ent-
stammende und alteingesessene Landbe-
völkerung.

Zusammenfassend lässt sich somit zu-
gespitzt formulieren: Für eine Tätigkeit
als Landarzt interessieren sich primär
heimatverbundene Studenten, die selbst
auf dem Land groß geworden und des-
halb mit dem Landleben und ländlichen
Strukturen vertraut sind und die mit der
Tätigkeit als Hausarzt keine routinisierte
und anspruchlose „Barfußmedizin“ as-
soziieren.

Was können nun die Länder tun?
Eine Möglichkeit besteht darin, die eigen-
en medizinischen Fakultäten zu stärken:
So würden 62,0% der Studenten, die in
Sachsen studiert haben, auch dort arbei-
ten, aber nur 21,4% der Studenten, die an-
dernorts studiert haben. Erwartungsgem-
äß wirkt dieser Effekt bei Landeskin-
dern stärker als bei Nichtlandeskinder-
n: 78,5% der Landeskin-
der, die in Sachsen
studiert haben, würden auch dort arbei-
ten, aber nur 49,1% der Nichtlandeskinder.
Hilfreich für die Länder ist dabei der
Trend zum heimatnahen Studium: So
studieren 48,1% aller Befragten in ihrem
Heimatbundesland. Daraus folgt, dass
Länder, die einen Ärztemangel befürch-
ten, vordringlich Landeskin-
der ausbil-
den sollten. Aus anderen Ländern kön-
nen Ärzte vor allem dann gewonnen wer-
den, wenn sie bereits das Studium im je-
weiligen Land absolviert haben.

Eine Rekrutierung aus anderen Län-
dern nach dem Studium ist dagegen nur
für wenige Bundesländer eine Erfolg ver-
sprechende Strategie, wie die Rekrutie-
rungsmatrix in [Tab. 6](#) zeigt. Am Bei-
spiel von Brandenburg (BB) kann dies
veranschaulicht werden: Die Spalte „BB“
zeigt, für wie viele Studenten aus den je-
weiligen Bundesländern Brandenburg als
Arbeitsort infrage kommt. Demnach ist
Brandenburg vor allem für Brandenbur-
ger interessant. Im Umkehrschluss gilt: Je

weiter das jeweilige Heimatbundesland
von Brandenburg entfernt ist, desto un-
attraktiver ist Brandenburg für die Be-
treffenden. Somit ist die Rekrutierung in
anderen Bundesländern eher schwierig.
Brandenburg ist offenkundig nur für Ost-
deutsche attraktiv – was mehr oder we-
niger auch für die anderen ostdeutschen
Länder gilt – Studenten aus Westdeutsch-
land möchten dort nicht arbeiten.

Die am Beispiel gezeigten Trends gel-
ten mehr oder weniger auch für die ande-
ren Länder: Erstens ist das Heimatbundes-
land jeweils das attraktivste Land für eine
spätere Arbeitsstelle, was an den hohen
Werten in der Diagonalen der [Tab. 6](#)
abgelesen werden kann. Allerdings ist hier
auch zu sehen, dass Ostdeutschland und
das Saarland die niedrigsten Werte in der
Diagonalen ausweisen. Diese Bundeslän-
der haben offensichtlich einen geringeren
„Heimatbonus“ als die anderen Bundes-
länder. Zweitens gilt, dass ein Bundesland
umso unattraktiver ist, je weiter es vom
jeweiligen Heimatbundesland entfernt
ist. Eine Ausnahme von diesem Trend
sind die Stadtstaaten Berlin (Spalte „BE“)
und Hamburg (Spalte „HH“), die für Stu-
denten aller Bundesländer attraktiv sind.
Mit Abstrichen gilt dies auch für Bayern
(„BY“) und Baden-Württemberg („BW“).

Diskussion

Verglichen mit der aktuellen Struktur der deutschen Ärzteschaft sind einige Facharzttrichtungen zu beliebt (das heißt die potenzielle Nachfrage geht über den Bestand hinaus), andere sind dagegen zu wenig gefragt. Beliebt sind die Radiologie, Neurologie, Kindermedizin und Psychiatrie. Sehr unbeliebt ist die Allgemeinmedizin; hier ist zu diskutieren, ob Studenten der Inneren Medizin sowie Studenten, die an der fachlich verwandten Pädiatrie Interesse haben, auch für die Allgemeinmedizin motiviert werden können.

Nachwuchsprobleme betreffen voraussichtlich Regionen, die ohnehin strukturschwach sind. Eine Lösung kann darin bestehen, Landeskinder zu fördern und stärker zu umwerben, denn es gibt eine sehr deutliche Tendenz, heimatnah zu studieren und später auch heimatnah zu arbeiten. Dabei sind kleine Gemeinden als Lebens- und Arbeitsorte wiederum am attraktivsten für Studenten, die auf dem Land aufgewachsen sind und aus solchen Gemeinden stammen. Hingegen sind Studenten aus Großstädten kaum für eine Tätigkeit in der Fläche zu begeistern.

Die Probleme bei der Rekrutierung des ärztlichen Nachwuchses sind nicht allein mit einer höheren Vergütung zu lösen. Vielmehr bedarf es flankierender Maßnahmen, die den Vorstellungen der Studenten Rechnung tragen: Generell ist eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten oder stationären Versorgung für fast alle Befragten eine attraktive Option, eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung favorisieren vor allem die Frauen. Dabei spielen auch Wünsche nach Teilzeittätigkeit und geregelter Arbeitszeit eine zentrale Rolle, die einem sich gewandelten Berufsrollenbild, der größeren Bedeutung von Freizeit, dem ausgeprägten Kinderwunsch und der Vereinbarkeit von Arbeit und Beruf geschuldet sind. Unabhängig davon, ob die Studenten eine Niederlassung erwägen oder als angestellte Ärzte arbeiten wollen: Die Einbindung in ein Team von Kollegen ist ein höchst wichtiger Faktor. Die klassische Einzelpraxis hat deutlich an Attraktivität eingebüßt.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Heinz

Fachbereich IV, Soziologie, Universität Trier
54286 Trier
heinzan@uni-trier.de

Danksagungen. Wir bedanken uns herzlich für die Unterstützung dieser Studie bei den Mitarbeitern des MFT, der KBV und der KV RLP. Zudem gilt unser Dank Jean Décieux für die Programmierung der Online-Befragung.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztahlentwicklung. Berlin
2. Schmacke N (2006) Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. GGW 6:18–25
3. Adler G, Knesebeck JH von dem (2011) Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:228–237
4. Klose J, Uhlemann T, Gutschmidt S (2003) Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. WIdO, Bonn
5. Statistisches Bundesamt (2010) Bildung und Kultur – Studierende an Hochschulen. Wiesbaden
6. Bundesärztekammer (2010) Ärztestatistik. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf>
7. Statistisches Bundesamt (2011) Bevölkerungsforschung 2009. Wiesbaden
8. Statistisches Bundesamt (2010) Prüfungen an Hochschulen 2009. Wiesbaden
9. Statistisches Bundesamt (2009) Bildung und Kultur – Studierende an Hochschulen (Vorbericht). Wiesbaden
10. Curran V, Rourke J (2004) The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Med Teach 26:265–272
11. Henderson E, Berlin A, Fuller J (2002) Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. Br J Gen Pract 52:359–363
12. Jordan J, Brown JB, Russel G (2003) Choosing family medicine: What influences medical students? Can Fam Physician 49:1131–1137
13. Kasperki JM (2001) Where have all the family doctors gone? A discussion document. <http://www.ocfp.on.ca/docs/public-policy-documents/where-have-all-the-family-doctors-gone-a-discussion-document.pdf>
14. Keck AE, Culbertson RA (2004) Influencers on physician choice to practice in rural areas. <http://www.dhh.louisiana.gov/offices/miscdocs/docs-88/Taskforce/DHH%20Rural%20Health%20Lit%20Review%20Final.doc>
15. Sanfey HA, Saalwachter-Schulman AR, Nyhof-Young JM et al (2006) Influences on medical student career choice: gender or generation? Arch Surg 141:1086–1094
16. Vanasse A, Orzanco MG, Courteau J, Scott S (2011) Attractiveness of family medicine for medical students: influence of research and debt. Can Fam Physician 57:216–227

17. Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis F (2004) Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. CMAJ 170:1920–1924
18. Kiollbassa K, Miksch A, Herrmann K et al (2011) Becoming a general practitioner – Which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Fam Pract 12:1–7
19. Niehus H, Berger B, Stamer M, Schmacke N (2008) Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte. <http://www.agn.uni-bremen.de/pages/download.php?ID=6&SPRACHE=de&TABLE=AP&TYPE=PDF>
20. Osenberg D, Huenges B, Klock M et al (2010) Wer wird denn noch Chirurg? Zukunftspläne der Nachwuchsmediziner an deutschen Universitäten. http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=CF62CE-AEA4042041C12577450033EFFD&form=Dokumente
21. Richter-Kuhlman E (2009) Optimistischer in die Zukunft. Dtsch Arztebl 106:2136–2137
22. Siegert M, Leidinger E, Pitzius O et al (2010) Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz. http://www.kv-rlp.de/no_cache/info-center/info-center/versorgungsforschung.html?cid=7073&did=2165&sechash=9a258767
23. Statistisches Bundesamt (2011) Bildung und Kultur: Studierende an Hochschulen. Wiesbaden
24. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2010) Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009. Bonn
25. Reeg J, Herrmann M, Lichte E (2006) Das Initiativprogramm „Allgemeinmedizin“ der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49:364–369
26. Bundesärztekammer (2011) 114. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. Berlin
27. Borchelt M, Kolb G, Lübke N et al (2004) Abgrenzungskriterien der Geriatrie. http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf
28. GEK (2010) BARMER GEK Arztreport. Schwäbisch Gmünd
29. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011) Arztabrechnung/Honorar. <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003761431>