

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



BERUFSMONITORING MEDIZINSTUDIERENDE 2018

INHALT

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	1
Stellungnahme des Medizinischen Fakultätentages	2
Stellungnahme der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.....	3

Bericht der Universität Trier: Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 **Ergebnisse einer bundesweiten Befragung**

Vorwort zur dritten Welle des Berufsmonitorings Medizinstudierende	6
Versorgungsforschung als interdisziplinäres Projekt: Die Perspektive der Universität Trier	6
Versorgungsforschung im Dienst der Sicherstellung: Die Perspektive der KBV	8
1 Ausgangslage und Problemstellung	9
2 Berufsmonitoring	12
3 Die Befragung – Methodik, Feldarbeit und Datenanalyse	15
4 Ergebnisse	19
4.1 Strukturdaten.....	19
4.2 Studium	25
4.3 Vorerfahrungen im medizinischen Bereich.....	26
4.4 Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit	27
4.5 Einkommenserwartungen	31
4.6 Beruf – Arbeitszeit – Familie	36
4.7 Facharztweiterbildung	38
4.8 Arbeitgeber und Niederlassung.....	53
4.9 Niederlassung: Potential und Niederlassungsbremsen	57
4.10 Tätigkeit im Krankenhaus.....	63
4.11 Arbeitsorte und Regionen.....	69
4.12 Versorgungsformen und Versorgungsmodelle: Der Informationsstand der künftigen Ärzte	85
4.13 Digitalisierung: Hoffnungen und Befürchtungen	88
4.14 Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen	91
4.15 Führung und Hierarchien	94
5 Fazit der Universität Trier: Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen	97
6 Anhang: Fragebogen	101

BERUFSMONITORING 2018

STELLUNGNAHMEN DER KBV, DES MFT UND DER BVMD

STELLUNGNAHME DER KBV

Zum dritten Mal seit 2010 wurde im Jahr 2018 eine bundesweite online-Befragung der Medizinstudierenden im Auftrag der KBV durchgeführt – warum?

TECHNISCHER FORTSCHRITT UND DEMOGRAPHISCHER WANDEL

Technischer Fortschritt und demographischer Wandel bedingen ständige Anpassungen und Adjustierungen der ärztlichen Versorgung. Der alternden Gesellschaft wird ein erhöhter Versorgungsbedarf prognostiziert und gleichzeitig erreichen in den kommenden Jahren – wie in anderen Berufsgruppen auch – eine größere Anzahl von Ärztinnen und Ärzten die Altersgrenzen. Parallel dazu muss die Organisation der ambulanten Versorgung auf den regionalen Strukturwandel reagieren und Lösungen für strukturschwache Regionen entwickeln. Betroffen ist dabei nicht nur „das Land“, sondern auch strukturschwache Regionen in Ballungsgebieten. Gleichzeitig ändern sich die Erwartungen und Einstellungen künftiger Ärztinnen und Ärzte.

PERSPEKTIVE DER STUDIERENDEN

Vor diesem Hintergrund sollen aus Sicht der KBV frühzeitig Faktoren identifiziert werden, die eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereich fördern oder hemmen. Es ist deshalb essenziell, die Perspektiven der Generation, die die Versorgung in den nächsten Jahrzehnten sicherstellen wird, nicht nur zu kennen und auf deren Erwartungen so weit möglich einzugehen, sondern auch mögliche Fehlentwicklungen zu erkennen. Ziel ist dabei immer die angemessene Versorgung der Bevölkerung durch Ärztinnen und Ärzte, deren Berufszufriedenheit einer der Garantien für die Qualität der Versorgung ist.

TRENDS

Die Befragungsergebnisse bilden ab, wie, wo und was angehende Ärzte und Ärztinnen arbeiten möchten. Für den ambulanten Bereich zeigt sich ein Trend zur angestellten Tätigkeit vorwiegend in Gemeinschaftspraxen/MVZ und zwar vorwiegend im Bereich der Heimatregion.

Unabhängig vom angestrebten Tätigkeitsort oder einer Fachgruppenwahl ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf einer der wichtigsten Aspekte für angehende Ärztinnen und Ärzte. Daraus leiten sich die Haltungen zu Arbeitsumfängen, Belastung durch ökonomischen Druck oder nicht-ärztliche Tätigkeiten ab. Weiterer wichtiger Aspekt ist, sich auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren zu können. Die Befürwortung einer intensiveren interprofessionellen Zusammenarbeit ist seit 2014 angestiegen.

PERSPEKTIVEN

Eine Konstante in allen Befragungen ist, dass der überwiegende Anteil der Studierenden in der Patientenversorgung arbeiten will (2018/Frage 10). Grund genug also, das gesamte Spektrum der Patientenversorgung im Studium abzubilden. Dass dies nach wie vor nicht der Fall ist, machen spätestens und erneut die Befragungsergebnisse 2018 deutlich (Tabellen 55 - 57): Die Studierenden fühlen sich mehrheitlich über die Anforderungen und Arbeitsbedingungen der ambulanten Versorgung nicht gut informiert, der eingeschätzte Informationslevel ist gegenüber 2014 nochmal gesunken.



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Dies ist wenig überraschend, weil sich die Rahmenbedingungen des Studiums – Universitätskrankenhaus oder akademisches Lehrkrankenhaus – seitdem nicht grundlegend und bundesweit verändert haben.

Die Befragung bildet Trends ab, kann aber naturgemäß keine Begründungen für diese Trends liefern. Die Interpretationen unterscheiden sich nach der jeweiligen Perspektive auf die ärztliche Tätigkeit. Fraglich bleibt, ob es sich bei dem zurückhaltenden Interesse für die ambulante Versorgung um ein „Imageproblem“ handelt oder darum, dass dieser Versorgungsbereich im Studium nicht adäquat vorkommt.

Dabei geht es nicht nur darum, Studierende mit späteren Berufsfeldern vertraut zu machen. Die Kenntnis über ambulante Versorgungsstrukturen, die idealerweise durch eigene Anschauung schon im Studium erworben werden sollte, ist unabhängig vom angestrebten späteren Tätigkeitsort und angesichts einer intensivierten Kooperation der Sektoren Voraussetzung für eine gelingende integrierte Versorgung.

Erfreulich ist, dass sich die Diskussion über die Einbeziehung der ambulanten Versorgung in das Studium intensiviert hat. Daneben sind seitdem einige regionale Initiativen entstanden, die die vertragsärztliche Versorgung einbeziehen und damit ein fachliches und strukturelles Verständnis vermitteln, auch wenn eine bundesweite Umsetzung mit dem Masterplan Medizinstudium auf sich warten lässt.

Die dritte bundesweite Befragung Medizinstudierender der Universität Trier im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde erneut in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung Medizinstudierender (bvmd) sowie mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) durchgeführt. Die Kooperation umfasst die Erarbeitung des Fragenkatalogs sowie die Begleitung der Umsetzung der Befragung.

Zu den Ergebnissen des Berufsmonitoring 2018 in Form des Berichts der Universität Trier nehmen die Partner in eigenen Statements Stellung.



medizinischer
fakultätentag

STELLUNGNAHME DES MFT

Der Medizinische Fakultätentag ist der Dachverband der Medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätten Deutschlands. Sie verantworten in über 70 verschiedenen Studiengängen die Ausbildung von rund 93.000 Studierenden der Human- und Zahnmedizin sowie der Gesundheitswissenschaften. Gemeinsam mit dem Verband der Universitätsklinik (VUD) vertritt der MFT die Deutsche Hochschulmedizin.

BERUFSMONITORING ZEIGT PERSPEKTIVEN FÜR DAS MEDIZINSTUDIUM UND DEN ARZTBERUF

Das inzwischen dritte bundesweite Berufsmonitoring zeigt, dass Medizinstudierende konkrete Vorstellungen von ihrem künftigen Beruf als Ärztin bzw. als Arzt haben. Es zeigt auch, wie sich diese Vorstellungen innerhalb der letzten Jahre gewandelt haben. Diese Informationen sind hilfreich für die zeitgemäße Ausgestaltung des Arztberufs sowie die damit einhergehende Weiterentwicklung des Medizinstudiums. Denn dank der Ergebnisse der Studie lassen sich Trends frühzeitig erfassen und nutzen.

WISSENSCHAFTLICH UND PRAXISNAH

Geht man auf diese Trends ein, ist allerdings weiterhin dem „Dualismus des Medizinstudiums“ Rechnung zu tragen: Die medizinische Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt wird entsprechend der Approbationsordnung auf wissenschaftlicher Grundlage praxis- und patientenbezogen durchgeführt. Einerseits gilt die Herausforderung, dass das Medizinstudium aufgrund der hohen ärztlichen Verantwortung eine wissenschaftliche Ausbildung sein muss. Andererseits besteht der Anspruch, das Studium praxisnah zu gestalten, damit angehende Ärztinnen und Ärzte optimal vorbereitet in die fachärztliche Weiterbildung gehen können. Eine moderne wissenschaftliche Medizinausbildung muss im Dreiklang von Lehre, Forschung und Krankenversorgung erfolgen.

So wird im Berufsmonitor beispielsweise deutlich, dass die Anstrengungen der Medizinischen Fakultäten, die Allgemeinmedizin zu stärken, nun Früchte tragen. Es wurden flächendeckend Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet, zusätzliche Schwerpunktsetzungen in der Allgemeinmedizin ermöglicht und Netzwerke mit ambulanten Lehrpraxen aufgebaut. Wie jedoch das laut Studie sinkende Interesse an den operativen Fächern zeigt, müssen auch die anderen medizinischen Fächer im Fokus bleiben.

INTERESSE AN AMBULANTER HAUS-ÄRZTLICHER VERSORGUNG GESTIEGEN

Erfreulicherweise ist das Interesse der Studierenden für die ambulante hausärztliche Versorgung mittlerweile deutlich gestiegen. Allerdings genügt dies allein nicht, um die ärztliche Versorgung in unterversorgten Regionen nachhaltig zu sichern. Hierfür bedarf es umfassender, übergreifender struktureller Reformen und gezielter Anreizmechanismen, damit eine ärztliche Tätigkeit in diesen Regionen wieder attraktiv wird. Das Medizinstudium kann für die Lösung dieser Strukturprobleme nur einen kleinen Beitrag leisten.

Wie die Studie zeigt, legen angehende Ärztinnen und Ärzte neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durchaus Wert auf eine Niederlassung in eher urbanen Regionen. Dies sind letztlich jedoch individuelle Lebensentscheidungen, die vom Staat oder den Universitäten nicht dirigiert werden dürfen.

Studierende wünschen sich außerdem ein teamorientiertes Arbeitsumfeld mit kooperativ-partizipativen Führungskulturen. Entsprechend ist es wichtig, das Erlernen der Arbeit im interprofessionellen Teams bereits frühzeitig im Curriculum zu verankern. Die Medizinischen Fakultäten sehen diese Entwicklung positiv und setzen verstärkt auf interprofessionelle Veranstaltungen. Hierfür gibt es bereits sehr gute, meist im Rahmen von Forschungsprojekten und von Stiftungen gemeinsam mit den Studierenden erprobte Konzepte. Diese sollten künftig zur Regel gemacht und nachhaltig finanziert werden. So fordert es auch der Masterplan Medizinstudium 2020.

NACHHOLBEDARF IM BEREICH DIGITALISIERUNG

Die Studie hat ferner gezeigt, dass sich Studierende hinsichtlich der Digitalisierung der medizinischen Versorgung bisher wenig auf die Zukunft vorbereitet fühlen. Der Medizinische Fakultätentag hat bereits bei der Veröffentlichung des Masterplans Medizinstudium 2020 darauf hingewiesen, dass das Thema Digitalisierung im Masterplan von der Politik bedauerlicherweise keine Beachtung gefunden hat. Umso wichtiger ist es daher, dass das Thema nun bei der gemeinsamen Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin durch die Fakultäten, Fachgesellschaften und Studierenden in Bezug auf alle Rollen, die eine Ärztin und ein Arzt zukünftig einnehmen werden, berücksichtigt wird.

ÜBER DIE BVMD:

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) ist die legitimierte Vertretung der mehr als 90.000 Medizinstudierenden in Deutschland. Sie ist der Zusammenschluss der Studierendenvertretungen der bundesweit 38 medizinischen Fakultäten und Fachbereiche.



STELLUNGNAHME DER BVMD

Das Berufsmonitoring zeigt, dass ein Paradigmenwechsel im Bereich der Lehr- und Arbeitsbedingungen für eine flexiblere Arbeitsgestaltung und offenere Lehr- und Arbeitskultur vor allem im stationären Sektor nötig ist. Ein Wechsel, der erfreulicherweise teilweise bereits im ambulanten Sektor vollzogen wird, wobei auch hier noch integrierende, digitale und interprofessionelle Versorgungsmodelle eingeführt werden müssen. Es ist klar erkennbar, dass das Praktische Jahr (PJ) ein Schlüsselmoment im Werdegang der Medizinstudierenden darstellt. Unter diesem Aspekt ist nicht zu verstehen, weshalb gerade diese Phase des Studiums so sehr vernachlässigt wird. Für eine Verbesserung der Bedingungen im PJ waren bereits im Januar 2019 zahlreiche Medizinstudierende auf den Straßen und über hunderttausend Personen unterzeichneten eine Petition an die Verantwortlichen mit den entsprechenden Positionen zur Verbesserung des PJ.

AMBULANTE MEDIZIN VS. KLINIK

Die ambulante Medizin gewinnt für zukünftige Kolleginnen und Kollegen an Attraktivität. Gründe hierfür könnten sein, dass die Klinik als langfristige Option aufgrund des hohen ökonomischen Drucks und der hohen Arbeitsbelastung unattraktiver wird. Diesbezüglich geben 67,9% der Studierenden an, dass starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten gegen die Tätigkeit in der Klinik spricht. Ebenfalls benennen 78,2% der Medizinstudierenden als weiteren Grund eine zu hohe Arbeitsbelastung. Bereits während des Medizinstudiums erleben Medizinstudierende, wie die ökonomischen Rahmenbedingungen die Versorgung beein-

flussen. Dies führt zur Unzufriedenheit auf der Seite der jungen Kolleginnen und Kollegen und wird somit auch während des Studiums präsent.

Andererseits ist ein möglicher weiterer Grund für die Attraktivitätssteigerung der ambulanten Medizin, dass bereits heutzutage flexiblere Arbeitsmodelle im ambulanten Sektor existieren und weitergedacht werden. Offen bleibt, dass wir im ambulanten Sektor im konstruktiven Dialog Lösungen finden müssen, wie versorgungsrelevante Einzelpraxen ohne interessierte Nachfolger in zukunftsfähige Versorgungsmodelle integriert werden können. Hier müssen alte Strukturen überdacht und in kommunalen, berufsübergreifenden oder digitalen Konzepten die Versorgung neu entwickelt werden.

Wie schon in den Jahren zuvor bestätigen die aktuellen Ergebnisse die Position der bvmd, dass sich die Arbeitsbedingungen und Strukturen in den kommenden Jahren weiter verändern müssen. Daher fordert die bvmd seit Jahren, dass in der Versorgung flexible Modelle wie beispielsweise Kinderbetreuungen und Teilzeitkonzepte zu allen Karrierezeitpunkten implementiert werden. Neben den Rahmenbedingungen muss sich auch die Haltung und der Respekt gegenüber den Vorstellungen der jungen Generation ändern. Essentiell ist es, in den Generationenaustausch zu treten und von beiden Seiten kontinuierlich den Dialog für Verbesserungen zu suchen.

ALLGEMEINMEDIZIN UND CHIRURGIE

Die erfreuliche Trendwende im Interesse an der Allgemeinmedizin zeigt, dass

sich das Engagement und die Bereitschaft zu strukturellen Verbesserungen in der Versorgung und Lehre lohnt und zu sichtbaren Erfolgen führt. Eines der zentralen Themen des "Masterplans Medizinstudium 2020", die Stärkung der Allgemeinmedizin, ist bereits vor dessen Umsetzung weiter fortgeschritten. In der Weiterentwicklung des Medizinstudiums müssen dementsprechend zukünftig aktuellere Punkte, wie z.B die Interprofessionalität oder die digitale Medizin fokussiert und jederzeit genug Freiraum für Innovationen geschaffen werden.

Der sich fortsetzende Negativtrend der Chirurgie verdeutlicht die Notwendigkeit eines Umdenkens im chirurgisch-operativen stationären Sektor. Vor allem die Arbeits- und Lehrbedingungen scheinen ausschlaggebend zu sein und gehören geändert, um den Attraktivitätsverlust abzupuffern. Dieser unterstreicht die Bedeutung guter Lehre im letzten Studienabschnitt. Der massive Interessesverlust an der Chirurgie zeigt, dass die politisch gelebte Praxis der quantitativen Aufwertung von Fachgebieten im Medizinstudium kein Erfolgsgarant für eine Ausweitung der ärztlichen Versorgung darstellt. Jede/r Medizinstudierende muss im PJ vier Monate Chirurgie absolvieren und trotzdem sinkt das Interesse. Hier wünschen sich die Studierenden eine zügige Verbesserung der strukturellen Bedingungen im Beruf und in der Lehre. Mittlerweile sind gute PJ-Lehrkonzepte partiell implementiert, innerhalb derer PJ-Studierende unter Supervision eigene Patienten betreuen und regelmäßig Feedback erhalten. Vermehrt gibt es Kliniken, die hierfür Ausbildungsstationen etablieren.

LÄNDLICHE VERSORGUNG UND ALLGEMEINMEDIZIN

Es ist erkennbar, dass die Allgemeinmedizin an Zuspruch gewonnen hat, ohne dass sich diese Entwicklung unmittelbar auf die ländliche Versorgung übertragen lässt. Aus Sicht der bvmd sollten diese beiden Bereiche zukünftig getrennt betrachtet und entsprechende, auch strukturelle Lösungen im Dialog entwickelt werden. Interprofessionelle Gesundheitszentren, Verbundlösungen oder telemedizinische Lösungen sind regional spezifisch anzupassen und zu etablieren. Um Medizinstudierende nicht unabsichtlich abzuschrecken, regt die bvmd einen positiveren, chancenorientierten öffentlichen Diskurs anstelle einer Betonung der Unattraktivität der ländlichen Primärversorgung an.

Für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung hat die bvmd umfassende Lösungsansätze erarbeitet und dargelegt. Folgende Punkte seien hervorgehoben:

► NEUFOKUSSIERUNG DER LANDÄRZTLICHEN ROLLE AUF GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND -ZENTREN

Um neue Gestaltungsspielräume zu eröffnen sowie eine gesundheitszentrierte Versorgung zu ermöglichen, sollte die Allgemeinmedizin künftig zusätzlich auf die Sicherstellung der Gesundheit in einer Region ausgerichtet sein. Dies umfasst sowohl die Koordination von Gesundheitsförderung als auch das „Management“ der Patient*innen im Gesundheitssystem. Strukturelle Vergütungsmodelle sollten diese Ausrichtung berücksichtigen. Für Patient*innen wird diese Ausrichtung in regionalen, interprofessionellen Gesundheitszentren greifbar, die Anlaufstelle für alle Fragen der Gesundheit (z.B. auch Ernährungsberatung, Physiotherapie, Koordination in der Region) sind.

► SCHAFFUNG VON FLEXIBLEN KARRIERE- UND ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN

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

► GETEILTE VERANTWORTUNG UND FACHLICHER AUSTAUSCH IN NETZWERKEN

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

► BERÜCKSICHTIGUNG ALTERNATIVER MOTIVATIONS- UND ENTLOHNUNGSMITTEL

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

► QUALITÄTSSICHERUNG UND NEUFOKUSSIERUNG DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN LEHRE

Da das Studium die spätere Berufswahl entscheidend mitprägt, sollte hier darauf geachtet werden, in allen Fächern Wertschätzung gegenüber der Primärversorgung zu vermitteln. In der Lehre der Allgemeinmedizin ist eine

stringente Qualitätssicherung sowie die Kooperation mit inspirierenden Lehrenden dringend notwendig. Inhaltlich fordert die bvmd eine stärkere Betonung von allgemeinmedizinischen Inhalten sowie eine vermehrte Vermittlung von Skills zur Niederlassung.

INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT

Der klare Wunsch, Aufgaben zu teilen, ist in den Befragungsergebnissen offensichtlich. Besonders der umfangreiche Einblick in den klinischen Alltag im PJ steigert die Bereitschaft und Forderung angehender Ärztinnen und Ärzte, eine bessere Aufgabenverteilung und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu erreichen. Daher muss die interprofessionelle Ausbildung bereits integraler Bestandteil des Medizinstudiums sein. Seit 2008 legt die bvmd ausführliche Vorschläge zur interprofessionellen Lehre und Zusammenarbeit im Alltag bis hin zu interprofessionellen Gesundheitscampus und Ausbildungsstationen vor. Der interprofessionelle Austausch muss über die Lehre hinaus auch im Alltag der Klinik und Praxis gelebt werden.

DIGITALISIERUNG

Als angehende Ärztinnen und Ärzte sehen wir das Potential der Digitalisierung, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Allgemeinen zu verbessern. Arbeitsablauf, Diagnostik und Therapie könnten verbessert werden und Patient*innen können sich individualisierter durch das Gesundheitswesen bewegen. Gleichzeitig werden aus unserer Generation klare Bedenken hinsichtlich der direkten Arzt-Patienten-Interaktion geäußert. Aus-, Fort- und Weiterbildung sind Schlüsselpunkte, um diese Herausforderung anzugehen, damit wir als angehende Ärztinnen und Ärzte in eine aktive und selbstgestaltende Rolle versetzt werden, selbstverantwortlich einen zielführenden Umgang mit aktuellen technologischen Lösungen zu entwickeln.

BERUFSMONITORING MEDIZINSTUDIERENDE 2018 ERGEBNISSE EINER BUNDESWEITEN BEFRAGUNG

BERICHT DER UNIVERSITÄT TRIER



Prof. Dr. Rüdiger Jacob, Universität Trier

Prof. Dr. Johannes Kopp, Universität Trier

Paula Fellingner, Universität Trier

VORWORT ZUR DRITTEN WELLE DES BERUFSMONITORINGS MEDIZINSTUDIERENDE

Wir freuen uns, dass das im Jahr 2009 gestartete Projekt zum Berufsmonitoring Medizinstudierende sich zu einem etablierten Instrument der Dauerbeobachtung entwickelt und einen festen Platz in der deutschen Versorgungsforschung eingenommen hat. Nach der im Jahr 2018 durchgeführten dritten bundesweiten Befragungswelle kann nunmehr von einer echten Längsschnittuntersuchung gesprochen werden, weitere Befragungen werden in einem Zeitabstand von jeweils 4 bis 5 Jahren folgen. Ergänzt werden die Ergebnisse dieses Berufsmonitoring zudem durch eine von KBV, den KVen der Länder und der Universität Trier ebenfalls bundesweit durchgeführte Befragung angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor aus dem Jahr 2017.

Die Befragungsergebnisse helfen allen Akteuren der Gesundheitsversorgung die beruflichen Vorstellungen der Studierenden besser einzuschätzen und entsprechende Weichenstellungen vorzunehmen. Die Ergebnisse liefern damit wertvolle Informationen zu im Gesundheitssystem ständig laufenden Reformprozessen.

Die Kooperation zwischen Universität Trier, KBV und MFT ist fest institutionalisiert und funktioniert ausgesprochen gut. Im Jahr 2014 hat sich auch die bvmd erstmals an dieser Kooperation beteiligt und sich für diese 3. Welle noch stärker engagiert – insbesondere bei der Entwicklung neuer Fragen und der Information der Zielgruppe im Vorfeld der Befragung.

An der Ausgangslage und der Problemstellung für die Befragung hat sich seit 2010 nichts geändert – ganz im Gegenteil haben sich die Rekrutierungsprobleme bei medizinischem Personal insbesondere in ländlichen Regionen weiter verschärft und betreffen in zunehmendem Maß auch die Pflege.

Der vorliegende Bericht stellt damit auch eine zwar hinsichtlich der empirischen Befunde und einiger neuer Schwerpunkte bei den Fragen aktualisierte, hinsichtlich der Problemstellung aber identische Neuauflage der beiden ersten Wellen dar.

Versorgungsforschung ist – wie schon die Anmerkungen zu den Kooperationspartnern gezeigt haben - stets eine interdisziplinäre Veranstaltung, die daraus resultierenden Berichte sind immer das Resultat der Arbeit einer Vielzahl von Personen. Dies gilt auch für diesen Forschungsbericht, der ohne die enge Kooperation zwischen dem Fachbereich IV/Soziologie der Universität Trier einerseits und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Gesundheitsamt Trier-Saarburg, dem MFT, der bvmd und fast allen medizinischen Fakultäten in Deutschland andererseits nicht möglich gewesen wäre. Deshalb ist es uns auch ein besonderes Anliegen, allen an diesem Projekt beteiligten Personen für Ihr Engagement und den fachlichen Input zu danken. Dies gilt insbesondere für Dr. Bernhard Gibis, Dr. Branko Trebar, Regina Reuschenberg, Friederike Rosenbaum, Jana Aulenkamp, Peter Jan Chabiera und Philipp Heroven.

Außerdem danken wir allen Medizinstudierende nochmals sehr herzlich für die Teilnahme an der Befragung und die zum Teil sehr ausführlichen und instruktiven Kommentare.

VERSORGUNGSFORSCHUNG ALS INTERDISZIPLINÄRES PROJEKT:

DIE PERSPEKTIVE DER UNIVERSITÄT TRIER

Eine immer wichtigere Aufgabe von Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen ist die Untersuchung zentraler gesellschaftlicher Probleme mit wissenschaftlichen, d.h. objektiven Methoden. Dabei ist eine grundlegende Unterscheidung die der Grundlagenforschung und der anwendungsbezogenen Forschung, in der es um konkrete Fragen geht – etwa darum, ob und wie die künftige ärztliche und pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann und mit welchen Schwierigkeiten hier zu rechnen ist. Die Auswahl dieser zu untersuchenden Probleme basiert natürlich auf Präferenzen, auf Einschätzungen von Relevanz und ist damit auch nicht objektivierbar, sondern letztlich normativ. Dabei orientiert sich die Forschung, die wir in Trier leisten, an dem von Karl Popper formulierten Ideal von Wissenschaft und Forschung: Wissenschaft soll einen Beitrag dazu leisten, die Lebensverhältnisse der sie tragenden und alimentierenden Gesellschaft insgesamt zu verbessern. Für Wissenschaft im Sinn von Popper gilt aber auch, dass die eigentliche Forschung frei von Werturteilen, Wünschen

und Präferenzen zu sein hat, sondern ausschließlich einer überprüfbaren Realität oder – wenn man es etwas pathetischer ausdrücken will – der Wahrheit verpflichtet ist. Dieses Wissenschaftsverständnis verlangt die Trennung von deskriptiven und präskriptiven Aussagen. Wissenschaftlich begründbar, weil nach Maßgabe einer bestimmten Methodik objektivierbar, sind danach nur deskriptive, die Realität beschreibende und kausalanalytische Aussagen. Präskriptive Aussagen basieren dagegen auf normativen Entscheidungskalkülen, sie mögen wert- oder zweckrational begründet sein, sind aber nicht objektivierbar und damit auch nicht zwingend generalisierbar. Dass etwas nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand so und (vermutlich) nicht anders ist, muss einem nicht unbedingt gefallen, stellt aber einen glaubens- und zustimmungsunabhängigen Tatbestand dar.

Wissenschaft hat deshalb typischerweise kein (Be-)Handlungsprogramm, sondern beschränkt sich auf Zustandsbeschreibungen, auf (Problem-)Diagnosen. Die Behandlung, die Therapie, die Lösung eines Problems bleibt der Politik überlassen. Diese Beschränkung der Wissenschaft ist auch eine Folge davon, dass es ein absolut verlässliches, sicheres Wissen nicht gibt und gerade die Wissenschaft ein solches Wissen wegen ihrer Verpflichtung zu Objektivität nicht anzubieten vermag. Wissenschaftliches Wissen ist stets nur vorläufiges Wissen mit eingebautem Verfallsdatum. Die Ausnahme bei dieser wissenschaftlichen Behandlungsabstinenz stellt die Medizin dar. Die Medizin ist die einzige Wissenschaft mit einem ausformulierten Behandlungsprogramm

und der dezidierten Zielsetzung, Wissen anzuwenden, um Hilfe zu bieten bei den existentiellsten Problemen menschlicher Existenz überhaupt, bei Krankheit und drohendem Tod. Medizin ist beides: Wissenschaft und Praxis. Ein inhärentes Problem dabei ist, dass die Medizin versucht und versuchen muss, mit wissenschaftlichen Methoden, Sicherheit zu schaffen - verlässliche, eindeutige Diagnosen, zuverlässige, nebenwirkungsfreie Therapien, sichere Heilung. Dies ist hochproblematisch, weil aus hypothetischem und damit unsicherem Wissen keine wahren, sicheren Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können. Dieses Problem hat die Medizin auf die Gesundheitswissenschaften und die Versorgungsforschung übertragen. Eine Forschung, die letztlich der Politikberatung dient, sich an bestimmten Zielvorgaben – etwa der Sicherstellung der medizinischen Versorgung - orientiert und Beiträge zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit leisten und damit Problemlösungen anbieten soll, weist unvermeidbar immer normative Komponenten auf. Entscheidend ist hier, diese normativen Komponenten und die verschiedenen Interessen im Kontext solcher Forschung klar zu artikulieren und die gebotene Transparenz zu schaffen. Entscheidend ist bei interdisziplinären Projekten mit Anwendungsbezug in die Praxis auch, dass die verschiedenen Rollen klar definiert sind und die beteiligten Personen und Institutionen Aufgaben gemäß ihrer Kompetenzen und ihres institutionellen Auftrags übernehmen. Im Fall der Kooperation in dem vorliegenden Projekt sind diese Aufgaben eindeutig zuzuordnen: Die Forschung, die Diagnose ist

ausschließlich Sache der Universität, Vertreter der Ärzteschaft haben hier lediglich in der Konzeptionsphase bei der Entwicklung des Fragebogens mitgewirkt und hier war deren Sachverstand auch notwendig und unverzichtbar. Die Datenerhebung, Analyse und fachliche Interpretation der Daten allerdings fiel der Universität zu.

VERSORGUNGSFORSCHUNG IM DIENST DER SICHERSTELLUNG:

DIE PERSPEKTIVE DER KBV

Anders sieht es dagegen mit der gesundheitspolitischen Interpretation der Daten aus. Die KBV und die KVen der Länder haben einen klaren, gesetzlich fixierten Auftrag: Sie sollen die ambulante Versorgung der Bevölkerung mit haus- und fachärztlichen Leistungen dauerhaft sicherstellen. Diese Vorgabe ist normativ und es lässt sich trefflich darüber streiten, ob und wann sie erfüllt ist, ob und wann bestimmte Gebiete als ausreichend, über- oder unterversorgt gelten. Fest steht aber: Immer weniger Mediziner sind bereit, sich als Vertragsarzt, vor allem in ländlichen Gebieten, niederzulassen. Vor allem niedergelassene Ärzte im hausärztlichen Bereich haben Schwierigkeiten, einen Nachfolger zu finden. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und eine schwache Infrastruktur auf dem Land gehören dazu.

In dieser Situation wird dann bisweilen von der Seite der Kostenträger vorgebracht, dass die KVen ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen haben und Ärzte aus als überversorgt geltenden Gebieten aufs Land bringen müssen. Nun ist dies nicht gar so einfach, da die KVen zwar Gebiete mit als ausreichend geltender Zahl von Ärzten für die weitere Niederlassung von Vertragsärzten sperren, nicht aber Niederlassungen in freien Gebieten anordnen kann. Die

KVen können (und wollen) niemanden zwingen, überhaupt Arzt zu werden oder sich in bestimmten Regionen als Hausarzt oder Facharzt einer bestimmten Fachrichtung niederzulassen. Ihre Aufgabe ist es aber, für aus ihrer Sicht geeignete Rahmenbedingungen zu sorgen, damit junge Menschen auch in Zukunft Arzt werden wollen - und dies scheint bislang auch kein Problem darzustellen - und dort arbeiten, wo sie dringend gebraucht werden – und eben dies ist offenkundig ein Problem, wie man an der stetig wachsenden Zahl vakanter Arztsitze – übrigens durchaus nicht nur im ländlichen Raum - sehen kann. Erstaunlicherweise lagen aber trotz der sich schon zu Beginn des Jahrtausends abzeichnenden Versorgungsgapen bis zum Jahr 2010 nur sehr wenige Untersuchungen zu den Wünschen, Bewertungen und Erwartungen der künftigen Ärzte vor – und keine dieser Untersuchungen war bundesweit ausgerichtet. Die KBV hat deshalb mit großem Interesse das Pilotprojekt Berufsmonitoring Medizinstudierende, das die Universität Trier zusammen mit der KV Rheinland-Pfalz in Rheinland-Pfalz durchgeführt hat verfolgt und das Angebot der Universität Trier, diese Befragung bundesweit zu wiederholen und zu einem Routineinstrument zu entwickeln, gerne angenommen. Die kontinuierlich erhobene Ergebnisse zeigen, welche Maßnahmen – von der Selbstverwaltung oder der Gesundheitspolitik - in die richtige Richtung gehen und wo noch nachgebessert werden muss.

Die Bevölkerung in Deutschland wird insgesamt älter und die Bevölkerungszahl (der autochthonen Bevölkerung) wird abnehmen. Dabei hat diese Entwicklung in ländlichen Regionen früher begonnen als in Agglomerationsräumen. Bis zum Jahr 2020 wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands verglichen mit dem heutigen Aufbau wenig ändern – danach, also beginnend in zwei Jahren aber umso stärker. Dabei ist es übrigens unerheblich, ob und in welchem Ausmaß Zuwanderer den Altersaufbau – eine strukturelle Größe – noch modifizieren, denn dies ändert nichts an der zunehmenden Zahl der zu versorgenden älteren Bevölkerung – einer Bestandsgröße –, denn (künftig) ältere und alte Menschen sind, um eine Aussage von Frau Merkel hier leicht abgewandelt zu zitieren, halt schon da.

Gerade deren Versorgung wird in zunehmendem Maß Probleme aufwerfen, und zwar sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Alter als solches ist zwar keine Ursache von Krankheit, aber im fortgeschrittenen Alter treten bestimmte Krankheiten gehäuft auf und werden gehäuft behandelt. Zu nennen sind hier: Bösartige Neubildungen, Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane, Depression, Demenz und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Das Risiko einer Karriere als „geriatriischer Patient“ ist mithin groß. Die geriatriischen Fachgesellschaften haben diesen Patienten 2007 definiert als Patienten mit geriatritypischer Multimorbidität, die charakterisiert ist durch Immobilität, Sturzneigung, kognitive Defizite, Inkontinenz, Fehl- und Mangelernährung, Depressionen und Angststörungen, chronische Schmerzen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit sowie durch Seh- und Hörbehinderung.¹ Das Morbiditätsspektrum unterliegt bereits jetzt einem deutlichen Wandel hin zu im weitesten Sinn geriatriischen Erkrankungen. Dies hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen festgestellt und unterscheidet hier vier Typen von Krankheiten, bei denen von einer Steigerung der Inzidenz und Prävalenz ausgegangen wird, nämlich altersphysiologische Veränderungen mit potentielltem Krankheitswert wie Verschlechterungen der Sehfähigkeit oder Änderungen der Knochendichte, alterskorrelierte Erkrankungen mit längerer präklinischer Latenzzeit wie Krebs, pathologischen Gefäßveränderungen oder Nervenerkrankungen, Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf aufgrund verminderter homöostatischer Regulations- oder Reparaturmechanismen sowie Krankheiten als Folgen der mit der Lebenszeit steigenden Exposition.² Insbesondere

bei letzteren ist anzumerken, dass dabei auch – zu denken ist etwa an verhaltenskorrelierte Erkrankungen – Schichtzugehörigkeit und Geschlecht eine entscheidende Rolle spielen.

Eine Reihe dieser Krankheiten kann bei frühzeitiger Intervention vermieden bzw. in ihrer Manifestation auf ein noch höheres Alter der Patienten verschoben oder in ihren Konsequenzen gemildert werden. Gerade in der Zielgruppe der älteren Patienten kommen daher Maßnahmen der primären und sekundären Prävention besondere Bedeutung zu, um das Syndrom des geriatriischen Patienten, Klinikaufenthalte und Pflegebedürftigkeit zu minimieren und auch im fortgeschrittenen Alter ein Optimum an Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität zu ermöglichen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt dazu in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 unmissverständlich fest: „Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhalts einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Priorität zu. Der derzeit geringe Stellenwert altersspezifischer Präven-

¹vgl. dazu die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys in DZA (Hrsg.): Alterssurvey, Schwerpunkt "Gesundheit und Gesundheitsversorgung", 2005, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=35236.html>

²vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.)(2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 234.

tion und Gesundheitsförderung bedarf vor allem angesichts der hier nicht ausgeschöpften Potenziale dringend einer Korrektur.³ Dabei soll die ambulante Behandlung - soweit wie möglich - Vorrang vor der stationären Therapie haben. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit soll durch geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden. Die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor soll gefördert werden.⁴ Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es aber einer quantitativ ausreichenden und qualitativ auf das sich wandelnde Morbiditätsspektrum ausgerichteten Versorgungsstruktur. Eine alternde und künftig mehrheitlich ältere Bevölkerung wird mehr und andere medizinische Leistungen nachfragen.

Zur Prognose der Entwicklung des Morbiditätsspektrums konkurrieren derzeit im Wesentlichen zwei Thesen, nämlich die Medikalisierungsthese (auch Morbiditätsexpansionsthese genannt) und die Kompressionsthese. Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass mit steigender Lebenserwartung auch die Krankheitslast und damit Ressourcenbedarf und Kosten in einer Gesellschaft steigen, weil – bei Fortschreibung des bisherigen Krankheitsspektrums und der alterskorrelierten Inzidenz und Prävalenz einerseits und dem (langsamen) Fortschritt in der kurativen Medizin andererseits – „zusätzliche Lebenszeit

mit zusätzlichen Gesundheitsleistungen erkauft werden muss“ und die „durch höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre in immer größeren Maße in Krankheit und Behinderung verbracht werden.“⁵ Die kurative Medizin ist zwar in zunehmenden Maß in der Lage, (chronisch) kranke Patienten (für längere Zeiträume) am Leben zu erhalten und deren Symptome zu behandeln, nicht aber, diese Krankheiten ursächlich zu therapieren. Damit steigt insgesamt die Zahl kranker Patienten und deren Lebenszeit unter Krankheit. Die Kompressionsthese geht demgegenüber davon aus, dass künftige Kohorten „bei steigender Lebenserwartung bis ins hohe Alter weitgehend gesund bleiben und schwere Krankheiten mit hohen Kosten sich erst im letzten Lebensabschnitt, also kurz vor dem Tod, einstellen.“⁶

Bei beiden Thesen spielt die Biographie der Patienten eine wichtige Rolle. Die Medikalisierungsthese extrapoliert Morbiditätstrends wie sie bei den jetzt älteren und alten Patienten beobachtet werden, deren Biographie gekennzeichnet war durch Kriegs- und Nachkriegsjahre sowie berufliche und verhaltensbedingte Belastungen, über deren gesundheitsschädigende Wirkungen es lange Zeit kaum gesichertes und publiziertes Wissen gab, zu denken ist hier etwa an die Ubiquität des Rauchens bis weit in die achtziger Jahre des

letzten Jahrhunderts hinein. Viele dieser Belastungen betreffen die jetzt jungen und mittelalten Kohorten gar nicht mehr oder nicht mehr in dem Maß wie ihre Vorgänger, so dass es für eine Kompressionsthese durchaus einige Plausibilität und Evidenz gibt. Ein Kohortenvergleich mit Daten des Alterssurveys zeigt, dass die Krankheitsinzidenz in der später geborenen Kohorte in gleichen Altersklassen tatsächlich niedriger ist als in der früher geborenen Kohorte.⁷

Welche These zutrifft, hängt mithin von Faktoren der Lebenslage und Lebensführung ab, die eine gewisse zeitliche Persistenz haben. Menschen in prekären Lebensverhältnissen erfüllen nach wie vor alle Voraussetzungen, Fälle für die Medikalisierungsthese zu werden. Auch die Gültigkeit der Kompressionsthese führt im Übrigen bei einer absolut steigenden Zahl älterer Menschen nicht zu einem Rückgang behandlungsbedürftiger Morbidität, diese wird lediglich bezogen auf die jeweilige individuelle Biographie auf einen kürzeren Zeitraum begrenzt.

Selbst bei rückläufigen Bevölkerungszahlen werden deshalb die Konsultationszahlen bzw. der Bedarf nach ambulanter und stationärer Behandlung absehbar wohl nicht sinken, sondern eher noch steigen – und dies gilt erst recht, wenn durch Zuwanderung die

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.)(2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 31.

⁴ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.)(2009): Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

⁵ Niehaus, F.: Alter und steigende Lebenserwartung, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006, S. 3 und S. 14.

⁶ Niehaus, F.: Alter und steigende Lebenserwartung, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006, S. 14.

⁷ vgl. DZA (Hrsg.): Alterssurvey, Schwerpunkt „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“, 2005, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=35236.html>

Bevölkerungszahl konstant bleibt oder sogar wächst. Auch dazu bietet der Alterssurvey einige Evidenz, über 90% der Personen über 70 Jahre sind in ambulanter Behandlung und haben mindestens einmal in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen praktischen Arzt aufgesucht. Nun unterliegt aber auch die Ärzteschaft diesem demographischen Wandel. Die Hälfte der aktuell niedergelassenen Ärzte z.B. in Rheinland-Pfalz wird bis zum Jahr 2026 in den Ruhestand gehen, wenn man unterstellt, dass Ärzte mit 68 Jahren ihre Tätigkeit aufgeben, was man durchaus kritisch diskutieren kann, da es sich bereits jetzt abzeichnet, dass viele Ärzte ihre Praxis früher aufgeben wollen. Bundesweit ist der gleiche Trend zu verzeichnen wie in Rheinland-Pfalz: Ärzte und Patienten werden gemeinsam alt. Arztpraxen werden künftig häufiger vakant und bereits jetzt in bestimmten Regionen – insbesondere auf dem Land – häufig nicht wieder besetzt, Krankenhäuser aller Versorgungsstufen haben ebenfalls zunehmend Probleme bei der Wiederbesetzung freier Stellen bis hin zur Chefarzteebene. Die insbesondere von Krankenkassenseite in der letzten Zeit häufiger vorgetragene These, es gäbe keinen Ärztemangel, trifft bereits jetzt nicht zu, wenn man die vakanten Stellen und Arztsitze als Maß nimmt. Künftig wird sich die Situation verschärfen, weil – wie eben schon erwähnt – der Bedarf nach ärztlichen Leistungen eher steigen dürfte, so dass der sich abzeichnende Strukturwandel zu einer Diskrepanz von Angebot und Nachfrage führt. Die wohnortnahe ambulante Versorgung in den ländlich strukturierten Regionen ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen mittel- und langfristige nicht gesichert.

Diese Probleme resultieren zum einen aus einem drohenden Mangel an Ärzten in diesen Regionen, betreffen also die Quantität des Angebots. Zum anderen zeichnet sich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem damit korrelierten Wandel im Morbiditätsspektrum aber auch ein qualitatives Versorgungsproblem ab (das durchaus auch die Städte betrifft), da eine im weitesten Sinne geriatrische Medizin in verstärktem Maß auch in Städten angeboten werden muss.

Vor diesem Hintergrund und dem demographischen Wandel auch in der Ärzteschaft stellt sich damit naturgemäß die Frage nach der Entwicklung bei dem medizinischen Nachwuchs. Hier muss man zunächst einmal feststellen, dass die Zahl der Absolventen von 1994 bis 2006 von 11.978 auf 8.724 gesunken ist, was einem Rückgang von 27% entspricht. Zwar stieg der Anteil der Absolventen 2009 wieder auf 10.069, fiel bis 2015 aber auch wieder auf 9.215.⁸ Neben (bislang) eher rückläufigen, zumindest aber stark schwankenden Absolventenzahlen zeichnet sich ein zweiter Trend sehr deutlich ab: Medizin wird weiblich, der Frauenanteil bei den Absolventen betrug 2015 rund 67 %. Zu beobachten ist außerdem ein dritter Trend: Eine beachtliche Zahl von Ärzten wandert (früher oder später) ins Ausland ab (2006: 2575; 2007: 2439; 2008: 3065; 2009: 2486, 2015: 2143, 2016: 2050).⁹ Dies bedeutet für Deutschland einen „brain drain“, der sich auch finanziell ausdrücken lässt, denn für jeden im Fach Medizin/Gesundheitswissenschaft in Deutschland ausgebildeten Absolventen hat die öffentliche Hand 211.400 € aufgewandt. Wenn man die Schulausbildung hinzunimmt, sind es 278.000 €. ¹⁰

Nun sagen solche Zahlen – abgesehen von der Abwanderung ins Ausland – natürlich noch nichts über die spätere berufliche Motivation der künftigen Mediziner, etwa zur angestrebten Facharzttrichtung, Tätigkeit in eigener Praxis, im Krankenhaus oder in der Forschung, Arbeitszeitvorstellungen und Einkommenserwartungen, ganz zu schweigen von den Wünschen und Vorstellungen der privaten Lebensplanung. Eben solche Faktoren sind aber entscheidend für die Wahl der späteren Tätigkeit und des späteren Arbeits- und Lebensortes. Auf einen Aspekt allerdings können wir bereits jetzt hinweisen: Absolventenzahlen sind nicht umstandslos mit einer Ausweitung des Angebots an berufstätigen Ärzten gleichzusetzen, wenn damit Vollzeit-äquivalente assoziiert werden. Gezählt werden in der Absolventenstatistik Köpfe bzw. Personen. In den beiden letzten Befragungen wie auch in der einleitend erwähnten bundesweiten Befragung angestellter Ärzte hat sich aber gezeigt, dass viele der (künftigen) Ärzte befristet oder auch dauerhaft in Teilzeit arbeiten wollen und werden und daran hat sich auch 2018 nichts geändert. Es ist deshalb durchaus fraglich, ob der künftige Wiederbesetzungsbedarf bei freien Arztstellen mit den derzeitigen Absolventenzahlen gedeckt werden kann – und dies gilt umso mehr, wenn eine aktuell von den Kostenträgern und einigen Gesundheitspolitikern vorgetragene Idee nach einer Ausweitung der Sprechstundenzeiten (etwa von 6.00 bis 23.00) und der Einbeziehung von Samstagtagen tatsächlich umgesetzt wird.¹¹

⁸ Vgl. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17074.php>

⁹ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 228-237 (bis 2009). http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Tab13.pdf (2015 und 2016)

¹⁰ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 230.

¹¹ Vgl. dazu <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99994/Kassen-wollen-Sprechstunden-am-Abend-und-samstags-Aerzte-empfoert> und <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100041/Protest-gegen-Lauterbach-Aeusserungen-zu-Sprechstunden-eiten>

02 | BERUFSMONITORING

Ausbildung oder Studium und die sich anschließende Berufstätigkeit sind schon aufgrund ihrer Dauer höchst bedeutsame Faktoren in der Biographie. Berufliche Sozialisation trägt wesentlich zur Bildung und Verfestigung der persönlichen Identität bei – und dies gilt umso mehr, je länger die Ausbildungsphase dauert und je anspruchsvoller die spätere Tätigkeit ist, aber auch je mehr Handlungs- und Gestaltungsautonomie diese impliziert. Gerade die ärztliche Tätigkeit hatte hier lange Zeit eine besondere Position, die diese von anderen Berufen abhob: Ärzte heilen Krankheiten, retten Leben und sind aufgrund dieser Zuständigkeit für existentielle Fragen als Berufsgruppe deutlich weniger entbehrlich als viele andere. Eben deshalb zählt die ärztliche Tätigkeit (im weitesten Sinn) neben der spirituellen zu den frühesten Formen der Rollendifferenzierung in einfachen Gesellschaften, wenn auch in der Person des Schamanen beides zunächst in Personalunion ausgeübt wurde. Körperliche Heilung und seelisches Heil waren kaum trennbar verwoben. Und auch die moderne Medizin hat diesen Nexus nicht ganz auflösen können, gerade bei ansich sinnlosem, unter Umständen aber lebensbedrohlichen und nicht heilbarem Leiden erwarten viele Patienten von ihren Ärzten Sinnerklärungen, die über die medizinisch-naturwissenschaftliche Basis der Medizin weit hinausgehen. Zudem fragen Krankheiten und Unfälle nicht nach Arbeits- und Öffnungszeiten, Arzt ist man grundsätzlich rund um die Uhr. Der Arztberuf ist damit mehr als ein reiner Broterwerb und bedarf einer spezifischen Berufung und einer ausgeprägten intrinsischen Motivation, um

diese Lebensaufgabe wahrzunehmen. So heißt es bereits in der Standesordnung für die deutschen Ärzte aus dem Jahr 1926, dass „der Beruf des deutschen Arztes Gesundheitsdienst am deutschen Volke“ sei und dass „der deutsche Arzt seinen Beruf nicht lediglich zum Zwecke des Erwerbes, sondern unter dem höheren Gesichtspunkte der Fürsorge für die Gesundheit des einzelnen wie für die Wohlfahrt der Allgemeinheit“ ausübe.“¹²

Diese normativen Vorgaben der Berufsethik – man kann hier übrigens auch den hippokratischen Eid zitieren, den alle Ärzte zu leisten haben, werden auch in Alltagsikonographie verwendet, wir nennen hier nur den „Landarzt“ und „Professor Brinkmann“ aus der Schwarzwaldklinik. Natürlich stellen diese TV-Figuren Verkörperungen von Klischees dar. Sie sind aber nur deshalb so populär geworden, weil die Klischees reale Vorbilder hatten, mit denen zumindest hinsichtlich des Landarztes viele Menschen konkrete Erfahrungen gemacht hatten, übrigens durchaus auch in der Stadt, nämlich mit dem Hausarzt, der tatsächlich die ganze Familie über mehrere Generationen kennt, auch nachts zu Hausbesuchen kommt und neben der medizinischen Betreuung auch Lebensberatung bietet. An die Rolle des Arztes – wiewohl als Berufsrolle im Gesundheitssystem als einem funktional ausdifferenzierten System in der modernen Gesellschaft (eigentlich) funktional spezifisch, d.h. so wie jede Berufsrolle mit einem relativ klar definierten Anforderungsprofil und Zuständigkeitsbereich ausgestattet – richten nicht nur Patienten sehr vielfältige Erwartungen. Auch

viele Ärzte haben ein Selbstverständnis ihrer Arbeit, das als spezifisches Berufsethos mehr beinhaltet als die bloße Erfüllung bestimmter Rollenverpflichtungen. Die Arztrolle ist mehr als eine spezifische Berufsrolle, sie ist diffus, die Erwartungen an den Arzt sind jenseits der mehr oder weniger eindeutigen Erfordernisse, die der Beruf im engeren Sinn (Stichworte Diagnose und Behandlung) mit sich bringt, nicht klar definiert, aber sehr umfassend. Analog zu der ebenfalls diffusen Rolle der Mutter im Sozialsystem Familie wird von Ärzten sehr oft – um es auf einen knappen Nenner zu bringen – „Alles“ erwartet: Hilfe und Heilung bei Krankheit, Rat bei existentiellen Problemen aller Art, auch solcher, die mit Krankheiten nichts zu tun haben, allgemeine Lebensberatung und Hilfe, Menschlichkeit, Freundlichkeit, Selbstlosigkeit, Vorbildfunktion und untadelige Lebensführung – diese Liste ließe sich fraglos verlängern. Einlass auch in die gleichsam offizielle Definition der Rolle fanden diese universalistischen Aspekte in der Verpflichtung, zumindest bei Notfällen stets und allzeit für die Versorgung von Patienten zur Verfügung zu stehen. Zumindest in zeitlicher Hinsicht kann man mithin legitimerweise (und unter Umständen auch in juristischer Hinsicht) von Ärzten „Alles“ erwarten.

Dass hier viele Rollenkonflikte angelegt sind, liegt auf der Hand. Ein ganz entscheidender Rollenkonflikt, den viele Menschen, die erwerbstätig sind, erleben, ist der Konflikt zwischen diffusen Elternrollen und spezifischen Berufsrollen. Eine Rolle, von der die Kinder legi-

¹² Fuchs, Ch.,; Gerst, Th.,; Medizinethik in der Berufsordnung. <http://www.bundesaerzte-kammer.de/page.asp?his=1.100.1142>.

timerweise (nahezu) „Alles“ erwarten können – insbesondere aber sofortige Verfügbarkeit der Eltern bei Problemen und Krisen, gerät zwangsläufig zumindest anlassbezogen in Konflikt mit den sich ja ebenfalls auch in einer zeitlichen Beanspruchung manifestierenden Erwartungen an Berufsrollen. Zugespitzt wird dieser Konflikt, wenn man zwei diffuse Rollen auszufüllen hat: als Mutter für die Kinder und als Ärztin für die Patienten da zu sein und im Notfall entscheiden zu müssen, ob man die beruflichen Erwartungen hintanstellt, um das kranke eigene Kind zu betreuen oder diesen Erwartungen Priorität einräumt, um sich um die Patienten zu kümmern. Dieser Konflikt kann bei der klassischen familiären Arbeitsteilung so gelöst werden, dass ein Elternteil (im Regelfall die Mutter) sich ausschließlich der Familie widmet und auf eine eigene Berufstätigkeit verzichtet und der andere Elternteil (im Regelfall der Vater) der außerfamiliären Erwerbsarbeit nachgeht. In der Vergangenheit wurde dieses Modell ja auch massenhaft praktiziert.

Es zeichnet sich aber bereits jetzt bei den beruflichen Perspektiven der jüngeren Kohorten ab, dass dies für Frauen kein attraktives Modell mehr ist. Zudem ist es eigentlich nur noch eine rhetorische Frage, ob eine Volkswirtschaft, in der Arbeitskräfte ein zunehmend knappes Gut darstellen, es sich überhaupt leisten kann, die Hälfte einer Generation auszubilden und zu qualifizieren und diese dann in die (zweifelloso wichtige und unverzichtbare) Familienarbeit zu verabschieden und einem Arbeitsmarkt zu entziehen, auf dem sie dringend benötigt werden. Dieses Problem verschärft sich noch, wenn der größere Teil des Berufsnachwuchses aus Frauen besteht, wie es für den Arztberuf der Fall ist.

Ein attraktives Arbeitsmodell für Frauen, die Arbeit und Familie vereinbaren möchten, ist deshalb eine Tätigkeit in Teilzeit. Dies führt allerdings in der Tendenz ebenfalls zu einer Angebotsverknappung, Arbeitskräfte und Vollzeitäquivalente fallen hier auseinander. So zeigte sich etwa, dass die Zahl der berufstätigen Ärztinnen von 2000 bis 2007 um 17,1% zugenommen hat, das Volumen der von den Ärztinnen geleisteten Wochenstunden dagegen nur um 9,1%.¹³ Dieser Trend hat sich fortgesetzt. Von den von uns 2017 bundesweit befragten angestellten Ärzten unter 65 Jahren waren 60% weiblich, von denen wiederum 75% in Teilzeitmodellen arbeiten.¹⁴ Neben den Aspekten eines Berufes, die prägend sind für die persönliche Identität, zentrale Lebensziele und grundlegende Werthaltungen, ist die Berufstätigkeit natürlich auch die ökonomische Basis für einen bestimmten Lebensstil und die Verfolgung spezifischer, auch außerberuflicher Interessen, und der Beruf des Arztes macht hier keine Ausnahme. Vielmehr galt und gilt er in der öffentlichen Wahrnehmung sogar als außerordentlich gute ökonomische Basis für einen gehobenen Lebensstil.

Die Berufsfelder für examinierte Mediziner sind durchaus vielfältig. Ausbildungsadäquate Beschäftigungsmöglichkeiten im Angestelltenverhältnis bieten neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), die Forschung an Universitäten und in der Industrie (im Wesentlichen in der Pharma-Branche), Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung und die Krankenkassen. In der ambulanten Patientenversorgung besteht zudem die Option einer selbstständigen freiberuflichen Tätigkeit in eigener Praxis.

Die Frage ist nur, welche dieser Berufsfelder wie nachgefragt werden und welche Vorstellungen angehende Ärzte von ihrer späteren Tätigkeit haben. Diese Fragen sind umso bedeutsamer, als sich der Arbeitsmarkt für Mediziner stark gewandelt hat: Waren in der Vergangenheit die Beschäftigungsmöglichkeiten knapp und damit die Arbeitgeber, insbesondere die Krankenhäuser und Praxisinhaber, die ihre Praxis an Nachfolger abgeben wollten, in einer komfortablen Situation, so hat sich die Situation umgekehrt: Bereits jetzt und künftig in zunehmendem Maß ist die knappe Ressource die ärztliche Arbeitskraft. Die Anbieter dieser Ressource haben aufgrund der damit verbundenen Pluralisierung von Optionen nunmehr die stärkere Marktposition und es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass sie sich dieser Tatsache auch bewusst sind und diese Marktposition entsprechend nutzen. Das Gesundheitssystem insgesamt ist zwar kein wettbewerbsgesteuerter Markt, weil das Gut „Gesundheit“ aus vielerlei Gründen kein marktgängiges Produkt ist. Auf dem Teilssegment des Arbeitsmarktes im Gesundheitssystem allerdings funktionieren Markt- und Wettbewerbsmechanismen derzeit recht gut. „Bei anhaltend günstiger Arbeitsmarktsituation für Ärzte wird wohl weiterhin die Chance bestehen, neben Gehaltsverbesserungen auch Wünsche für die zeitliche Arbeitsgestaltung durchzusetzen. Es ist auch zu erwarten, dass vor allem die Ärztinnen kürzere, familienfreundliche Arbeitszeiten erreichen können.“¹⁵ Man kann hier hinzufügen: Ärzte werden auch ihre Vorstellungen hinsichtlich Arbeitsregion und Arbeitsort immer besser durchsetzen können.

¹³ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 231.

¹⁴ Vgl. Jacob, R.; Kopp, J.; Richter, R.; Dräger, S.: Angestellte Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor. Bundesweite Befragung 2017, Trier 2018.

¹⁵ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 231.

Noch eine weitere Anmerkung zu den Vorstellungen der von uns befragten Studierenden ist hier im Hinblick auf die Interpretation der im Folgenden vorgestellten Ergebnisse notwendig: Wir haben Meinungen erfragt, die stets subjektiv sind und bei denen – gerade bei einem so zentralen Thema wie der eigenen Ausbildung, die das ganze Leben bestimmt – Kenntnisse zur (mehr oder weniger) präzisen und zutreffenden Beschreibung der Situation und Bewertungen häufig untrennbar miteinander verwoben sind. Dabei spielt es keine Rolle, ob die in den Meinungen zu Ausdruck kommenden Beschreibungen der Realität tatsächlich zutreffend sind, entscheidend ist vielmehr, dass die betreffenden Studierenden glauben, sie seien es. Denn dieser Glaube ist entscheidend für das weitere Verhalten. Dieser Sachverhalt ist in der Soziologie als Thomas-Theorem bekannt: „If men define situations as real, they are real in their consequences.“¹⁶ Ob also, um hier exemplarisch nur ein Ergebnis zu zitieren, in Krankenhäusern schlechte Arbeitsbedingungen und Ausbeutung, starre Hierarchien und sexuelle Diskriminierung anzutreffen sind, ist nicht entscheidend. Wesentlich ist, dass Menschen dies glauben. Es reicht daher auch nicht, nur die Situation zu ändern, vielmehr muss auch das „imaginaire“, die Vorstellung über die Situation, modifiziert werden. Krankenhäuser, wenn sie denn aus dieser Untersuchung entsprechende Schlüsse ziehen und Struktur- und Organisationsreformen durchführen, müssen diese auch entsprechend bekanntmachen.

Grundsätzlich ist hier zudem noch ein weiterer Aspekt anzusprechen, der der Sache nach gilt, seit es organisierte Gesellschaften gibt, aber erst durch die sog. Banken- und Finanzmarktkrise in – eigentlich pervertierter Form – diskutiert wird, nämlich der der sog. systemrelevanten Berufe und Institutionen. Man kann trefflich darüber streiten, ob Investmentbanken „systemrelevant“, also für das Funktionieren und Überleben einer Gesellschaft unverzichtbar sind und deshalb gegebenenfalls vom Staat, also dem Steuerzahler, alimentiert werden müssen. Unstrittig ist dagegen, dass es wirklich systemrelevante Berufe gibt, auf die eine Gesellschaft nicht verzichten kann, weil sie existentiell notwendige Funktionen im Bereich der Daseinsvorsorge und (Über-)Lebenssicherung erfüllen und damit eine *conditio sine qua non* für die Existenz und den Fortbestand jeder menschlichen Gesellschaft darstellen. Dazu zählt zunächst die Landwirtschaft, dann die Polizei, die Feuerwehr und andere Kriseninterventionskräfte (etwa das THW) und natürlich die medizinischen Berufe in der Therapie und Pflege. Ärzte und Pflegekräfte erfüllen für die menschliche Existenz unverzichtbare Aufgaben. Diese Berufe sind damit echte systemrelevante Dienstleistungsberufe und einer adäquaten Nachwuchsrekrutierung kommt ganz entscheidende Bedeutung zu. Auch deshalb ist es unerlässlich, die Vorstellungen, Wünsche, Bewertungen und Erwartungen der jeweils nächsten Generationen, die in den Arbeitsmarkt eintreten, zu untersuchen.

¹⁶ Thomas, W. I.: *The Child in America*, New York 1932, S. 572.

Dieses Berufsmonitoring ist als Längsschnittstudie angelegt, wobei auch immer neue Jahrgänge von Medizinstudierenden befragt werden. Geplant sind Befragungen in regelmäßigen Abständen, wobei wir aktuell von einem Turnus von 4 bis 5 Jahren ausgehen. Die erste Befragungswelle wurde im Jahr 2010 durchgeführt. Dieser Befragung wiederum ging im Jahr 2009 eine Studie im Rahmen der regionalen Versorgungsforschung voraus, die nur in Rheinland-Pfalz stattfand. Kooperationspartner waren die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz und die Universität Mainz. Dahinter stand zum einen die Überlegung – die übrigens durch alle bundesweiten Befragungen auch bestätigt wurde – dass sich der ärztliche Nachwuchs für ein Bundesland im Wesentlichen aus Landeskindern rekrutiert und diese wiederum primär in ihrem Herkunftsbundesland studieren. Die zweite Befragungswelle ging 2014 ins Feld. Die in diesem Band vorgestellten Ergebnisse stammen aus der dritten Befragungswelle aus dem Jahr 2018.¹⁷ Damit haben wir zum ersten Mal in etwa auch eine komplette Studienkohorte im Zeitverlauf erfasst. Die Regelstudienzeit für das Studium der Humanmedizin beträgt 12 Semester und dauert damit 6 Jahre. Erfahrungsgemäß braucht die Mehrzahl der Studierenden länger, bei der Befragung im Jahr 2014 gaben knapp 60% an, dass sie ihr Studium

nicht in der Regelstudienzeit werden abschließen können. Ein Studium dauert im Durchschnitt eher 13 Semester,¹⁸ so dass für viele Studierende eine Studiendauer von 7 bis 8 Jahren nicht unrealistisch ist. Von 2010 bis 2018 dürften wir deshalb zumindest größere Teile einer durchlaufenden Studienkohorte eingeschlossen haben. Wer 2010 in der Vorklinik war, hat 2018 *cum grano salis* das PJ erreicht.¹⁹

Die Befragungen wurden als Online-Befragung konzipiert. Zielgruppe sind alle Medizinstudierende der jeweiligen Fakultät, grundsätzlich geplant war und ist damit eine Vollerhebung. Die Information der Studierenden erfolgte immer über einen E-Mail-Verteiler der jeweiligen Fakultät, in diesem Jahr außerdem über einen internen E-Mail-Verteiler der bvmd, über deren Lokalvertretungen und die Mitgliederversammlung im Juni sowie durch die bvmd über Facebook, Instagram und Twitter. Die Ausschöpfungsquote hing und hängt damit wesentlich davon ab, wie vollständig und aktuell dieser E-Mail-Verteiler ist und wer Informationen in sozialen Medien zur Kenntnis nimmt. Die Alternative der Ziehung von Adressen aus der Datei des Studierendensekretariats mit schriftlichem Anschreiben wurde aus organisatorischen und finanziellen Gründen nicht realisiert. Dieses Design haben wir auch in allen Wellen realisiert

und werden es künftig beibehalten, weil es trotz aller methodischen Mängel, die damit unvermeidlich verbunden sind, die Erhebungsvariante mit dem besten Aufwand-Ertrag-Verhältnis darstellt.

Probleme bestehen vor allem in der Qualität der jeweiligen E-Mail-Verteiler. Leider stellte sich bereits während der Feldzeit der ersten Welle heraus, dass diese Verteiler universitätsabhängig von sehr unterschiedlicher Qualität waren und wir erstens keinerlei Angaben darüber machen können, wie viele eingeschriebene Medizinstudierende auf diesem Weg überhaupt angeschrieben wurden und zweitens wie viele die E-Mail zur Kenntnis genommen haben. An diesem Problem hat sich auch bei der zweiten und dritten Welle leider wenig geändert. Um das letztgenannte Problem aber wenigstens zu minimieren, haben sich die Fakultäten bereit erklärt, die Studierenden direkt und nicht über universitätsinterne Sammelmails anzuschreiben und über die Befragung zu informieren. Es bleibt aber das Problem der sehr heterogenen Datenbasis in den Verteilerlisten der einzelnen Fakultäten. Wir können deshalb leider auch keine Angaben zur faktischen Ausschöpfung der Grundgesamtheit machen.

¹⁷ Die Berichte für 2010 und 2014 stehen als PDF-Dateien zur Verfügung unter: <https://www.kbv.de/html/5724.php>

¹⁸ <https://www.praktischerarzt.de/blog/medizinstudium-dauer/>

¹⁹ Um Missverständnisse zu vermeiden: Die Studie ist kein Panel, es wurden also nicht dreimal in Folge dieselben Personen befragt, und auch keine echte Zufallsauswahl, siehe dazu den folgenden Abschnitt.

Online-Befragungen (auch solche auf der Basis von Verteilerlisten) stellen damit grundsätzlich selbstselektive Stichproben aus einer (uns) nicht bekannten Gesamtheit dar, die wiederum in den meisten Fällen eine nicht-zufällige Auswahl aus der eigentlichen Grundgesamtheit – hier aller Medizinstudierenden an deutschen Universitäten – darstellt. Die Ergebnisse entstammen keiner Zufallsauswahl und können deshalb auch nicht im mathematisch-statistischen Sinn auf die Grundgesamtheit generalisiert werden.²⁰ Die Datenanalyse ist rein deskriptiv zu verstehen. Generalisierungen bleiben theoretisch und können nur mit Plausibilitätsannahmen begründet werden. Wir gehen gleichwohl davon aus, dass die Meinungen, Bewertungen und Erwartungen, die auf den folgenden Seiten analysiert werden, typisch für die künftige Medizinergeneration sind. Diese Annahme basiert auf strukturellen Parallelen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit: Alters- und Geschlechtsstruktur sowie die Zahl der studentischen Eltern in der Stichprobe weichen kaum von denen in der Grundgesamtheit ab. Inhaltlich decken sich die Ergebnisse – soweit die Fragen

vergleichbar sind – weitgehend mit anderen Erhebungen und weisen auch im Zeitvergleich teilweise bemerkenswert konstante Ergebnisse auf.

Fragebogenkonferenzen bei der KBV fanden im Februar und April 2018 statt, im Mai wurden die Dekane der Medizinischen Hochschulen von der KBV postalisch über die geplante Befragung informiert und um Unterstützung bei der Durchführung gebeten. Die eigentliche Befragung startete am 11.6.2018, die teilnehmenden Fakultäten haben zu diesem Termin eine entsprechende E-Mail an ihre Medizinstudierenden versendet. Die Befragung endete am 11.7.2018. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten 13.915 Studierende den Fragebogen (mehr oder weniger) vollständig ausgefüllt.²¹ Laut Statistischem Bundesamt haben im Jahr 2017 93.946 Personen in Deutschland Medizin studiert²², 81.999 Studierende waren deutsche Staatsbürger. Die Befragung hat mithin 14,8% der Gesamtpopulation²³ und knapp 17% der deutschen Studierenden erreicht.²⁴ Der Rücklauf der einzelnen Universitäten kann nicht ermittelt werden, weil wir nicht über den Grad der Vollständigkeit und Aktualität

der jeweiligen E-Mail-Verteiler informiert sind und zudem nicht wissen, wie viele der angeschriebenen Studierenden diese E-Mail tatsächlich gelesen haben.²⁵

Für die Datenerfassung wurde die Online-Befragungssoftware „EFS-Survey“ der Firma Quest-back/Unipark verwendet.²⁶ In der quantitativen Datenauswertung wurden Korrelationsanalysen für nominal- und ordinalskalierte Daten mit Chi-Quadrat-basierten Koeffizienten (Phi, Cramer's V), Koeffizienten auf der Basis des Paarvergleichs (Gamma) und Mittelwertvergleiche (T- und F-Tests) verwendet. Zur Dimensionsprüfung und Datenverdichtung haben wir Hauptkomponentenanalysen (PCA, Varimax-Rotation) durchgeführt. Wir haben zudem auch Chi-Quadrat-Tests nach Pearson durchgeführt, obwohl die Stichprobe keine echte Zufallsstichprobe darstellt, wir weisen dabei nur Unterschiede auf dem 1 %-Niveau aus (hochsignifikante Unterschiede). Diese dienen der zusätzlichen Orientierung und sollten in Anbetracht der nicht zufälligen Stichprobe und insbesondere bei vergleichsweise kleinen Unterschieden in den relativen Häufigkeiten nicht überinterpretiert

²⁰ Nebenbei: Dieses Problem betrifft in zunehmendem Maße aber auch echte Random-Samples, bei denen zwar die Ziehung der Zielpersonen nach allen Regeln der Methode durchgeführt wird, die Teilnahmebereitschaft aber häufig höchst problematisch ist. Spätestens bei Ausschöpfungsquoten von unter 50 % sind auch bei Zufallsauswahlen erhebliche Zweifel an der „Repräsentativität“ durchaus angebracht.

²¹ Die Fragen wurden teilweise sehr selektiv beantwortet, so dass valide Angaben bei einer Reihe von Fragen nur für rund 11.000 bis 12.500 Personen vorliegen. Angeklickt wurde die Erfassungsmaske von insgesamt 14.493 Personen.

²² <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbilos.html>.

²³ Der Rücklauf ist höher als in den früheren Wellen.

²⁴ Wir gehen davon aus, dass sich ausländische Studierende aufgrund der spezifischen Thematik und Zielsetzung der Befragung eher selten von der Umfrage angesprochen fühlten. Dies manifestiert sich auch im Rücklauf. In der Grundgesamtheit haben 87,3 % der Studierenden die deutsche Staatsbürgerschaft, in der Stichprobe dagegen 95,4 %.

²⁵ An unserer eigenen Universität in Trier haben bis zur verbindlichen Einführung von Universitäts-E-Mailadressen für jeden eingeschriebenen Studierenden viele Studierende nicht das Angebot unseres Rechenzentrums, sondern Provider wie GMX, Web.de oder Yahoo genutzt – mit teilweise sehr exotischen E-Mail-Adressen.

²⁶ <https://www.unipark.com/>

werden, denn in Anbetracht der großen Fallzahlen führen auch kleine Abweichungen der Beobachtungswerte von den Erwartungswerten zu signifikanten Ergebnissen. Wir haben deshalb bei bivariaten Analysen zur besseren Les- und Interpretierbarkeit in einigen Tabellen auch noch Prozentsatzdifferenzen ausgewiesen, welche die Abweichungen in den relativen Häufigkeiten zwischen den verschiedenen Merkmalsausprägungen der unabhängigen Variablen zeigen. Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programmpaket SPSS, Version 24. Die Prozentangaben in den Tabellen sind Spaltenprozentwerte.

Die vorliegende Befragung ist im Übrigen nach wie vor nicht nur die bislang umfangreichste quantitative Erhebung in diesem Bereich, sondern auch die größte qualitative. Wir haben – wie schon in den Jahren 2010 und 2014 – eine Fülle von teilweise sehr ausführlichen und reflektierten Kommentaren erhalten, die über 100 Din-A-4 Seiten füllen und exemplarisch zum Ausdruck bringen, welche Befürchtungen, Wünsche und Erwartungen die künftige Ärztesgeneration hat und welche Erfahrungen sie während ihrer bisherigen Ausbildung gemacht haben. Diese Kommentare, die wir insbesondere den

Vertretern der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik in Bund, Ländern und Gemeinden dringend zur Lektüre empfehlen, sind als PDF-Datei über die KBV erhältlich. In dem vorliegenden Band werden wir nur einige wenige dieser Anmerkungen zur Illustration der quantitativ untersuchten Fragen zitieren.

ÜBERBLICK	
Ziel der Befragung	Informationen über Berufsperspektiven der Medizinstudierenden und die derzeit wahrgenommenen Hürden für eine spätere ambulante Berufsausübung.
Konzeption, Durchführung, Analyse	Universität Trier
Zeitraum der Online-Befragung	11.6. bis 11.7.2018
Art der Befragung	Online-Befragung mit Unterstützungsleistung der Dekane bzw. Studiendekane der Medizinischen Fakultäten, Information über E-Mail-Verteiler der Fakultäten und der bvmd. Information der bvmd über Lokalvertretungen, die Mitgliederversammlung im Juni und über soziale Medien
Link	http://www.unipark.de/uc/medizinstudierende/
Zielgruppe	Alle Medizinstudierenden bundesweit
Feldphase	
23.2.2018 und 13.4.2018	Fragebogenkonferenzen in der KBV unter Mitwirkung von Universität Trier, KBV, MFT, und bvmd
22.5.2018	Die Dekane der Medizinischen Hochschulen werden postalisch über die Befragung informiert und um Unterstützung bei der Durchführung gebeten.
11.6.2018	Start der Online-Befragung
25.6.2018	Nachfassaktion per E-Mail bei Dekanaten bzw. Studiendekanaten der Medizinischen Hochschulen mit bis zu diesem Termin sehr niedrigen Rückläufen, Erinnerungen durch die bvmd über soziale Medien
11.7.2018	Die Feldzeit endet. Insgesamt 13.915 Personen haben an der Befragung teilgenommen.

04 | ERGEBNISSE

4.1 STRUKTURDATEN

Tabelle 1 zeigt, dass die Medizinische Hochschule Brandenburg faktisch gar nicht in der Stichprobe vertreten ist.²⁷ Für die Standorte Bonn, Jena, Köln und Regensburg sind die Fallzahlen zu gering, um statistisch noch sinnvoll

ausgewertet und interpretiert werden zu können. Ansonsten ist der Rücklauf weitgehend zufriedenstellend, so dass wir – wie auch schon für die Jahre 2010 und 2014 – für die beteiligten Fakultäten auch standortbezogene univariate

Analysen erstellen konnten. Allerdings haben 2018 aus für uns nicht bekannten Gründen sehr viele, nämlich 3903 Personen, zu ihrem Studienort keine Angaben gemacht. Im Jahr 2014 waren dies lediglich 34.

TABELLE 1: STUDIENORTE

ORT	UNIVERSITÄT	BUNDESLAND	N	%
Aachen	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule	Nordrhein-Westfalen	243	2,4
Berlin	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Berlin	482	4,8
Bochum	Ruhr-Universität Bochum	Nordrhein-Westfalen	361	3,6
Bonn	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn	Nordrhein-Westfalen	40	0,4
Dresden	Technische Universität Dresden	Sachsen	214	2,1
Düsseldorf	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen	379	3,8
Erlangen	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	Bayern	389	3,9
Essen	Universität Duisburg-Essen	Nordrhein-Westfalen	242	2,4
Frankfurt/Main	Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main	Hessen	248	2,5
Freiburg	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	Baden-Württemberg	290	2,9
Gießen	Justus-Liebig-Universität Gießen	Hessen	272	2,7
Göttingen	Georg-August-Universität Göttingen	Niedersachsen	285	2,8
Greifswald	Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	Mecklenburg-Vorpommern	149	1,5
Halle (Saale)	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Sachsen-Anhalt	115	1,1
Hamburg-Eppendorf	Universität Hamburg	Hamburg	423	4,2
Hannover	Medizinische Hochschule Hannover	Niedersachsen	197	2,0
Heidelberg	Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg	Baden-Württemberg	555	5,5
Homburg	Universität des Saarlandes	Saarland	296	3,0

²⁷Dies dürfte aber auch der vergleichsweise geringen Fallzahl von dort immatrikulierten Studierenden geschuldet sein.

FORTSETZUNG TABELLE 1

ORT	UNIVERSITÄT	BUNDESLAND	N	%
Jena	Friedrich-Schiller-Universität Jena	Thüringen	25	0,2
Kiel	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel	Schleswig-Holstein	373	3,7
Köln	Universität zu Köln	Nordrhein-Westfalen	33	0,3
Leipzig	Universität Leipzig	Sachsen	216	2,2
Lübeck	Universität zu Lübeck	Schleswig-Holstein	272	2,7
Magdeburg	Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	Sachsen-Anhalt	168	1,7
Mainz	Johannes Gutenberg-Universität Mainz	Rheinland-Pfalz	567	5,7
Mannheim	Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg	Baden-Württemberg	103	1,0
Marburg	Philipps-Universität Marburg	Hessen	312	3,1
München (TU)	Technische Universität München	Bayern	335	3,3
München (LMU)	Ludwig-Maximilians-Universität München	Bayern	299	3,0
Münster	Westfälische Wilhelms-Universität	Nordrhein-Westfalen	338	3,4
Neuruppin	Medizinische Hochschule Brandenburg	Brandenburg	8	0,1
Oldenburg	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	Niedersachsen	62	0,6
Regensburg	Universität Regensburg	Bayern	39	0,4
Rostock	Universität Rostock	Mecklenburg-Vorpommern	197	2,0
Tübingen	Eberhard Karls Universität Tübingen	Baden-Württemberg	567	5,7
Ulm	Universität Ulm	Baden-Württemberg	259	2,6
Witten-Herdecke	Universität Witten/Herdecke	Nordrhein-Westfalen	80	0,8
Würzburg	Julius-Maximilians-Universität Würzburg	Bayern	579	5,8
N			10.012	100
Keine Angabe			3.903	

Abbildung 1 zeigt die Studienorte mit Regel- und Modellstudiengängen

(Näheres dazu findet sich in Kapitel 4.2 Studium).

Abbildung 1: Standorte der medizinischen Fakultäten



Quelle: Medizinischer Fakultätentag MFT

Medizin ist – wie einleitend erwähnt – seit einigen Jahren ein weiblich dominierter Studiengang. Das Medizinstudium ist für Frauen offenkundig deutlich attraktiver als viele andere Fächer. Bezogen

auf alle Medizinstudierenden waren 2017 61,5%, bezogen auf die Studierenden mit deutscher Staatsangehörigkeit 70,4% Frauen. Ausweislich der Zahlen des Statistischen Bundesamts beträgt

der Frauenanteil in allen Studiengängen im WS 2018/19 dagegen nur 48,9%. Hinsichtlich dieses wichtigen Strukturmerkmals entspricht die Stichprobe der Grundgesamtheit recht gut (Frage 21).

TABELLE 2: GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018
Weiblich	64,0	64,5	65,6
Männlich	36,0	35,5	34,4
N	10.286	10.284	11.668

Das Alter der Befragten schwankt zwischen 18 und 63, das Durchschnittsalter beträgt wie im Jahr 2014 24,9 Jahre, der Median 24 und der Modus 23 Jahre (Frage 22). Hier gibt es keine Abweichungen vom Altersdurchschnitt aller Studierenden in Deutschland, der im SoSe 2016 laut der 21. Sozialerhebung

des Deutschen Studentenwerks bei 24,7 Jahren liegt.

Rund 96% der Teilnehmer der Befragung haben die deutsche Staatsbürgerschaft (Frage 18). Entsprechend der Bevölkerungszahlen der Bundesländer stammen die weitaus meisten Studierenden aus

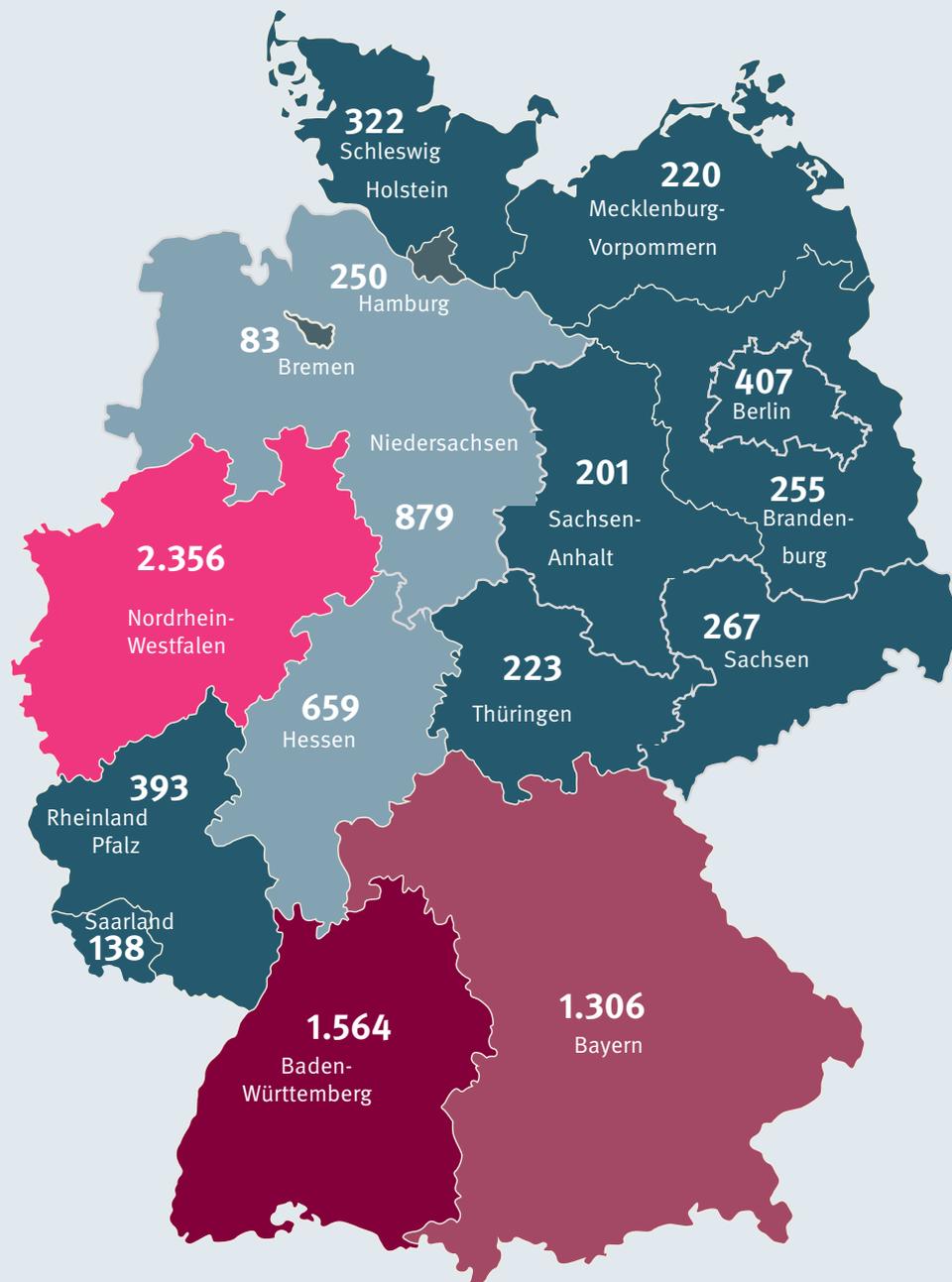
Westdeutschland (Tabelle 3), ein gutes Drittel kommt aus eher ländlichen Gegenden (Tabelle 4).²⁸ Diese Strukturdaten entsprechen in etwa denen aus dem Jahr 2014, hinsichtlich der sozial-strukturellen Zusammensetzung der jeweils untersuchten Population gibt es mithin keine relevanten Veränderungen.

TABELLE 3: HERKUNFTSBUNDESLAND

ORT	BUNDESLAND	%
Süddeutschland 30,9%	Baden-Württemberg	16,2
	Bayern	14,0
Westdeutsche Flächenstaaten 50,3%	Hessen	7,3
	Niedersachsen	7,9
	Nordrhein-Westfalen	23,1
	Rheinland-Pfalz	5,2
	Saarland	1,7
	Schleswig-Holstein	3,9
Ostdeutschland 10,3%	Brandenburg	1,8
	Mecklenburg-Vorpommern	2,0
	Sachsen	3,1
	Sachsen-Anhalt	1,6
	Thüringen	1,6
Stadtstaaten 8,5%	Berlin	4,5
	Bremen	0,8
	Hamburg	3,0

²⁸ Alle Angaben zum Herkunftsort (Wohnortgröße, Bundesland, Region) haben wir aus den Angaben zu Wohnort und Postleitzahl des Wohnortes abgeleitet

Abbildung 2: Herkunftsländer der Studierenden



Wir haben die Studienorte analog zu den Herkunftsländern zu Regionen zusammengefasst. 30,9% der Befragten studieren in Süddeutschland, 50,3% in

westdeutschen Flächenstaaten, 10,3% in Ostdeutschland und 8,5% in den Stadtstaaten.

TABELLE 4: HERKUNFTSORT, GRÖSSE

	EINWOHNER	%
Dorf 9,6 %	bis 2.000	4,0
	2.000 bis 5.000	5,6
Kleinstadt 7,1 %	5.000 bis 10.000	7,1
Mittelstadt 37,6%	10.000 bis 50.000	27,2
	50.000 bis 100.000	10,4
Großstadt 25,0 %	100.000 bis 500.000	25,0
Metropole 20,8 %	500.000 oder mehr	20,8
N = 11.200		

AUS HERKUNFTS- UND STUDIENREGION ERGIBT SICH FOLGENDE VERTEILUNG:

TABELLE 5: STUDIENREGION UND HERKUNFTSREGION (ANGABEN IN PROZENT)

Studienregion	HERKUNFTSREGION			
	Süddeutschland	Westdeutschland	Ostdeutschland	Stadtstaaten
Süddeutschland	75,1	15,8	10,8	9,4
Westdeutschland	17,8	73,5	19,7	27,1
Ostdeutschland	4,5	4,9	58,9	11,3
Stadtstaaten	2,6	5,8	10,6	52,2
N	2.577	4.153	846	690
Sig. = .000, Cramer's V = .526				

Die Tabelle zeigt die drei schon in den beiden letzten Befragungen deutlich gewordenen Trends, die sich nach der dritten Welle zu stabilen Mustern verfestigt haben:

1. Die Studierenden studieren nach Möglichkeit heimatnah, die anteilig jeweils größten Gruppen haben ihre (größere) Herkunftsregion für das Medizinstudium nicht verlassen. Sie studieren

mehrheitlich entweder in ihrem Heimatbundesland oder an Universitäten in der Nähe ihres Wohnortes außerhalb ihres Heimatbundeslandes.

2. Studierende aus den Stadtstaaten²⁹ und aus den fünf neuen Ländern sind hinsichtlich der Studienortwahl etwas mobiler als ihre Kommilitonen aus der ehemaligen Bundesrepublik.

3. Ostdeutschland und die Stadtstaaten sind für Studierende aus der ehemaligen Bundesrepublik (Süd- und Westdeutschland) eher unattraktiv und es studieren vergleichsweise nur sehr wenige Personen aus den drei (nördlich gelegenen) Stadtstaaten in Süddeutschland.

Welche Implikationen diese offenkundige nachhaltige Heimatverbundenheit für die spätere Wahl von Arbeitsorten hat, werden wir in Kapitel 4.11 darstellen.

²⁹ Hier fließt natürlich mit ein, dass der Stadtstaat Bremen keine eigene medizinische Fakultät hat.

4.2 STUDIUM

Das Medizinstudium ist in Deutschland durch die Approbationsordnung geregelt. Zugangsvoraussetzung ist die Allgemeine Hochschulreife verbunden mit einem Numerus clausus (NC), der aktuell bei einer Abiturdurchschnittsnote von 1,0 liegt oder ein entsprechend anrechenbarer Schul- oder Berufsausbildungsabschluss. Der kontinuierlich zunehmende Frauenanteil im Studium ist zum einen darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Abschlüsse mit 1,0 und 1,1 bei den Frauen höher ist als bei den Männern. Hinzu kommt aber noch ein zweiter Aspekt: Männer mit entsprechenden Abiturdurchschnittsnoten scheinen sich zunehmend für andere Studienfächer mit besseren Verdienst- und Karrieremöglichkeiten bei eher geringerer Verantwortung und insbesondere auch kürzeren Ausbildungszeiten zu entscheiden. Der folgende Kommentar einer angehenden Ärztin aus dem Jahr 2014 trifft dieses

Problem sehr gut: „Thema Bezahlung ist sicherlich sehr wichtig, meines Erachtens der wichtigste Grund für die Männerflucht aus dem Studium. Die gehen in die Wirtschaft, wo es noch was zu holen gibt und wir Frauen bleiben bei alten Chefs übrig (im schlimmsten Fall, natürlich nicht überall so, aber definitiv vorhanden – Erfahrungsberichte), die den Vertrag nicht verlängern, wenn man schwanger ist. Das fängt schon im Studium an.“

Die Regelstudienzeit in der Humanmedizin beträgt wie schon angemerkt 12 Semester. Das Studium gliedert sich in drei Abschnitte. Der vorklinische Teil vom ersten bis zum vierten Semester wird mit der ärztlichen Vorprüfung (Physikum) abgeschlossen. Der anschließende klinische Teil (bis zum 10 Semester) mündet in den im letzten Studienjahr angesiedelten zusammenhängenden Praxisblock

von 48 Wochen, dem PJ, ein. Der zweite Teil ärztlicher Prüfungen nach dem Physikum wird in schriftlicher Form vor, der dritte Teil als mündliche Prüfung nach dem PJ durchgeführt. Danach kann die staatliche Zulassung (Approbation) zur Berufsausübung als Arzt beantragt werden, an die sich in der Regel die Weiterbildung zum Facharzt anschließt.

Ein Drittel der Studierenden befindet sich im ersten Teil des Studiums (1. bis 4. Semester), gut die Hälfte im klinischen Teil (5. bis 10. Semester) und rund 16% in der Abschlussphase (11. Semester oder mehr, Frage 2). Dieser formalen, an Semesterzahlen orientierten Einteilung entspricht die Eingruppierung in Studienabschnitte durch die Studierenden selbst nach Vorklinik, Klinik, Famulatur oder PJ (Frage 3). Auch diese Verteilung gleicht der aus dem Jahr 2014.

TABELLE 6: SEMESTERZAHL (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018
1-4	31,1	34,0	30,8
5-10	53,3	50,0	53,5
11 oder mehr	15,6	16,0	15,7
N	10.104	10.737	13.674

Seit einigen Jahren werden in Deutschland auch sog. Modell- oder Reformstudiengänge angeboten. § 41 der Approbationsordnung erlaubt den Ländern solche zeitlich befristeten Studiengänge, die von dem einleitend genannten Aufbau des Medizinstudiums abweichen, einzurichten. Der erste dieser Reformstudiengänge wurde zum Wintersemester

1999 an der Charité in Berlin eingeführt. Modellstudiengänge lösen die klaren Grenzen zwischen Vorklinik und Klinik im Regelstudiengang auf und sollen die Studierenden zu einem früheren Zeitpunkt im Studium auch praktisch ausbilden. Etwas mehr als ein Zehntel der befragten Studierenden studiert in einem solchen Modellstudiengang. Stu-

dierende in Modellstudiengängen befinden sich erwartungsgemäß im Vergleich zu ihren Kommilitonen in herkömmlichen Studiengängen deutlich häufiger in niedrigeren Semestern (bis Semester 10) und sind auch etwas jünger. Die Anteile von Frauen und Männern unterscheiden sich dagegen nicht.

TABELLE 7: SEMESTERZAHL (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018
Vorklinik	32,1	35,5	31,7
Klinik	52,3	51,2	52,8
PJ	15,7	13,5	15,5
N	10.104	11.117	13.915

4.3 VORERFAHRUNGEN IM MEDIZINISCHEN BEREICH

Wie 2014 hat (knapp) die Hälfte der Befragten bereits vor dem Studium praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt – z. B. im Bundesfreiwilligendienst oder Zivildienst, im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) oder einer Ausbildung. Insgesamt 40% – und damit anteilig exakt so viele wie 2014 – haben Eltern oder andere Verwandte, die selbst auch Mediziner sind oder waren (Frage 4). Fasst man alle Angaben aus Frage 4 zusammen, dann haben insgesamt (konstant seit 2014) rund

71% der Befragten eigene praktische Erfahrungen mit dem medizinischen Bereich vor Aufnahme des Studiums gesammelt oder durch die Tätigkeit von Eltern oder Verwandten Einblicke gewonnen – bis hin zu der Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen. Auch im Vergleich zu der ersten Befragung aus dem Jahr 2010 sind diese Strukturen sehr stabil geblieben. Das bedeutet, dass die große Mehrheit der Studierenden durchaus nicht unvorbereitet ein Medizinstudium aufgenommen, sondern

konkrete Vorstellungen davon entwickelt hat, was ein Studium der Medizin und eine ärztliche Tätigkeit bedeuten. Die Daten zeigen auch, dass die Berufsvererbungsquote im Medizinstudium ebenfalls konstant und vergleichsweise hoch ist. Mit Vererbung ist hier gemeint, dass Kinder den gleichen Beruf ergreifen wie Eltern (oder andere Verwandte). Bei der Vererbungsquote gibt es zwischen Männern und Frauen wie auch bei letzten Befragungen leichte Unterschiede (43% bei den Männern vs. 38% bei den Frauen).

TABELLE 8: VORERFAHRUNGEN MIT DEM MEDIZINISCHEN BEREICH

	%	BERUFSVERERBUNGSQUOTE	VORERFAHRUNGEN GESAMT
Praktische Erfahrungen vor Studium	50,7	40,0	70,8
Eltern sind Mediziner	24,1		
Andere Verwandte sind Mediziner	30,5		
Möglichkeit der Praxisübernahme	13,9		
N zwischen 13.685 und 13.697			

Seit 2010 haben sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich solcher Vorerfahrungen insgesamt kontinuierlich verringert. Bestand im Jahr 2010 noch eine Differenz von 17 Prozentpunkten (Männer 85%, Frauen 68%), betrug diese 2014 nur noch 12 Prozentpunkte (Männer 79%, Frauen 67%) und liegt im Jahr 2018 bei 8 (Männer

76%, Frauen 68%). Die Abschaffung des Pflichtdienstes für Männer, der häufig in medizinnahen Bereichen absolviert wurde, macht sich hier deutlich bemerkbar. 2010 hatten 71% der Männer und 48% der Frauen praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Beginn des Studiums gesammelt. 2014 waren es nur noch 61% der Männer und 45% der

Frauen und 2018 56% der Männer und 46% der Frauen. Man sieht hier, dass die Werte bei den Frauen vergleichsweise stabil, bei den Männern aber rückläufig sind. Gleichwohl sind die Werte bei den Männern immer noch durchgängig höher als bei den Frauen.

TABELLE 9: VORERFAHRUNGEN MIT DEM MEDIZINISCHEN BEREICH NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH-MÄNNLICH
Praktische Erfahrungen vor Studienbeginn*	45,8	56,1	-10,3
Eltern sind Mediziner*	22,0	26,9	-4,9
Andere Verwandte sind Mediziner*	28,6	31,6	-3,0
Möglichkeit der Praxisübernahme von Verwandten/Bekanntem*	11,8	15,5	-3,7
Berufsvererbungsquote*	38,1	42,7	-4,6
Vorerfahrungen insgesamt*	68,3	75,8	-7,5
N zwischen 11.637 und 11.664			

*Hochsignifikanter Unterschied

4.4 ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT

In der Befragung 2014 sind erstmals – bezogen auf die spätere Wahl eines bestimmten Fachgebiets – Erwartungen und Bewertungen erhoben worden, die sich auf das Jobprofil, Einkommenserwartungen, das Verhältnis von Arbeit, Familie und Freizeit und das Berufsprestige beziehen (Frage 8). Dieser Block wurde 2018 wiederholt. Die quantitative Bedeutung dieser Aspekte ist nach wie vor recht unterschiedlich, in einigen Fäl-

len haben wir nahezu Konstanten abgefragt, in anderen Fällen besteht deutlich mehr Varianz. Von hoher Wichtigkeit sind wie 2014 die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten, die aber auch Flexibilität ermöglichen oder auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu sein. Unwichtig(er) ist für eine Mehrheit der Befragten von all den genannten Themen nur die Teilnahme an klinischen Studien.

TABELLE 10: ERWARTUNGEN AN SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT 2014 2018)

	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Familie und Beruf gut vereinbaren	94,7 94,6	69,3 69,4	25,5 25,2	4,5 4,8	0,7 0,6
Auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu sein	94,4 93,1	50,0 53,6	44,4 39,6	5,5 6,2	0,2 0,7
Geregelte Arbeitszeiten	84,1 82,3	39,7 33,2	44,8 49,1	14,5 16,4	1,5 1,4
Arbeitszeiten flexibel gestalten	83,8 81,4	45,9 40,3	37,9 41,1	14,5 16,8	1,6 1,9
Gute Verdienstmöglichkeiten	82,2 79,6	27,9 27,5	54,3 52,1	16,6 18,7	1,2 1,7
Behandeln eines breiten Spektrums an Krankheiten im Beruf	74,1 69,4	24,4 21,1	49,7 48,3	24,9 28,5	1,0 2,0
Neben der Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen	72,1 67,2	22,2 22,1	49,9 48,3	23,7 28,3	4,2 4,5
Arbeiten in Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen	63,6 66,5	15,4 19,2	48,2 47,4	24,9 28,5	1,0 2,0
Tätigkeit in eigener Praxis	60,3 53,5	21,1 18,7	39,2 34,8	33,4 36,2	6,3 10,3
Arbeiten in Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe	50,7 59,7	10,8 17,3	39,9 42,3	44,5 35,4	4,8 4,9
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien	35,4 36,0	10,8 12,0	24,6 24,0	48,3 44,2	16,4 19,8
Gute Karrieremöglichkeiten	– 61,6	– 21,8	– 39,8	– 34,9	– 3,5
N 2014 zwischen 10.768 und 10.819, N 2018 zwischen 13.441 und 13.476					

Wir haben die Einzelaspekte („Items“) aus Frage 16 mit Hilfe einer Faktorenanalyse (genau: einer Hauptkomponentenanalyse) gruppiert und verdichtet. Mit dieser Analyse können die den Fragen zugrunde liegenden Dimensionen (oder „Faktoren“) identifiziert werden. Wenn Items zu einem Faktor gehören und eine bestimmte Dimension repräsentieren, dann sollten sie auf den jeweiligen Faktor „laden“, d. h. hoch mit diesem korrelieren und Werte nahe bei

1 oder -1 erreichen und zudem nicht auf andere Faktoren laden. Wenn dies – so wie in der folgenden Tabelle – gegeben ist, spricht man von einer „Einfachstruktur“ der Komponentenmatrix. Die Analyse hat vier zentrale Faktoren identifiziert, die wir in ähnlicher Form auch 2014 ermittelt haben,³² nämlich Familie und Freizeit, Beruflicher Erfolg und Einkommen, Abwechslung im Beruf und Wissenschaftsorientierung.

Die Codewerte der Fragen (1 = „sehr wichtig“ bis 4 = „unwichtig“), die zu einem Faktor gehören, wurden für die weitere Auswertung addiert, durch die Zahl der Items geteilt und gerundet. Die so erzeugten Skalenwerte haben damit die gleiche Skalierung wie die sie konstituierenden Items und bilden als verdichtete Information die jeweilige Bewertung besser ab als Einzelmessungen.

³² Aufgrund der 2018 etwas anders gearteten Itemstruktur sind die Verteilungen der Items auf die Faktoren nicht völlig deckungsgleich mit 2014. Wir verzichten deshalb auf direkte Vergleiche der Anteilswerte. Strukturell hat sich allerdings nichts an den jeweiligen Orientierungen und ihrer subjektiven Bedeutung geändert

TABELLE 11: ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN UND FAKTORLADUNGEN

	1. FAMILIE UND FREIZEIT	2. WISSENSCHAFTSORIENTIERUNG	3. ABWECHSLUNG IM BERUF	4. BERUFLICHER ERFOLG
Arbeitszeiten flexibel gestalten zu können	.799			
Geregelte Arbeitszeiten	.767			
Vereinbarkeit von Beruf und Familie	.764			
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien		.738		
Auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu sein		.681		
Zusammenarbeit mit Kollegen verschiedener anderer Fachrichtungen			.713	
Zusammenarbeit mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen			.682	
Breites Spektrum von Krankheiten			.669	
Neben Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse kennen			.629	
Gute Verdienstmöglichkeiten				.804
Gute Karrieremöglichkeiten				.628
In eigener Praxis tätig sein können				.545
Eigenwerte	2,0	1,9	1,9	1,5

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .667, Sig. Bartlett: .000, erklärte Varianz 61%

Der Faktor Familie ist für 91,1% sehr wichtig oder wichtig und damit mit Abstand nach wie vor auch der bedeutendste, danach rangieren: Beruflicher Erfolg (72,5%), Wissenschaftsorientierung (70,3%) und Abwechslung im Beruf (63,9%).

TABELLE 12: ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT: FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT)

	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Familie und Freizeit	91,2	42,7	48,4	8,4	0,4
Beruflicher Erfolg	72,5	11,6	60,9	26,7	0,8
Abwechslung im Beruf	63,9	7,3	56,6	34,6	1,4
Wissenschaftsorientierung	55,8	11,5	44,3	40,2	4,0
N zwischen 13.480 und 13.481					

Bei der Bedeutung dieser Faktoren bestehen teilweise durchaus deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Für Frauen sind Familie und Freizeit (auf insgesamt hohem Niveau) noch wichtiger als für Männer, bei den

Frauen haben wir nahezu eine Konstante abgefragt. Für Männer sind dagegen im Vergleich zu den Frauen beruflicher Erfolg und Wissenschaftsorientierung in der ärztlichen Tätigkeit wichtiger.

TABELLE 13: WICHTIGKEIT DER FAKTOREN ZU BERUFSERWARTUNGEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

FAKTOR	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH-MÄNNLICH
Familie und Freizeit*	94,0	86,3	7,7
Beruflicher Erfolg*	68,3	78,7	-10,4
Abwechslung im Beruf*	65,6	61,0	4,6
Wissenschaftsorientierung*	52,1	61,4	-9,3
N = 11.668			

*Hochsignifikanter Unterschied

Wie auch in der Befragungswelle 2014 sind Studierende mit stärkerer Wissenschaftsorientierung häufiger als die aus der Vergleichsgruppe interessiert an einer angestellten Tätigkeit im Krankenhaus (80% vs. 69%) oder – besonders deutlich in der Forschung (38% vs. 5%)

und deutlich seltener an einer Niederlassung als Hausarzt (36% vs. 51%).³³ Bei dem grundsätzlichen Interesse einer Tätigkeit als niedergelassener Facharzt besteht dagegen zwischen beiden Gruppen kein Unterschied.

³³ Zur Attraktivität verschiedener Arbeitgeber und Beschäftigungsformen vgl. Kap. 4.8.

Eine ausgeprägte Familien- und Freizeitaffinität erhöht die Attraktivität einer Niederlassung in der haus- oder fachärztlichen Versorgung um 20 Prozentpunkte oder mehr (hausärztliche Versorgung: 45% vs. 21%, fachärztliche Versorgung: 78% versus 56%) und die Attraktivität einer angestellten Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (77% vs. 47%), während eine angestellte Tätigkeit in der Klinik deutlich an Attraktivität verliert (73% vs. 92%). Eine Tätigkeit in der Klinik gilt nach wie vor als wenig familien- und freizeitfreundlich (vgl. dazu auch die Antworten auf Frage 12 in Kapitel 4.10).

Die Arbeit gleichsam „irgendwo“ in der Akutversorgung ist dagegen mit jeweils 93% für beide Kategorien gleich groß. Konkret: Künftige Ärzte mit starker Familienorientierung – was den Wunsch nach Kindern explizit einschließt – sind deutlich stärker an einer Tätigkeit im ambulanten Sektor, die diesbezüglich weniger dezidierten Befragten dagegen stärker an einer Tätigkeit in der Klinik interessiert. Für die Rekrutierung bedeutet dies, dass gerade für im ambulanten Sektor tätige künftige Ärzte das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wozu an zentraler Stelle gute Kinderbetreuungsangebote und Bildungsmöglichkeiten zählen, noch stärker in den Fokus rücken muss. Hier sind auch und gerade die Kommunen gefordert.

Befragte, für die beruflicher Erfolg eine relevante und wichtige Orientierungsgröße ist, sind deutlich häufiger an einer Niederlassung als Facharzt interessiert (82% vs. 59%). Ansonsten lassen sich keine Unterschiede feststellen. Wir vermuten, dass hinter dem ausgeprägten Interesse an einer Niederlassung als Facharzt die Erwartung steht, dass die Einkommenschancen dort besser sind. Für diese Vermutung spricht, dass die Einkommenserwartungen, die diese Be-

fragten für niedergelassene Ärzte haben, im Durchschnitt mehr als 1.000 Euro über denen aus der Vergleichsgruppe liegen (vgl. dazu auch Kap. 4.5).

4.5 EINKOMMENS- ERWARTUNGEN

Das spätere Einkommen ist für künftige Ärzte zumindest ausweislich der Kommentare zu diesem Thema nach wie vor ein wichtiger Faktor, wobei wie auch schon 2010, als wir die Frage nach einem angemessenen Nettoeinkommen das erste Mal gestellt hatten, immer wieder darauf hingewiesen wurde, dass Ausbildungszeit, die sehr verantwortungsvolle und zeitintensive Berufstätigkeit und das zu erzielende Einkommen in einem angemessenen Verhältnis stehen müssen. Dabei sehen einige Studierende auch mit einer gewissen Sorge ein eher negatives Bild der Ärzte in der Bevölkerung, wonach deren Motivation zur Berufsausübung primär oder sogar ausschließlich monetär geprägt ist und Aspekte des ärztlichen Ethos wie Helfen und Heilen kaum noch eine Rolle spielen:

Ärzte sollten in den Kliniken gemessen an Ihrer Verantwortung, der immensen Arbeitsbelastung und dem immer größeren Patientenaufkommen besser bezahlt werden. Vor allem müssen Überstunden gewürdigt und honoriert werden.

Angemessenes Einkommen für Ärzte (auch Pfleger), egal ob angestellt oder selbstständig. Die derzeitige monetäre Honorierung ist absolut inadäquat und muss DRINGEND verbessert werden! Das bedeutet im Klartext mindestens ein Bruttojahresgrundentgelt

Arbeit, Mehrarbeit, Engagement und Leistung muss sich wieder lohnen!

Bezahlung in den letzten Jahren deutlich besser geworden, dennoch noch viel Luft nach oben, insbesondere im Vergleich zur freien Wirtschaft. Insbesondere Nachtdienste müssen bundesweit besser bezahlt werden.

Das Gehalt finde ich für die Länge und teure Studienzeit und die später damit verbundene Verantwortung sowie Arbeitszeit/-Aufwand nicht angemessen (zu niedrig).

Bessere Bezahlung für das was man leistet.

Es kann nicht sein, dass ein so verantwortungsvoller Job insgesamt so schlecht entlohnt wird.

Bessere Bezahlung, im Vergleich zur freien Wirtschaft eine Katastrophe.

Wir leben in einer Zeit, in der die Generation Arzt stirbt, die für zu wenig Honorar zu viel gearbeitet und sich nie beschwert hat. Gleichzeitig haben wir in der Bevölkerung das Image des überbezahlten Akademikers, der nur jammert.

Was aber gilt als angemessenes Gehalt? Wir haben danach in Frage 15 gefragt und dabei wie schon 2010 differenziert zwischen Gehaltsvorstellungen für angestellte Ärzte (mit fünf Jahren Berufserfahrung, also explizit keinen Berufsanfängern), niedergelassenen Ärzten in der Stadt und niedergelassenen Ärzten auf dem Land. Hinter dieser Differenzierung stand die Überlegung, dass für Landärzte möglicherweise ein höheres Gehalt als angemessen angesehen wird, weil hier gleichsam der Verdienstaufschlag für den Partner bei antizipierten ungünstigen Arbeitsmärkten für Akademiker in ländlichen Regionen kompensiert werden muss. Um es gleich vorwegzunehmen: Diese Überlegung wurde bereits 2010

durch die Daten nicht gestützt und scheint bei den Einkommenserwartungen der künftigen Ärzte keine Rolle zu spielen. Wir haben an der Frage gleichwohl nichts geändert, um Vergleiche im Zeitverlauf anstellen zu können.

Gefragt wurde außerdem ausdrücklich nach dem Monatsnettoeinkommen. Nun sind Fragen nach Gehaltsvorstellungen (nicht nur wegen der Differenz von Brutto- und Nettogehalt, Monats- und Jahreseinkommen) grundsätzlich problematisch und zwar gerade bei Personen, die – wie Studierende – selbst in den meisten Fällen wohl noch keine Erfahrungen mit dem Arbeitsmarkt gemacht haben. Bei Fragen nach dem Gehalt in diesen Zielgruppen spielen damit die Referenzgruppen, an denen man sich orientiert, eine entscheidende Rolle. Dies dürften bei der hier untersuchten Population zum einen natürlich die jetzt tätigen Ärzte sein, zum anderen aber ausweislich der Kommentare auch andere Akademiker und nicht zuletzt wohl auch solche, die in den Bereichen Recht, Wirtschaft und Finanzen arbeiten – also Juristen und Ökonomen. Gerade über die Gehälter dieser Gruppen wurde in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der Finanzkrise öffentlich auch intensiv diskutiert. Dabei hat die Tatsache, dass die Tätigkeit von teilweise extrem hoch bezahlten Investmentbankern nicht nur nicht förderlich für die Realwirtschaft war, sondern ganz im Gegenteil ausgesprochen schädliche gesamtwirtschaftliche Konsequenzen hatte, für die die Gesamtheit der Steuerzahler nun haftet, dass Verständnis für diese hohen Gehälter sicher nicht verbessert. Versuche, diese Gehälter mit Leistungsargumenten zu rechtfertigen, verlieren vor diesem Hintergrund deutlich an Überzeugungskraft. Dass (angehende) Ärzte, die eine hoch verantwortungsvolle Tätigkeit ausüben und im Schadensfall mit beruflichen und juristischen Konsequenzen

rechnen müssen, bei Vergleichen mit solchen Gruppen Gehaltsvorstellungen im Einzelfall ebenfalls hoch ansetzen, kann dann nicht überraschen und sollte bei der Interpretation der Verteilung der Angaben zu angemessenen Gehältern bedacht werden.

Natürlich stellt sich dann immer noch die Frage nach den Referenzwerten. Wir haben dazu bereits für die Auswertung der Ergebnisse der ersten Welle in frei zugänglichen Medien publizierte Gehälter zusammengestellt, da wir davon ausgehen, dass auch Medizinstudierende diese eher zur Kenntnis nehmen als differenziertere wirtschaftswissenschaftliche Untersuchungen zu Gehältern und Einkommen. Danach rangieren am oberen Ende der Gehaltsskala laut Süddeutscher Zeitung mit durchschnittlich 92.556 Euro Bruttojahresgehalt Geschäftsführer und Leiter von Geschäftsbereichen. Den zweithöchsten Verdienst erzielen Anwälte und Notare mit 82.135 Euro, gefolgt von Piloten mit 77.796 Euro und Unternehmensberatern mit 76.172 Euro. Ebenfalls sehr hohe Bruttojahresverdienste erhielten angestellte Ärzte mit 75.895 Euro sowie Chemiker mit 75.533 Euro.³⁴ Die Botschaft hier ist mithin: (Angestellte) Ärzte verdienen zwar ganz gut, aber bei weitem nicht so gut wie Geschäftsführer oder Juristen.

So genannte Top-Manager verdienen noch mehr: Die Süddeutsche Zeitung hat berichtet, dass die Gehälter der Vorstände der großen börsennotierten Dax-Unternehmen in den vergangenen 20 Jahren seit der Einführung des Deutschen Aktienindex um 650 Prozent gestiegen sind. Demnach verdiente ein Dax-Vorstand im Jahr 1987 im Durchschnitt 445.800 Euro, 2007 waren es bereits 3,3 Millionen Euro. Das entspricht einer Versiebenfachung der Einkommen.³⁵ Das Manager-Magazin stuft Experten für Unternehmenskäufe

unter Deutschlands Topverdiener ein. Sie beziehen mit einem durchschnittlichen Jahresgehalt von 165.108 Euro die höchsten Gehälter in Deutschland. Unter den Top-Ten der Spitzenverdiener finden sich auch Berufe wie Wertpapierhändler mit einem durchschnittlichen Bruttojahresgehalt von 127.198 Euro, Unternehmensberater (102.358 Euro), angestellte Ärzte (94.484 Euro), Kaufmännische Leiter (91.547 Euro), Vertriebsleiter (88.415 Euro) oder Personalleiter (86.584 Euro).³⁶ Wiederum zeigt sich also, dass Ärzte zwar gut verdienen, so genannte Finanzfachleute aber deutlich mehr. Einer der Spitzenverdiener bei den Bankangestellten in Deutschland ist laut einer Meldung der Welt Josef Ackermann mit einem Bruttogehalt von rund 13 Millionen Euro im Jahr.³⁷ Junioren – also Berufsanfänger - im Investment-Banking können gegenwärtig in Deutschland mit rund 65.000 Euro Grundgehalt rechnen. Mit 3-5 Jahren Berufserfahrung kann man 150.000 Euro und mehr verdienen, die allerdings – wie man bei „Gehaltsreporter“ nachlesen kann „auch mit 60-80 Wochenstunden hart erkämpft sein wollten.“ Auf Senior-Positionen werden 310.000 bis 360.000 Euro oder mehr gezahlt. Der Deutschland-Chef von Goldman Sachs wurde 2007 beispielsweise auf ca. 25 Mio. Euro Jahresgehalt taxiert.³⁸ Rechnet man hier mit 50% Abzügen, dann bleiben Jahresnettoeinkommen zwischen 325.000 bei Anfängern im Bankgewerbe, 75.000 für Bankangestellte mit 3 bis 5 Jahren Erfahrung, 180.000 für Personen im gehobenen Management und über 12 Millionen bei den Führungskräften. Teilt man diese Beträge durch 12, erhält man die Monatsnettoeinkommen, also 2.700, 6.250, 15.000 und eine Million Euro.

³⁴ <http://www.sueddeutsche.de/karriere/gehaelter-im-vergleich-so-viel-verdient-der-nachbar-1.593595>

³⁵ <http://www.sueddeutsche.de/geld/managergehaelter-teure-spitzenkraefte-1.203367>

³⁶ <http://www.manager-magazin.de/unternehmen/karriere/0,2828,303259,00.html>

³⁷ http://www.welt.de/wirtschaft/article1058384/Managergehaelter_in_Deutschland_steigen_kraeftig.html

³⁸ <http://gehalsreporter.de/gehaelter-von-a-bis-z/199.html>

Im Vergleich dazu sind die Gehaltsvorstellungen der angehenden Ärzte durchaus nicht übertrieben. Zunächst fällt auf, dass die Streuung der Werte recht groß ist, was man sowohl an der Differenz von Minimum und Maximum als auch an der Standardabweichung sehen kann. Wir haben hierbei Angaben unter 2.000 (ca. 4% der Nennungen) und über 20.000 Euro (ca. 1% der Nennungen, der völlig unrealistische Maximalwert lag bei einer Milliarde) nicht berücksichtigt.

Bei diesen Verteilungen mit den Grenzen von 2.000 und 20.000 Euro (mit jeweils rund 95% der Nennungen) liegen die Durchschnittswerte zwischen knapp 5.000 und rund 6.400 Euro. Diese Werte sind deutlich höher als 2010, damals lagen die Durchschnittswerte zwischen 4.000 und gut 5.000 Euro. Was sich nicht geändert hat, sind unterschiedliche Gehaltsvorstellungen für angestellte und niedergelassene Ärzte. Für Niedergelassene wird ein um rund 1.400 Euro

höheres Einkommen als für angestellte Ärzte angesetzt (2010 lag die Diskrepanz bei 1.000 Euro), wofür das den Niedergelassenen ja nicht zu Unrecht zugeschriebene höhere berufliche Risiko ursächlich sein dürfte. Zwischen den Einkommensvorstellungen für Ärzte in der Stadt oder auf dem Land gibt es nach wie vor keine Unterschiede.

TABELLE 14: EINKOMMENSERWARTUNGEN: ANGEMESSENE MONATSNETTOEINKOMMEN IN EURO (2010 UND 2018)

FAKTOR	ARITHMETISCHES MITTEL	MODUS	MEDIAN	STANDARD-ABWEICHUNG
Angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	4.353 4.994	4.000 5.000	4.000 5.000	2.946 1.752
Niedergelassener Arzt in der Stadt	5.458 6.368	5.000 5.000	5.000 6.000	3.971 2.752
Niedergelassener Arzt auf dem Land	5.390 6.371	5.000 5.000	5.000 6.000	3.954 2.809

Die Position im Studienverlauf hat unverändert keinen Einfluss auf die Einkommenserwartungen, zwischen Studienanfängern und Studierenden im PJ bestehen bei dieser Frage keine gravierenden Unterschiede. Im Zeitverlauf allerdings haben die Einkommenserwartungen hier durchaus zugenommen. Viele Studierende, die jetzt im PJ sind, waren 2014 im klinischen Teil ihres Studiums. Vergleicht man diese Werte, ergeben sich Steigerungen der Gehaltsvorstellungen zwischen ca. 500 und 1.000 Euro.

Einen sehr deutlichen Effekt hat dagegen nach wie vor das Geschlecht. Frauen sind in ihren Einkommensvorstellungen - gemessen durch die Standardabweichungen - deutlich homogener als die Männer. Vor allem aber sind sie mit deutlich weniger Einkommen zufrieden. Die Unterschiede in den Mittelwerten bei den als angemessen angesehenen Einkommen betragen 2010 bei dem durchschnittlichen Wunscheinkommen für den angestellten Arzt rund 500, bei denen für die niedergelassenen Ärzte jeweils rund 1.000 Euro. 2018 sind dies

bei angestellten Ärzten zwar nur noch 272 Euro, bei den Niedergelassenen dagegen aber weiterhin knapp 1.000 Euro. Über die Gründe für diese Diskrepanzen, die wir auch aus anderen Untersuchungen kennen, kann nur spekuliert werden. Möglicherweise denken Männer hier eher an ein Familieneinkommen, das sie im Zweifel allein erwirtschaften müssen und Frauen eher an ihr individuelles Einkommen, dass im Fall einer Familiengründung durch das des Partners ergänzt wird. Zu dieser Interpretation passt ein am 21.2.2019 in der Welt

veröffentlichtes Ergebnis des Statistischen Bundesamtes, wonach Väter mehr arbeiten als kinderlose Männer und sich – so die Welt „als Ernährer, nicht als Halbtagsjobber“ sehen. 91% der Väter zwischen 18 und 64 Jahren gingen 2017 einer Erwerbstätigkeit nach, 94% davon in Vollzeit. Bei Männern ohne Kinder waren sowohl Erwerbstätigkeit (77%) als auch Vollzeitquote (88%) niedriger.

Martin Schröder, Wirtschaftssoziologe in Marburg, wird dazu so zitiert: „Männer sehen es noch immer als ihre Aufgabe, die Familie zu ernähren.“ Zwar sind die Befragten mit großer Mehrheit noch keine Eltern, aber – wie einleitend schon dargestellt – wollen rund 93% später Kinder haben. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei nicht.

Einen vergleichbaren, wenn auch nicht ganz so deutlichen Effekt hat unverändert auch die familiäre Situation. Studierende, die Mediziner in der Familie haben, liegen in ihren Einkommensvorstellungen deutlich höher als ihre Kommilitonen, die keinen familiären Bezug zur Medizin haben.

TABELLE 15: EINKOMMENSERWARTUNGEN: FAMILIÄRE SITUATION (2010 UND 2018)

	GESCHLECHT	ARITHMETISCHES MITTEL	STANDARD-ABWEICHUNG	SIG.
Angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	Frauen	4.170 4.884	2.245 1.685	.000
	Männer	4.617 5.156	3.769 1.823	
Niedergelassener Arzt in der Stadt	Frauen	5.032 5.994	2.930 2.484	.000
	Männer	6.080 6.927	5.036 3.020	
Niedergelassener Arzt auf dem Land	Frauen	5.017 5.999	3.174 2.565	.000
	Männer	5.927 6.926	4.756 3.037	

TABELLE 16 EINKOMMENSERWARTUNGEN: ANGEMESSENE MONATSNETTOEINKOMMEN IN EURO UND FAMILIÄRE SITUATION (2010 UND 2018)

	MEDIZINER IN DER FAMILIE?	ARITHME- TISCHES MITTEL	STANDARD- ABWEI- CHUNG	SIG.
Angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	Nein	4.185 4.915	2.727 1.669	.000
	Ja	4.586 5.119	3.167 1.870	
Niedergelassener Arzt in der Stadt	Nein	5.068 6.151	3.130 2.560	.000
	Ja	6.000 6.710	4.714 3.001	
Niedergelassener Arzt auf dem Land	Nein	5.021 6.152	3.192 2.608	.000
	Ja	5.908 6.716	4.633 3.070	

4.6 BERUF – ARBEITSZEIT– FAMILIE

Wie eben bereits dargestellt, ist es für insgesamt über 90% der Befragten wichtig, Familie und Beruf gut miteinander vereinbaren und entsprechend flexibel bei den Arbeitszeiten sein zu können - auch hier zeigen sich keinerlei Veränderungen zu den beiden ersten Wellen. Medizin ist inzwischen mehrheitlich weiblich, und – wie oben schon gezeigt – ist für nahezu alle Frauen in der Stichprobe dieser Faktor wichtig. Für spätere Arbeitgeber oder auch die Rahmenbedingungen für eine freiberufliche Tätigkeit bedeutet dies, dass familienfreundliche Arbeitszeiten (wie auch immer diese im Detail aussehen mögen) für die Frauen – und damit die größere Gruppe des Fachkräftepotentials – eine *conditio sine qua non* sind.

Das Thema Beruf und Familie oder Freizeit wird in der Diskussion seit einigen Jahren üblicherweise unter dem Anglizismus der „Work-Life-Balance“ subsumiert (bisweilen übersetzt als „Arbeit-Leben-Verhältnis“). Wir halten diese Begrifflichkeit für problematisch, weil damit insinuiert wird, dass „Arbeit“ und „Leben“ gleichsam Antagonismen seien und das Leben nach der Arbeit beginnt. Die Begrifflichkeit impliziert die Gefahr, die für die individuelle Biographie entscheidende Bedeutung von Beruf und Berufstätigkeit - etwa für die Entwicklung der persönlichen Identität - auszublenden. Von den Befragten wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unter den derzeitigen Bedingungen als schlecht bis unzureichend eingestuft. Dies hat zur Konsequenz, dass die spätere Berufstätigkeit in dieser Hinsicht als problematisch bewertet wird, wie die Antworten auf die offen gestellte Frage 20 zeigen, bei der dieses Thema – wie auch in den früheren Befragungen - erneut immer wieder angesprochen wurde und großen Raum einnahm. Typische Kommentare waren z. B.:

Am allerwichtigsten ist mir die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hierzu gehören vor allem einfache und von der Klinik problemlos akzeptierte Möglichkeiten zur Teilzeit, die ordentlich bezahlt werden, und die Planbarkeit von Arbeitszeiten.

Es muss sich definitiv mehr tun in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Zukunft der Medizin ist zu mittlerweile weit über 60% weiblich. Die Veränderungen müssen jetzt passieren sonst ist, wie so häufig, mal wieder niemand vorbereitet.

Ich als Frau mache mir große Gedanken darum, wie ich einmal Beruf und Familie vereinbaren kann. Das hat entscheidenden Einfluss auf meine Facharztwahl. Wünschenswert wäre hier ein besseres Informationsangebot bereits im Studium, was möglich sein kann.

Ich als Frau habe sehr viel Angst, später keine Karrieremöglichkeiten nutzen zu können, da man sich in einem gewissen Alter um Kinder und Familie kümmern muss. Entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten würde ich begrüßen.

Es wäre wünschenswert, wenn vielfach die Facharztweiterbildungen (so auch beispielsweise in der Chirurgie) auf die Bedürfnisse von Frauen (hier sei noch einmal die Kinderbetreuung und der Schwangerschaftsausfall genannt) angepasst würden.

Die berufliche Situation ist vor allem für Frauen mit Kindern furchtbar. Man wird zu mehr als 24-Stunden-Diensten gezwungen in Kombination mit Dept-Out Regelung. Gerade im Bereich der Medizin wo es um riesige Verantwortung und Menschenleben geht, darf ...

Ich bin Mutter von 2 Kindern und habe Sorgen vor der Realität der Arbeitswelt. Teilzeit arbeiten heißt immer die Kollegen im Stich zu lassen und Vollzeit würde heißen, meine Kinder nicht mehr zu sehen. Eine echte Arbeitszeitverkürzung muss her!

Wichtig ist eine ECHTE Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Realität und ohne Auswirkungen auf Karriere- und Qualifikationsmöglichkeiten. Dazu gehört eine angemessene Vergütung.

Zu wenig Möglichkeiten, Familie und Beruf zu vereinbaren. Wünsche mir Kitas in Krankenhäusern.

Kinderbetreuung !!!! – in meinem Semester sind 80% Frauen, wenn die ärztliche Versorgung gesichert werden soll, brauchen wir sichere und kostenfreie Kitaplätze.

Auch der schönste Beruf und die größte Berufung ist nicht gut wenn man - auf Dauer - täglich 10 oder mehr Stunden arbeiten muss.

Wünschenswert ist ein Arbeitszeit Modell wie in Schweden bereits getestet, in dem die Schichten auf 5-6 Std pro Tag reduziert werden. Dies bringt viele Vorteile, angeblich sogar ökonomische, unter anderem aber die Vereinbarkeit Familie-Beruf.

Wir jungen Mediziner möchten ein Leben haben. Familie und Freizeit sind mir wichtiger als Positionen und Gehalt und ich weiß mit dieser Meinung stehe ich nicht alleine.

Weniger Überstunden!!! Besser Vereinbarkeit von Beruf und Familie! Immer wieder bekommt man mit, dass einigen Assistenzärzten verboten wird, sich die volle Zahl an Überstunden aufzuschreiben. Das kann nicht sein und ist alles andere als zeitgemäß.

Ich habe große Angst wie viele meiner Mitstudierenden von der Assistenzzeit. Ich möchte nicht mehr als 40 Stunden/ Woche arbeiten, ich möchte meine Überstunden mit Freizeit ausgleichen und mit meiner Familie und Tochter verbringen.

Meine Prioritäten/Wünsche: 1. Arbeitsbelastung nicht mehr als 45 Std/ Woche -> genug Zeit für Freunde, Familie,

Hobbies. 2. Spaß an der Arbeit. 3. Nette Kollegen mit respektvollem Umgang. 4. Sichere finanzielle Grundversorgung.

Ich wünsche mir, eines Tages entweder eine eigene Praxis zu führen oder in einer Gemeinschaftspraxis zu arbeiten. Wichtig ist für mich vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Ich finde es traurig, dass für viele Leute (v.a. Ärzte der älteren Generation) Arzt sein gleichbedeutend damit ist sein Privatleben aufzugeben. Das ist nicht akzeptabel!

Um Ärzte für Praxen auf dem Land zu gewinnen, ist eine Landarztquote zur Zulassung zum Medizinstudium der falsche Weg! Es ist wichtig, das Leben auf dem Land für die Ärzte und ihre Familien attraktiv zu gestalten, d.h. Infrastruktur, Einkaufsmöglichkeiten etc.

Besonders ländliche Niederlassungen sollten attraktiver für junge Ärzte/innen mit Familienwunsch oder Familie gemacht werden.

Der Arztberuf auf dem Land muss so viel attraktiver werden bzw. die Förderung muss so weit ansteigen, dass nicht ein Arzt alleine 24 h pro Tag und 7 Tage die Woche verantwortlich ist. Krankenhäuser sollen menschlicher werden.

Ich habe Angst, dass man in einer Ehe mit einem Partner, der auch Arzt ist, auf eine 100% Stelle verzichten muss, wenn man Kinder haben will. Ich weiß nicht, ob es vereinbar ist und das macht mir Sorgen.

Dabei ist das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur der Organisation der Arbeit und der Arbeitszeiten geschuldet, und auch nicht unbedingt den fehlenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten als solchen, wie manche Kommentare vielleicht nahelegen, denn diese gibt es inzwischen vielerorts durchaus. Problematisch

bleiben aber in der Regel – übrigens auch in Städten – immer noch suboptimale Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen. Wenn eine Kindertagesstätte mit Ganztagesplätzen bereits um 16.30 Uhr schließt, dann ist dies nicht nur mit Vollzeitstellen bei Ärzten (und erst Recht mit der Arbeit in einem Schichtmodell) nicht vereinbar, sondern betrifft auch eine Vielzahl von anderen Berufen. Deshalb ist für die weitaus meisten der Befragten - rund 78% - eine vom Arbeitgeber organisierte Möglichkeit der Kinderbetreuung während der Weiterbildung wichtig – für 41% ist diese Option sogar unverzichtbar (Frage 9). Die Phase der Weiterbildung entspricht biographisch der Zeit, in der man kleine und besonders betreuungsbedürftige Kinder hat. Arbeitgeber – also Krankenhäuser – sind deshalb zur Sicherung des medizinischen (und im Übrigen auch des pflegerischen) Nachwuchses gut beraten, solche Angebote zu schaffen. Wie oben schon angemerkt, sind hier aber auch die Kommunen, die häufig Träger von Kinderbetreuungseinrichtungen sind, schon aus Eigeninteresse in der Pflicht. Denn eine gut organisierte und verlässliche Kinderbetreuung ist neben dem Angebot an Schulen (für die ebenfalls die Kommunen zuständig sind), ein wichtiger Standortfaktor, um junge Familien zu einer Ansiedlung zu motivieren.

Unverändert seit 2010 bestehen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern auch bei der Frage nach Kindern (Fragen 22 und 23). Zunächst kann man feststellen, dass 5,5% der Befragten Kinder haben (Frauen 5,7%, Männer 4,7%), die Population der Medizinstudierenden unterscheidet sich damit nicht von ihren Kommilitonen anderer Fächer, bundesweit haben laut der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks 2016 6% aller Studierenden Kinder. 92,6% der Medizinstudierenden möchten später Kinder haben (Frauen 92,6%, Männer 92,7%).

Der zuletzt zitierte Kommentar verweist zudem auf Probleme der Arbeitszeiten, wenn beide Partner berufstätig sind. Anders als befürchtet dürften z.B. die mögliche Arbeitszeit beider berufstätigen Eltern und die Regelung der Kinderbetreuung eben gerade dann kein grundsätzliches Problem darstellen, wenn beide Partner Ärzte sind, da diese insbesondere (aber nicht ausschließlich) in den ländlichen Regionen gesucht werden. Arbeitgeber wie Krankenhäuser sind sehr an der Rekrutierung von Ärzten interessiert und bei Arbeitszeitmodellen und dem Honorar wie auch bei dem Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen flexibel und kooperativ – übrigens gilt letzteres in zunehmendem Maß auch für Kommunen in ländlichen Regionen, die sehr an der Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung interessiert sind. Wenn beide ärztlichen Partner bei dem gleichen Arbeitgeber oder zumindest in der gleichen Kommune arbeiten, dürfte deshalb die Vereinbarkeit und Organisation von Arbeits- und Familienzeit noch vergleichsweise gut gelingen. Deutlich problematischer wird es dagegen, wenn einer der Partner kein Arzt ist. Bei den derzeitigen Geschlechterverhältnissen an den medizinischen Fakultäten, die wie alle Universitäten und sonstigen gemischtgeschlechtlichen Ausbildungsinstitutionen auch die größten Heiratsmärkte im soziologischen Sinn darstellen, werden aber nur maximal 30% der Ärztinnen einen Arzt als Partner finden, dann sind die verfügbaren Männer alle vergeben. Die anderen künftigen Ärztinnen werden deshalb, wenn sie eine Familie und Kinder haben wollen, Partner mit anderen Berufen wählen müssen. Typischerweise werden dies auch Akademiker sein, denn alle bisherigen familiensoziologischen Studien zum Thema Partnerwahl und Heirat zeigen sehr deutlich, dass insbesondere Akademikerinnen bei der Frage des Bildungsabschlusses des Partners ausgesprochen homogam sind. Beziehungen zwischen

Frauen mit Hochschulstudium und Männern mit anderen Berufsabschlüssen sind die Ausnahme. Junge, männliche Akademiker am Beginn ihres Berufslebens werden – anders als die Frauen der Ärzte der in den nächsten Jahren ausscheidenden Generation der Nachkriegszeit und der Babyboomer – nicht mit ihren Partnerinnen aufs Land ziehen und dann die Kinder erziehen und den Haushalt führen, sondern sind an einer eigenen Berufstätigkeit und Karriere interessiert. Die Entscheidung für künftige Lebensorte wird damit ganz wesentlich auch von der Frage bestimmt, welche Möglichkeiten die regionalen Arbeitsmärkte für nichtärztliche Akademiker bieten – und wie die Kinderbetreuung in diesen Regionen für solche Paare organisiert werden kann. Lange Anfahrten zum Arbeitsplatz sind dabei eher ein Problem. Deshalb haben viele Landregionen ein strukturelles Defizit, über das bislang kaum diskutiert wurde, denn wohnortnahe Arbeitsplätze für nichtärztliche Akademiker sind in solchen Regionen eher selten. Die Entscheidung, in Städten und Großstädten leben zu wollen, ist deshalb oft nicht nur dem Wunsch nach einem urbanen Umfeld für die individuelle Freizeit geschuldet, sondern auch Konsequenz der dort deutlich besseren Arbeitsmarktsituation für die im Regelfall nicht ärztlichen Partner.

4.7 FACHARZTWEITERBILDUNG

Welche Facharztweiterbildungen kommen in Frage? Wir haben – wie auch schon 2010 und 2014 – 14 Gebietsbezeichnungen vorgestellt und um eine weitere (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) ergänzt (Frage 5). Im Jahr 2010 haben wir die Studierende gebeten, maximal drei davon anzukreuzen, da wir davon ausgehen mussten, dass solche prospektiven Fragen, deren Entscheidung je nach Studienabschnitt erst in einigen Jahren ansteht, durch ein hohes Maß an individueller Unsicherheit, aber auch Interessenvielfalt und Multioptionalität gekennzeichnet sind. Viele Studierende haben vermutlich durchaus schon Interessen und Präferenzen, sind aber studienbedingt noch nicht in der Situation, sich entscheiden zu müssen. Die Möglichkeit, mehrere Optionen zu wählen, bietet zudem den Vorteil, das – natürlich immer nur zum Zeitpunkt der Befragung bestehende, grundsätzliche – Rekrutierungspotential für die jeweiligen Weiterbildungen zu erfassen. Denn auch wenn die Studierenden nicht (immer) wissen, für welche Weiterbildung sie sich letztlich entscheiden, so zeigen doch die Fachgebiete, die nicht genannt werden, wo die Interessen eher nicht liegen. Diese Vorgehensweise wurde bei der Rezeption der Ergebnisse allerdings kritisch kommentiert, eine Rückmeldung etwa lautete, dass man so ein Artefakt produziere, da sich Studierende entscheiden müssen und Multioptionalität gerade keine realistische Option sei. Dies ist insofern richtig, als tatsächlich am Ende des Studiums und vor der Weiterbildung eben diese Entscheidung ansteht und die Möglichkeit der Mehrfachnennung ohne Ranking keine Aussage über die Bedeutung und Rangfolge der Präferenzen zulässt. Wir haben diesem Einwand nunmehr dadurch Rechnung getragen, dass wir in der Befragung 2014 ein sogenanntes Split-Ballot-Experiment durchgeführt haben. Die Frage nach der Facharztweiterbildung wurde in zwei Varianten gestellt, nämlich als wieder-

um Multiple-Choice-Frage mit maximal drei Optionen (so wie 2010), nun aber auch als Single-Choice, wobei die eine oder die andere Fassung zufällig eingesetzt wurde (was bei Online-Befragung problemlos möglich ist). In dieser Welle haben wir beide Fragetypen verwendet und wollten nach Frage 5 wissen, welche Facharztweiterbildung in der Situation, in der die Befragten gerade sind, ihre (aktuelle) Präferenz ist (Frage 6).

Außerdem haben wir 2014 und auch in dieser Welle alle Studienteilnehmer danach gefragt, welche Facharztweiterbildungen definitiv nicht für sie in Frage kommen (Frage 7). Wir sind dabei von der Annahme ausgegangen, dass Studierende häufig eher klare Vorstellungen davon haben, was sie nicht interessiert und auf dieser Basis dann auch künftige Angebote entsprechend wahrnehmen. Personen mit klarer und klar artikulierter Abneigung gegen bestimmte Fachrichtungen sind mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für eben solche Fachrichtungen auch nicht zu begeistern und müssen deshalb auch nicht beworben werden.

Dabei sind zwei Bereiche von besonderer Bedeutung, die wir in der Folge genauer untersuchen, nämlich die Allgemeinmedizin und die chirurgischen Fächer (Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie). Erstere ist für die hausärztliche Versorgung von entscheidender Bedeutung und war in den letzten Jahren der Problemfall Nr. 1, da die Präferenzen und Weiterbildungsentscheidungen der künftigen Ärzte bei weitem nicht ausreichend waren, um freier werdende Stellen wieder zu besetzen. Die Chirurgie (i.w.S.) ist für die Akutversorgung aber von ebenso großer Bedeutung, insbesondere (aber nicht ausschließlich) gilt dies für die Grund- und Regelversorgung in den Kliniken. Die Chirurgie stand bislang weniger im Fokus der Aufmerksamkeit. Dies ist insofern problematisch als sich die Nachwuchsrekrutierung hier mindestens ebenso schwierig gestaltet

wie in der Allgemeinmedizin. Dass dies bislang kaum wahrgenommen und diskutiert wurde, hängt möglicherweise mit dem hohen Prestige, das Chirurgen genießen, und der daraus abgeleiteten Schlussfolgerung, dass die meisten Ärzten doch gerne Chirurgen werden, zusammen. Tatsächlich sind die Prestigeattributionen auch unter Medizinstudierende für das Fach sehr hoch. Im Vergleich der verschiedenen Weiterbildungsgebiete schneidet die Chirurgie bei dem zugeschriebenen Ansehen für die Referenzgruppen der Kommilitonen, der praktizierenden Ärzteschaft und der Bevölkerung am besten ab, wie die Ergebnisse entsprechender Fragen aus dem Jahr 2014 zeigen. Dies hat aber keinerlei Effekt auf die eigene Weiterbildungsbereitschaft, denn nur Minderheiten der Befragten ziehen eine entsprechende Weiterbildung in Erwägung.

Mit Blick auf das Rekrutierungspotential für die Allgemeinmedizin und die Chirurgie (i.w.S.) konnten wir mit diesem Vorgehen vier Gruppen identifizieren, nämlich:

1. Den harten Kern der an dem jeweiligen Gebiet (aktuell) stark interessierten Studierenden (Single Choice-Frage), die sich eindeutig für eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin (8,8%), Chirurgie (6,5%) oder Orthopädie/Unfallchirurgie (6,0%) entschieden haben (zum Zeitpunkt der Befragung, diese Entscheidung kann bis zum Beginn der Weiterbildung natürlich jederzeit geändert werden).
2. An dem Gebiet Interessierte (Multiple Choice-Frage), für die dieses Fach eine explizite Option neben anderen ist. Dies sind in der Allgemeinmedizin 34,6%, in der Chirurgie 24,3% und in der Orthopädie/Unfallchirurgie 17,9%.
3. Die nicht grundsätzlich abgeneigten Studierenden, die Allgemeinmedizin, Chirurgie oder Orthopädie nicht definitiv ausgeschlossen haben und mithin für entsprechende Informations- und Werbekampagnen (natürlich verbunden mit

entsprechenden Anreizen) zumindest offen sind. Rechnet man hier die Befragten der Gruppen 1 und 2 heraus, dann ergibt sich ein weiteres Rekrutierungspotential für die Allgemeinmedizin von 43,3%, für Chirurgie von 35,5% und für Orthopädie/Unfallchirurgie von 36,9%.

4. Die grundsätzlich nicht an diesen Fachrichtungen interessierten Studierenden. Dies sind in der Allgemeinmedizin 17,9%, in der Chirurgie 35,2% und in der Orthopädie/Unfallchirurgie 41,6%.

Unter allen Weiterbildungsmöglichkeiten mit Abstand am beliebtesten ist die Innere Medizin (mit 44%), dann folgt die Allgemeinmedizin. Nimmt man die Kinder- und Jugendmedizin, die auf Platz 4 der Beliebtheitsskala rangiert hinzu, dann lässt sich feststellen, dass entsprechend der Unterscheidung von haus- und fachärztlicher Versorgung das Potential für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung grundsätzlich durchaus vorhanden und wohl auch ausreichend zur Deckung des künftigen Bedarfs ist. Dies gilt umso mehr, wenn auch künftige Ärzte mit einer Facharztweiterbildung in Innerer Medizin eine Tätigkeit als Hausarzt nicht ausschließen. Dies ist bei 49,1% der Studierenden, die eine Facharztweiterbildung in Innere Medizin erwägen, der Fall. Im Vergleich zu 2014 ist dies eine Zunahme von rund fünf Prozentpunkten.

Bei sonstigen Facharztweiterbildungen wurden wie auch 2014 u.a. genannt: Arbeitsmedizin, Endokrinologie, Ernährungsmedizin, Kardiologie, Facharzt für den ÖGD, Gastroenterologie, Genetik, Geriatrie, Hämatologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Labormedizin, Mikrobiologie-Virologie, MKG, Neonatologie, Nephrologie, Neurochirurgie, Notfallmedizin, Nuklearmedizin, Onkologie, Palliativmedizin, Pathologie/Rechtsmedizin, plastische Chirurgie, Psychosomatik, Reha und Physikalische Medizin, Rheumatologie, Sportmedi-

zin, Strahlentherapie, Tropenmedizin, Umweltmedizin und Zahnheilkunde. Interessanterweise wurde wiederum auch die Dermatologie gelegentlich eingetragen, obwohl der Facharzt für Hautkrankheiten in der vorgegebenen Liste genannt wurde.

TABELLE 17: FACHARZTWEITERBILDUNG (SINGLE CHOICE, ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?	2014	2018
Innere Medizin	16,3	14,2
Kinder- und Jugendmedizin	9,4	9,1
Allgemeinmedizin	8,9	8,8
Anästhesiologie	8,5	7,9
Chirurgie	8,3	6,5
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,8	6,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,9	5,8
Neurologie	5,7	4,6
Psychiatrie und Psychotherapie	3,6	2,2
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	-	0,8
Radiologie	2,4	2,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,3	1,1
Urologie	1,2	1,6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,1	1,5
Augenheilkunde	1,0	1,1
Sonstige	6,6	5,1
N	5.486	13.334

TABELLE 18: FACHARZTWEITERBILDUNG (MULTIPLE CHOICE, ANGEBEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNG KOMMT FÜR SIE IN FRAGE?	2010	2014	2018
Innere Medizin	42,6	45,6	44,0
Allgemeinmedizin	29,3	34,5	35,3
Kinder- und Jugendmedizin	27,7	26,4	27,1
Chirurgie	26,8	25,2	24,3
Anästhesiologie	26,6	26,4	27,9
Neurologie	19,8	21,7	20,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19,1	18,3	20,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	18,4	18,9	17,9
Psychiatrie und Psychotherapie	13,8	14,0	12,5
Sonstige	12,6	13,0	13,5
Radiologie	11,8	12,1	12,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6,2	7,7	6,5
Augenheilkunde	5,4	5,0	5,7
Urologie	5,1	6,2	7,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,8	4,9	6,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	-	-	7,8
N	12.058	5.506	13.635

TABELLE 19: „NO-GO“-FACHRICHTUNGEN (MULTIPLE CHOICE, ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARTWEITERBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE DEFINITIV NICHT IN FRAGE?	2014	2018
Haut- und Geschlechtskrankheiten	56,8	49,5
Augenheilkunde	52,9	49,2
Psychiatrie und Psychotherapie	43,9	45,8
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	-	42,7
Urologie	43,0	37,4
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	39,6	37,7
Orthopädie und Unfallchirurgie	39,3	41,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38,8	35,0
Chirurgie	36,5	38,5
Radiologie	35,3	32,6
Kinder- und Jugendmedizin	25,1	23,7
Neurologie	20,4	21,5
Allgemeinmedizin	19,9	17,9
Anästhesiologie	18,1	15,2
Innere Medizin	10,4	10,4
N	11.008	13.309

Bei den Präferenzen für Facharztweiterbildungen gibt es einige deutliche und fast durchgängig signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, allerdings quantitativ auf sehr unterschiedlichem Niveau. „Frauenfächer“

sind demnach nach wie vor eher oder teilweise auch deutlich Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. „Männerfächer“

dagegen Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Radiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie und Urologie. Bei der Chirurgie nivellieren sich sukzessive aber die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

TABELLE 20: FACHARZTWEITERBILDUNG (SINGLE-CHOICE) NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH - MÄNNLICH
Allgemeinmedizin*	9,6	8,5	1,1
Anästhesiologie*	6,3	11,7	-5,4
Augenheilkunde	1,1	1,2	-0,1
Chirurgie*	6,3	6,4	-0,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	8,3	1,1	7,2
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,2	1,1	0,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten*	1,9	0,9	1,0
Innere Medizin*	12,0	18,3	-6,3
Kinder- und Jugendmedizin*	11,4	5,3	6,1
Neurologie	4,7	4,4	0,3
Psychiatrie und Psychotherapie	2,0	2,4	-0,4
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,8	0,8	0,0
Radiologie	1,6	3,1	-1,5
Orthopädie und Unfallchirurgie*	4,6	8,7	-4,1
Urologie	1,4	2,2	-0,8
Sonstige	4,6	5,9	-1,3
Das weiß ich noch nicht	22,4	18,2	4,2
N = 11.498			

*Hochsignifikanter Unterschied

TABELLE 21: FACHARZTWEITERBILDUNG (SINGLE-CHOICE) NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE IN FRAGE?	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH-MÄNNLICH
Allgemeinmedizin*	37,2	34,5	2,7
Anästhesiologie*	24,9	35,2	-10,3
Augenheilkunde	5,4	6,3	-0,9
Chirurgie*	22,1	27,4	-5,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	28,0	5,9	22,1
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde*	6,9	8,3	-1,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten*	7,5	4,7	2,8
Innere Medizin*	41,3	50,8	-9,5
Kinder- und Jugendmedizin*	32,0	18,7	13,3
Neurologie*	19,8	21,6	-1,8
Psychiatrie und Psychotherapie	12,3	12,3	0,0
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*	8,7	5,9	2,8
Radiologie*	10,0	16,1	-6,1
Orthopädie und Unfallchirurgie*	14,3	24,1	-9,8
Urologie*	6,4	10,1	-3,7
Sonstige	13,2	14,3	-1,1
N = 11.665			

*Hochsignifikanter Unterschied

Bei dem Interesse an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin spielt es übrigens unverändert keine Rolle, ob die Universität über mindestens eine (besetzte) Professur oder ein Institut für Allgemeinmedizin verfügt oder nicht.⁴⁰ 9,1% der Studierenden an Fakultäten ohne eine solche Spezialisierung und 8,8% an

denjenigen mit einem entsprechenden Angebot würden sich aktuell definitiv für Allgemeinmedizin entscheiden, für 34,9% bzw. 35,4% ist die Allgemeinmedizin eine Option neben anderen. Diese Verteilungen unterscheiden sich nicht von denen im Jahr 2014.

Im Studien- und Zeitverlauf gewinnen einige Fachrichtungen an Attraktivität – z.B. die Allgemeinmedizin oder die Innere Medizin, andere verlieren – z.B. die Chirurgie.

⁴⁰Nach den Informationen, die uns der Medizinische Fakultätentag diesbezüglich zur Verfügung gestellt hat, haben im Jahr 2017 die Universitäten Aachen, Berlin, Düsseldorf, Dresden, Essen, Erlangen, Frankfurt, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Jena, Mainz, Marburg, München (TU und LMU), Rostock, und Witten-Herdecke entsprechende Einrichtungen.

TABELLE 22: FACHARZTWEITERBILDUNG (SINGLE-CHOICE) NACH STUDIENABSCHNITT
(ANGABEN IN PROZENT, 2014 UND 2018)

WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?	VORKLINIK	KLINIK	PJ
Allgemeinmedizin	7,9 7,2	9,3 9,7	9,5 10,9
Anästhesiologie	9,4 7,6	7,6 7,6	9,6 9,4
Augenheilkunde	0,9 0,7	1,0 1,3	1,5 1,4
Chirurgie	11,4 9,9	7,0 5,4	5,6 4,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,9 5,3	5,9 6,1	8,2 6,4
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,6 0,6	1,3 1,7	1,3 2,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,7 0,9	1,2 1,7	1,3 2,0
Innere Medizin	10,7 8,7	19,0 14,9	19,6 19,1
Kinder- und Jugendmedizin	9,9 9,5	8,6 9,0	11,0 9,2
Neurologie	6,7 3,9	5,1 4,7	5,2 5,1
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	– 0,6	– 0,9	– 0,8
Psychiatrie und Psychotherapie	4,3 2,3	3,5 2,0	2,6 2,2
Radiologie	1,6 2,0	2,8 2,5	3,3 2,5
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,8 6,6	6,6 5,9	6,9 6,2
Urologie	0,4 0,5	1,5 1,7	2,4 2,7
Sonstige	6,8 5,4	6,6 4,8	6,4 5,0
N 2014 = 5.486, N 2018 = 13.295			

TABELLE 23: FACHARZTWEITERBILDUNG (MULTIPLE-CHOICE) NACH STUDIENABSCHNITT
(ANGABEN IN PROZENT, 2010, 2014 UND 2018)

WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE IN FRAGE?	VORKLINIK	KLINIK	PJ
Allgemeinmedizin*	31,9 33,8 32,7	30,1 35,4 36,8	30,1 35,4 36,8
Anästhesiologie*	29,2 27,0 27,8	27,6 26,5 28,5	23,5 24,4 24,3
Augenheilkunde*	5,1 5,3 6,0	5,6 5,2 6,2	4,1 3,4 3,4
Chirurgie*	35,7 31,9 32,5	23,5 22,5 21,5	21,2 18,8 18,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	19,9 19,2 20,8	21,5 19,1 21,3	12,5 13,5 14,9
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde*	6,4 7,7 7,3	6,8 19,1 8,3	4,0 5,5 4,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten*	4,1 4,0 5,2	5,7 5,5 7,3	4,1 4,7 6,1
Innere Medizin*	63,1 37,7 35,1	47,0 50,2 46,3	55,4 49,6 50,4
Kinder- und Jugendmedizin*	35,7 30,3 31,8	27,2 25,8 26,4	17,1 17,8 18,8
Neurologie*	25,2 26,9 24,3	18,7 20,5 19,9	13,0 12,9 13,5
Psychiatrie und Psychotherapie*	18,9 15,9 13,8	12,4 13,6 11,8	10,3 10,9 10,6
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*	- - 8,8	- - 7,2	- - 6,8
Radiologie*	11,1 12,1 12,7	12,6 12,7 13,0	10,5 9,3 8,7
Orthopädie und Unfallchirurgie*	23,2 24,3 23,1	17,3 16,9 16,3	13,5 12,0 13,2
Urologie*	3,6 3,8 5,3	6,3 8,0 8,8	4,6 6,4 6,6
Sonstige*	14,1 14,3 13,8	12,2 12,3 13,0	12,7 11,8 12,0
N 2010 = 12.058, N 2014 = 5.506, N 2018 = 13.595			

*Hochsignifikanter Unterschied

Der bei der Multiple-Choice-Frage beobachtbare Rückgang bei der Attraktivität der jeweiligen Facharzttrichtungen war zu erwarten und ist auch zurückzuführen auf die im Studium (notwendig) zunehmende Fokussierung auf eine Facharztweiterbildung, denn irgendwann müssen sich die Studierende ja auch für eine entscheiden. Dabei haben Studierende im Abschnitt „Vorklinik“ im Durchschnitt 2,8 Fachrichtungen genannt (2010: 3,1, 2014 2,8), Studierende im Abschnitt „Klinik“ 2,8 (2010: 2,8, 2014: 2,7) und die Studierenden im letzten Studienabschnitt 2,4 (2010: 2,3, 2014: 2,2). Wir haben diesbezüglich mithin insgesamt recht stabile Werte. Problematisch wird die Situation für bestimmte Fächer allerdings, wenn sowohl bei der Single- als auch bei der Multiple-Choice-Option im Studien- und Zeitverlauf ein Rückgang bei den Präferenzen zu verzeichnen ist.

Besonders deutlich ist der Attraktivitätsverlust bei der Chirurgie. Bei nunmehr drei Wellen (2010, 2014, 2018) können wir hinsichtlich des Gewinns oder Verlusts nun auch realistischere Zeitverläufe abbilden, indem wir die Ergebnisse der Studierende, die im Jahr 2010 in der Vorklinik waren, mit denen derjenigen, die sich 2018 im PJ befinden, vergleichen (formal bewegen wir uns auf den Diagonalen der entsprechenden Tabellen). Dabei wird deutlich, dass die Chirurgie bei der Single-Choice-Option (hier haben wir nur Werte von 2014 und 2018) knapp 3 Prozentpunkte verliert und bei der Multiple-Choice-Option vom Beginn des Studiums bis zum PJ knapp 18 Prozentpunkte – der Anteil, der auch an Chirurgie interessiert ist, hat sich im Studienverlauf halbiert. Für die Orthopädie/Unfallchirurgie ist die Entwicklung weniger dramatisch. Der Attraktivitätsverlust beträgt bei der Single-Choice-Option nur 0,4 Prozentpunkte und ist damit nicht signifikant, bei der Multiple-Choice-Option aber auch 10 Prozentpunkte. Noch etwas ist im Zeitverlauf auffällig und für das Fach Chirurgie durchaus Anlass zur Sorge: Die Zahl der (auch) an Chirurgie interessierten

Studierenden ist über die Jahre zum Studienbeginn vergleichsweise hoch – mehr als ein Drittel der Studienanfänger kann sich vorstellen, einen Facharzt in Chirurgie zu machen. Bei allen Wellen hat sich dieser Wert im PJ deutlich reduziert, wobei 2018 ein Tiefstand erreicht ist. Offenkundig schrecken bereits das Studium und dann noch einmal sehr deutlich und nachhaltig Erfahrungen im PJ von einer Weiterbildung in Chirurgie ab. Ähnlich – aber nicht ganz so dramatisch – verhält es sich für die Orthopädie/Unfallchirurgie.

Zum Rückgang der Attraktivität der Chirurgie haben wir bereits 2014 einen sehr bemerkenswerten Kommentar erhalten, der einige der bereits diskutierten Probleme aufgreift (Arbeitszeit, Familie und Beruf), aber auch das Thema der Arbeitsbedingungen für den chirurgischen Nachwuchs in den Kliniken anspricht, die übrigens so ähnlich 2010 ebenfalls kritisiert wurden.

„Alle Welt wundert sich darüber, dass knapp die Hälfte eines Jahrgangs nach dem Medizinstudium dem Arztberuf nachgeht und auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wundert sich der Präsident darüber, dass sich zu Studienbeginn 1/3 der Studenten ein Arbeiten in der Chirurgie vorstellen können und nach dem PJ nur knapp 5 % und fordert als Lösung, dass man das Auswahlverfahren ändern müsse, um mehr dumme, aber handwerklich begabte (sinngemäß) Studenten für die Chirurgie zu gewinnen. Auf die Idee, dass es vielleicht an den Arbeitsbedingungen und insbesondere an den in der Chirurgie tätigen Kollegen liegen könnte, dass sich das keiner antun will kommt aber niemand. Geschweige denn, dass mal je-mand die Arbeitsbedingungen hinterfragt. Was nützen mir die paar Mark fünfzig Bereitschaftsdienstvergütung durch Opt-Out, wenn ich nie zu Hause bin, weil zu den 60 Durchschnittsstunden noch reichlich nicht erfasste Überstunden kommen und der Bereitschaftsdienst von der Auslastung her schlicht

Vollarbeit ist und man dementsprechend belastet wird. Hauptsache nichts verändern; vor 20 Jahren war man ja schließlich von Freitagmorgen bis Montagabend in der Klinik, nur dass die Appendizitis da 14 Liegetage hatte und nicht 2-3 und man als Dienstarzt nicht Melperon an die Hälfte des Patientenguts, bestehend aus knalldementen und massiv pflegebedürftigen Existenzen mit der Lebensqualität einer Zimmerpflanze, verteilen durfte.“

Ähnlich äußern sich auch die 2018 Befragten, moniert werden u.a. unattraktive Arbeitszeiten und -bedingungen, hohe Arbeitsbelastung, ein misogynies Klima oder sehr traditionelle Rollenvorstellungen:

Die Bedingungen in der Krankenhaus-Chirurgie sind zu unfamilienfreundlich, sodass der Mangel an Chirurgen nicht reduziert wird, weil viele Leute davor zurückschrecken diese Lebensperspektive zu wählen, obwohl sie vielleicht eigentlich Interesse hätten.

Die absurden Arbeitszeiten machen es für mich außerdem unmöglich, beispielsweise Chirurgin zu werden.

Gerade in der Chirurgie habe ich Angst, dass ich als Frau, die neben der Karriere noch Kinder haben möchte und auch Zeit mit diesen verbringen will, kaum eine Chance haben werde. Und das nicht nur auf Grund meiner biologisch bedingten Aufgaben als Mutter.

Ich wünsche mir dass der Beruf familienfreundlicher wird. Gerade in Bereichen der Chirurgie. Mich interessiert die Chirurgie, aber da ich später Familie möchte und meine Kinder auch aufwachsen sehen möchte, fällt dieser Zweig wegen hoher Arbeitsbelastung weg.

Ich finde es als Frau schwierig eine gute Perspektive in chirurgischen Fachbereichen (z.B. besonders Unfallchirurgie und Orthopädie) zu sehen, wenn man eine Familie gründen möchte.

Ich würde vom Interesse her wirklich extrem gerne in der Chirurgie/Unfallchirurgie arbeiten, bin jedoch von den schlechten Arbeitsbedingungen, insbesondere gegenüber Frauen und hinsichtlich der super schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf abgeschreckt.

Bin jetzt gerade fertig geworden mit dem Studium, was ich im Rahmen der Praktika gesehen habe war teils katastrophal, vor allem in der Chirurgie. Möchte auf all die frauenfeindlichen Kommentare in der Frühbesprechung oder beim Hakenhalten gar nicht weiter eingehen.

Ich würde mir wünschen, dass die Hierarchien in Krankenhäusern und besonders in der Chirurgie abgebaut werden. Mich als Frau schreckt der Ton im OP und die Ellenbogenmentalität der meisten Chirurgen im Krankenhaus ab.

Ich wünsche mir ein Umdenken v.a. in der Chirurgie, wo konservative Meinungen bzgl. Geschlechterverteilung und Alter noch immer eine große Rolle spielen.

Hochproblematisch für Chirurgie ist ein weiterer Aspekt, den wir oben schon angesprochen haben. Bis zur Befragungswelle 2014 war Chirurgie eindeutig noch ein „Männerfach“, d.h. der Anteil der Studenten, die sich für eine Weiterbildung (auch) in Chirurgie interessiert hatten, lag in allen Studienabschnitten signifikant über dem der Frauen. Das hat sich 2018 deutlich geändert. Während der Anteil der Frauen mit Interesse an Chirurgie über alle Wellen hinweg konstant (und eher niedrig) geblieben ist, hat sich nun der der Männer reduziert und unterscheidet sich bei der Single-Choice-Frage nicht mehr von dem der Frauen. Bei der Multiple-Choice-Option sind die Anteile der an Chirurgie interessierten Männer seit 2010 rückläufig. Das Fach hat hier 5,2 Prozentpunkte verloren.

TABELLE 24: INTERESSE AN CHIRURGIE IM ZEITVERLAUF (ANGABEN IN PROZENT)

FACHARZTWEITERBILDUNG IN CHIRURGIE	2010	2014	2018
Single Choice			
Alle Befragten	-	8,3	6,5
Frauen	-	7,5	6,3
Männer	-	9,5	6,4
Vorklinik	-	11,4	9,9
Klinik	-	7,0	5,4
PJ	-	5,6	4,5
Multiple Choice			
Alle Befragten	26,8	25,2	24,3
Frauen	23,6	22,7	22,1
Männer	32,6	29,5	27,4
Vorklinik	35,7	31,9	32,5
Klinik	23,5	22,5	21,5
PJ	21,2	18,8	18,1

Mit Blick auf die in den letzten Jahren problematische Situation gerade in der Allgemeinmedizin erfreulich ist dagegen die Tatsache, dass die Präferenzen seit 2010 mit höheren Semesterzahlen zunehmen. Wir sind immer noch vorsichtig, bei den Präferenzen für Allgemeinmedizin von einer stabilen Trendwende zu sprechen, dazu bedarf es weiterer Messungen, aber es zeigt sich immerhin eine erfreuliche und erwünschte Tendenz zu einer nun im Vergleich zu 2010 und 2014 größeren generellen Attraktivität der Allgemeinmedizin

und einer höheren Präferenz gerade im PJ. Die vielfältigen Kampagnen zur Stärkung der Allgemeinmedizin in den letzten Jahren scheinen nunmehr die gewünschten Effekte zu zeigen, wie auch einer der Befragten angemerkt hat:

In meinem Umfeld kenne ich bereits einige Studenten, die sich gut vorstellen können, Hausarzt zu werden. Offensichtlich trägt die zunehmende Werbung für die Allgemeinmedizin schon Früchte, was mich sehr erfreut und was sehr wichtig ist.

Mithin gilt, dass es bei unterstellten konstanten Präferenzen für Weiterbildung einen harten Kern stark interessierter Studierender für die Allgemeinmedizin von knapp 11% gibt. Referenzgröße sind die Studierenden im PJ, die kurz vor der Entscheidung für eine Fachrichtung in der Weiterbildung stehen. Diese Zahl liegt etwas über der aktuellen Weiterbildungsquote in Allgemeinmedizin. Der Anteil ist dennoch, wie wir gleich noch zeigen werden, zu niedrig um den Stand 2009/2010 zu halten. Neben den stark interessierten Studierenden gibt es aber noch die an Allgemeinmedizin (auch) Interessierten und die nicht grundsätzlich abgeneigten Befragten. Beide Gruppen stellen eine Rekrutierungsbasis für die Allgemeinmedizin dar, wobei die Erfolgchancen bei den Interessierten (Allgemeinmedizin ist eine Option) deutlich größer sein dürften als bei den nicht grundsätzlich Abgeneigten (man schließt diese nicht ausdrücklich aus). In jedem Fall aber muss die Allgemeinmedizin weiterhin beworben werden. Erst recht gilt dies für die Chirurgie. Eine ähnliche Kampagne, wie sie für die Allgemeinmedizin gestartet wurde, scheint uns hier dringend geboten. Dabei sollten dann aber auch, um damit bei dem umworbenen Publikum insbesondere der künftigen Ärztinnen glaubwürdig zu sein, die Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen in diesem Fach kritisch geprüft werden. Wir verweisen dazu nochmals auf die oben zitierten Kommentare.

Insgesamt stellt sich die Frage, inwieweit diese Weiterbildungsabsichten der Studenten (nicht nur für die Allgemeinmedizin und Chirurgie, sondern für alle Gebiete) die vorhandene Struktur der Ärzteschaft reproduzieren und damit – bei konstanten Präferenzen – dazu geeignet sind, die bestehende Versorgungsstruktur zu erhalten. Für diesen Vergleich mit den Strukturdaten aus der

TABELLE 25: INTERESSE AN ALLGEMEINMEDIZIN IM ZEITVERLAUF (ANGABEN IN PROZENT)

FACHARZTWEITERBILDUNG IN ALLGEMEINMEDIZIN	2010	2014	2018
Single Choice			
Alle Befragten	-	8,9	8,8
Frauen	-	10,3	9,6
Männer	-	7,1	8,5
Vorklinik	-	7,9	7,2
Klinik	-	9,3	9,7
PJ	-	9,5	10,9
Multiple Choice			
Alle Befragten	29,3	34,5	35,3
Frauen	31,4	36,4	37,2
Männer	28,4	32,1	34,5
Vorklinik	31,9	33,8	32,7
Klinik	30,1	35,4	36,8
PJ	27,8	33,9	39,6

Ärztstatistik haben wir für die aktuelle Modellrechnung⁴¹ die Präferenzen aus der Single-Choice-Frage der Studierenden verwendet. Als Referenz haben wir aus Gründen der Vergleichbarkeit wiederum auf die Zahlen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer mit Stand

31.12.2009⁴² als Referenzjahr zurückgegriffen. Neuere Statistiken könnten bereits den sich abzeichnenden Ärztemangel reflektieren, die Modellrechnungen sollen aber zeigen, wie ein als (noch) ausreichend geltender Bestand von Ärzten gehalten werden kann. Nach

⁴¹ Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich um eine Modellrechnung und nicht um eine Prognose handelt.

⁴² <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Tab03.pdf>.

dieser Statistik waren Ende 2009 in Deutschland 325.945 Ärzte berufstätig, davon allerdings 95.417⁴³ ohne Gebietsbezeichnung. Wir beziehen uns bei dem Vergleich zwischen den Präferenzen der Medizinstudierenden und der Struktur der ärztlichen Versorgung 2009 auf die Facharztgruppen, die in der Befragung auch genannt wurden. Die Fallzahl beträgt damit 235.850.

Der Vergleich zeigt bei welchen Fachrichtungen der gegenwärtige Bestand ersetzt oder mehr als ersetzt werden kann und wo es – immer bei Unterstellung konstanter Präferenzen und einem unveränderten Wiederbesetzungsbedarf – bei der Rekrutierung künftig wohl eher Engpässe geben wird. Wir haben dazu wiederum die Präferenzen im PJ genutzt, durch die relativen Häufigkeiten

der jeweiligen Facharztzahlen geteilt und mit 100 multipliziert. Der Wert von 176,9% für Pädiatrie bedeutet, dass bei einer Teilzeitquote von 0% rund 78% mehr Studierende des letzten Studienabschnitts Kinderärzte werden wollen als nach Stand 2009/10 gebraucht werden. Umgekehrt bedeutet ein Wert von 53,4% bei den Allgemeinmedizinern, dass künftig dann nur rund 53% der 2009 besetzten Stellen in der Allgemeinmedizin wiederbesetzt werden können. Etwa jede zweite Stelle bleibe dann mithin rein rechnerisch unbesetzt. Für die Chirurgie gilt das gleiche. Die Situation wird noch problematischer, wenn man unterschiedliche Teilzeitquoten berücksichtigt – was in Anbetracht der Präferenzen gerade der künftigen Ärztinnen wohl realistischer ist. Wir sind für die Modellrechnungen von 50%-Stellen ausgegan-

gen. Bei einer Teilzeitquote von 50% bedeutet dies, dass von 100 künftigen Ärzten oder Ärztinnen 60 halbtags arbeiten. Um also 100 Vollzeitäquivalente zu ersetzen, müssten dann 150 Personen eingestellt – und vorher natürlich ausgebildet – werden. Nach diesen Berechnungen wird nur noch in wenigen Fachgebieten der Bedarf zu decken sein und in der Allgemeinmedizin wie auch der Chirurgie sind die Wiederbesetzungsquoten bei allen Modellvarianten weit von 100% entfernt.

TABELLE 26: MODELLRECHNUNG: PRÄFERENZEN UND WIEDERBESETZUNGSQUOTEN BEI UNTERSCHIEDLICHEN TEILZEITQUOTEN

TEILZEITQUOTEN								
FACHGEBIET	60%	50%	40%	30%	20%	0%	PRÄFERENZ IM PJ (%)	ANTEIL LAUT BÄK (%)
Pädiatrie	123,1	132,7	142,3	150,0	159,6	176,9	9,2	5,2
Neurologie	102,9	108,6	117,1	122,9	131,4	145,7	5,1	3,5
Orthopädie	93,5	102,2	108,7	115,2	121,7	134,8	6,2	4,6
Urologie	86,4	90,9	100	104,5	109,1	122,7	2,7	2,2
Anästhesiologie	82,5	88,8	93,8	100,0	106,3	117,5	9,4	8,0
Innere Medizin	74,0	79,0	84,5	89,5	95,0	105,5	19,1	18,1
Hautkrankheiten	68,2	72,7	77,3	81,8	86,4	95,5	2,1	2,2
Frauenheilkunde	65,2	69,6	73,9	78,3	84,1	92,8	6,4	6,9
Radiologie	51,7	58,6	62,1	65,5	69,0	75,9	2,2	2,9
Psychiatrie	42,9	48,6	51,4	54,3	57,1	62,9	2,2	3,5
HNO	37,5	41,7	41,7	45,8	50,0	54,2	1,3	2,4
Chirurgie	38,6	41,0	43,4	45,8	49,4	54,2	4,5	8,3
Allgemeinmedizin	37,3	40,2	42,6	45,8	48,5	53,4	10,9	20,4
Augenheilkunde	34,5	37,9	37,9	41,4	44,8	48,3	1,4	2,9

⁴³ Von den insgesamt 95.417 Ärzten ohne Gebietsbezeichnung wurden 5.322 (Praktische Ärzte) der Kategorie „Allgemeinmedizin“ zugeordnet, der Rest wurde nicht berücksichtigt. Zur Gruppe der Allgemeinmediziner wurden außerdem aus der Kategorie „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ alle Ärzte der Unterkategorien „Allgemeinmedizin“, „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ und „Praktische Ärzte“ zusammengefasst.

Man wird bei solchen Vergleichen natürlich immer in Rechnung stellen müssen, dass der Wandel im Morbiditätsspektrum auch zu einer geänderten Nachfrage führt, in manchen Fällen ist mithin unter Umständen auch eine Verhältniszahl über 100 zur Deckung des künftigen Bedarfs notwendig. Die gilt umgekehrt auch für Werte unter 100. Ein Rückgang bei der Nachfrage bedarf dann keiner Konstanz oder gar Ausweitung des Angebots. Problematisch sind aber zumindest zwei Zahlen. Der mittelfristige Bedarf nach Pädiatern wird in Anbetracht des demographischen Wandels wohl nicht steigen, die aus den Ergebnissen ablesbare starke Nachfrage nach dieser Fachrichtung ist damit um einiges zu hoch. Hier ist sehr ernsthaft darüber nachzudenken, ob und wie die Interessenten für die Pädiatrie in die fachlich ja durchaus verwandte Allgemeinmedizin umgeleitet werden könnten. Denn auf der anderen Seite reichen die aktuellen eindeutigen Präferenzen eben nach wie vor bei weitem nicht aus, um den Bestand bei den Allgemeinmedizinerinnen zu halten. Wir müssen hier unter den gegebenen Umständen weiterhin eine recht große Unterdeckung konstatieren. Die Allgemeinmedizin, die Chirurgie und die Augenheilkunde – und dies ist das eigentlich immer noch bedenkliche Ergebnis der Befragung – rangieren,

gemessen am Bestand im Jahr 2009, immer noch ganz am Ende der Facharztweiterbildungen. Versorgungsdefizite sind mithin nach wie vor absehbar, auch wenn sich, wie eben ausgeführt, zumindest bei der Allgemeinmedizin möglicherweise eine Trendwende abzeichnen könnte.

Hinsichtlich der in Kapitel 4.4 (Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit) vorgestellten Faktoren unterscheiden sich die Studierenden mit verschiedenen Präferenzen für die spätere Facharztweiterbildung teilweise recht deutlich, so dass man hier durchaus auch von Fachprofilen sprechen könnte. Die Wichtigkeit der Faktoren Familie und Freizeit, Beruflicher Erfolg, Abwechslung im Beruf und Wissenschaftsorientierung ist nicht gleich verteilt, sondern weist spezifische Muster auf. Für die an Allgemeinmedizin stark interessierten Studierenden sind Familie und Freizeit sowie Abwechslung im Beruf wichtig, die Wissenschaftsorientierung ist dagegen von stark nachgeordneter Bedeutung. Dieser Aspekt ist dagegen für künftige Chirurgen von relativ deutlich größerer Wichtigkeit, während im Vergleich zu den an Allgemeinmedizin interessierten Studierenden die Familienorientierung weniger stark ausgeprägt ist. Wir haben für alle Profile die jeweils signifikanten

Abweichungen vom Populationsanteilswert (99 %-Konfidenzintervall) berechnet und in Tabelle 31 kenntlich gemacht.

Unabhängig von der Wahl des Fachgebietes sind für die künftigen Ärzte verschiedene Rahmenbedingungen während der Weiterbildung wichtig und teilweise sogar unverzichtbar (Frage 9). An vorderster Stelle rangiert dabei ein Mentor als fester Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung, gefolgt von dem Wunsch nach die Weiterbildung begleitenden Angeboten durch eine medizinische Fakultät. Eine Kinderbetreuung während der Weiterbildung stufen im Vergleich dazu etwas weniger Befragte als sehr wichtig oder wichtig ein (insgesamt gut drei Viertel), diese wird aber von mehr Personen nicht nur als wichtig, sondern auch als unverzichtbar eingestuft. Dies unterstreicht nochmals, dass gute Rahmenbedingungen für junge Familien ein Wettbewerbsvorteil bei der Rekrutierung von Weiterbildungsassistenten (und auch von Fachärzten) sind.

TABELLE 27: PRÄFERIERTE FACHARZTWEITERBILDUNG UND WICHTIGKEIT VON FAKTOREN ZU SPÄTEREN BERUFSERWARTUNGEN (ANGABEN IN PROZENT)

FACHARZTAUSBILDUNG (SINGLE CHOICE)	FAMILIE UND FREIZEIT	BERUFLICHER ERFOLG	ABWECHSLUNG IM BERUF	WISSENSCHAFTS-ORIENTIERUNG
Allgemeinmedizin	97,0	71,2	79,2	37,5
Anästhesiologie	91,9	59,8	66,6	49,8
Augenheilkunde	94,0	88,6	27,5	57,0
Chirurgie	76,1	76,8	61,1	63,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	96,2	77,0	61,8	51,0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	95,1	86,0	55,2	58,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	97,0	84,3	47,0	47,0
Innere Medizin	89,5	77,8	67,3	60,8
Kinder- und Jugendmedizin	95,4	65,1	70,8	49,6
Neurologie	89,0	71,5	66,6	74,1
Psychiatrie und Psychotherapie	91,1	63,9	68,0	60,1
Radiologie	98,2	70,0	71,8	54,5
Orthopädie und Unfallchirurgie	91,9	85,6	45,3	58,1
Urologie	84,0	83,1	56,3	59,6
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	91,8	80,7	48,3	51,2
Gesamt	91,2	72,5	63,9	55,8
N = 132325, Sig.: .000				

*Abweichungen vom Populationsanteilswert nach oben (Fett) oder unten (kursiv): 99 %-Konfidenzintervall

TABELLE 28: RAHMENBEDINGUNGEN DER WEITERBILDUNG (ANGABEN IN PROZENT)

FACHARZTAUSBILDUNG (SINGLE CHOICE)	SEHR WICHTIG/ WICHTIG	UNVERZICHTBAR
Mentor als fester Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung	90,0	53,2
Begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät	85,4	35,0
Flache Hierarchien	79,1	37,1
Kinderbetreuung	77,6	41,2
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor absolvieren	55,7	18,2
Verbundweiterbildung in mehreren Krankenhäusern	47,7	13,1
N zwischen 13.171 und 13.200	91,8	80,7
Gesamt	91,2	72,5
N = 132325, Sig.: .000		

TABELLE 29: WICHTIGKEIT VERSCHIEDENER RAHMENBEDINGUNGEN DER WEITERBILDUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH-MÄNNLICH
Mentor als fester Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung	91,3	87,6	3,7
Begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät	85,7	84,4	1,3
Flache Hierarchien*	81,9	75,2	6,7
Kinderbetreuung*	83,8	66,7	16,9
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor absolvieren*	58,7	50,5	8,2
Verbundweiterbildung in mehreren Krankenhäusern	49,3	45,4	3,9
N zwischen 11.611 und 11.638			

*Hochsignifikanter Unterschied

Im Durchschnitt sind den Befragten gut 4 der genannten 6 Rahmenbedingungen wichtig oder sehr wichtig, knapp 2 werden als unverzichtbar eingestuft. Dabei bestehen wiederum Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Insgesamt sind – abgesehen von dem Wunsch nach begleitenden Angeboten einer medizinischen Fakultät – anteilig stets mehr Frauen als Männer an den jeweils genannten Rahmenbedingungen interessiert. Besonders auffällig ist, dass deutlich mehr Frauen als Männer eine Kinderbetreuung wichtig ist.

4.8 ARBEITGEBER UND NIEDERLASSUNG

Ärzte haben auf einem sich wandelnden Arbeitsmarkt nach wie vor eine Vielzahl von Optionen für ihre Berufstätigkeit. Die Attraktivität dieser Optionen für die Befragten ist allerdings recht unterschiedlich. Am beliebtesten ist eine Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus. Absolut unattraktiv ist dagegen eine Beschäftigung bei einer Krankenkasse (Frage 10). An diesen Präferenzen hat sich seit 2010 nichts geändert. Die künftigen Ärzte wollen später in der individuell-kurativen Medizin arbeiten – ambulant oder stationär, angestellt oder niedergelassen (94%), andere Optionen sind demgegenüber von sehr nachgeordneter Bedeutung.

Bei insgesamt 9 Einzeloptionen für die spätere Berufstätigkeit ergibt sich ein arithmetisches Mittel von knapp 4, Modus und Median betragen ebenfalls 4. Die Masse der Studierenden hat mithin ca. vier Optionen für die spätere Tätigkeit im Blick. Daran ändert sich auch im Studienverlauf nichts, das arithmetische Mittel bei Studierenden in der Vorklinik, im klinischen Teil und im PJ unterscheidet sich bei dieser Frage kaum.

Der folgenden Tabelle lassen sich – wie schon in den Jahren 2010 und 2014 – verschiedene Trends entnehmen:

1. Die Studierenden wollen – wie schon erwähnt – später als Ärzte in der Akutversorgung arbeiten, andere Optionen – etwa eine Arbeitsstelle in der Forschung oder auch beim ÖGD – sind deutlich weniger gefragt.
2. Eine angestellte Tätigkeit ist deutlich attraktiver als eine freiberufliche Tätigkeit, aber nur soweit diese – siehe Punkt 1 – in der Versorgung erfolgt. Fasst man die Optionen „Angestellter Arzt im Krankenhaus“, „Angestellter Arzt im MVZ“ und „Angestellter Arzt in der Praxis“ zusammen, dann ist eine Tätigkeit als angestellter Arzt bei mindestens einer dieser Institutionen für 90% eine attraktive Option. Eine Niederlassung als Haus- oder Facharzt ist dagegen nur für

74% denkbar. Eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (MVZ oder Praxis) ist für rund 71% eine Perspektive. Dabei hat seit 2010 vor allem die Attraktivität (oder vielleicht auch nur die Kenntnis, dass dies möglich ist und eine immer weiter verbreitete Option darstellt) der Anstellung in einer Praxis zugenommen.

3. Interessanterweise ist dagegen der ÖGD nach wie vor wenig attraktiv, obwohl man gerade hier geregelte und planbare Arbeitszeiten und Beschäftigungssicherheit bekommt, zumindest in größeren Ämtern im Team oder auch halbtags arbeiten kann und das Arbeitsfeld sehr vielfältig ist. Offenkundig hat der ÖGD immer noch ein recht nachhaltiges Image-Problem und wird eher als Behörde oder als Verwaltungseinrichtung denn als Institution der wohnortnahen Gesundheitsversorgung angesehen. Immerhin aber hat sich die Attraktivität des ÖGD im Vergleich zu 2014 deutlich verbessert. Ob daraus ein Trend entsteht, ist aber noch abzuwarten.

4. Über die Jahre konstant (und auf unterschiedlichen Niveaus niedrig) sind die Interessen an einer angestellten Tätigkeit in der Forschung, in der Pharmaindustrie oder bei den Kostenträgern.

5. Eine Niederlassung als Facharzt ist nach wie vor deutlich attraktiver als die Niederlassung als Hausarzt. Nur 4,0% der Studierenden, für die die Niederlassung generell eine Option ist, würden sich nicht als Facharzt niederlassen. Dagegen lehnen 46,1% der niederlassungsinteressierten Studierende eine Niederlassung als Hausarzt ab. Immerhin hat aber analog zu dem gestiegenen grundsätzlichen Interesse an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin auch die Attraktivität einer Niederlassung als Hausarzt in den letzten Jahren zugenommen.⁴⁴

Zwischen Männern und Frauen gibt es unverändert nahezu durchgängig signifikante Unterschiede hinsichtlich der Attraktivität künftiger Tätigkeiten

(wenn auch auf sehr unterschiedlichem Niveau).

Frauen ziehen nach wie vor häufiger als Männer eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung in Erwägung. Die generelle Bereitschaft zur Niederlassung (als Haus- oder Facharzt) ist bei beiden Geschlechtern gleich. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern (positive Werte) sind allerdings wie auch in den Vorjahren größer als zwischen Männern und Frauen (negative Werte). Dies bedeutet, dass es ein deutlicheres weibliches Beschäftigungsprofil mit gewissermaßen typisch weiblichen Präferenzen gibt, die man auch klar benennen kann, nämlich eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (MVZ und/oder Praxis). Dagegen

werden die meisten Tätigkeiten, die die Männer stärker interessieren, auch von vergleichsweise vielen Frauen nachgefragt – abgesehen von einer Tätigkeit in der Forschung oder der Pharmaindustrie, aber auch hier sind die Unterschiede nicht so groß wie bei einer angestellten Tätigkeit im ambulanten Sektor. Diese Daten entsprechen den Ergebnissen der Befragung angestellter Ärzte im ambulanten Sektor, die wir im Jahr 2017 durchgeführt haben. 62% der befragten Personen waren Frauen, die mehrheitlich in einer festen Partnerschaft leben und Kinder in einem noch betreuungsbedürftigen Alter haben. Die Teilzeitquote unter den Befragten lag wohl auch aus diesem Grund bei rund 50%.

TABELLE 30: NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018
Angestellter Arzt im Krankenhaus	77,3	76,0	74,8
Facharzt in eigener Praxis	74,5	74,1	75,8
Angestellter Arzt in Praxis	48,9	55,7	62,3
Angestellter Arzt im MVZ	55,6	52,8	64,5
Hausarzt in eigener Praxis	38,0	37,3	42,5
Angestellter Arzt in der Forschung	23,6	22,2	23,3
Angestellter Arzt im ÖGD	18,9	16,2	23,0
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie	12,5	9,6	11,0
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	5,5	4,3	5,1
Niederlassung generell	77,7	74,3	78,9
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt	92,9	89,3	95,8
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung	67,3	65,4	75,3
N 2010 zwischen 10.854 und 11.555, N 2014 zwischen 10.817 und 10.926, N 2018 zwischen 13.032 und 13.086			

⁴⁴Analog zu dem Interesse an Allgemeinmedizin ist es auch bei dieser Frage ohne Bedeutung, ob die Universität eine Professur oder ein Institut für Allgemeinmedizin hat. Je rund 43% der Studierenden einer Universität mit und ohne Allgemeinmedizin sind an einer Niederlassung als Hausarzt interessiert.

TABELLE 31: NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH-MÄNNLICH
Angestellter Arzt im Krankenhaus*	72,5	79,4	-6,9
Facharzt in eigener Praxis	75,0	76,6	-1,6
Angestellter Arzt im MVZ*	70,4	55,5	14,9
Angestellter Arzt in Praxis*	71,2	46,5	24,7
Hausarzt in eigener Praxis*	43,7	40,9	2,8
Angestellter Arzt in der Forschung*	20,6	27,1	-6,5
Angestellter Arzt im ÖGD*	24,0	20,9	3,1
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie*	7,7	16,6	-8,9
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	4,9	5,4	-0,5
Niederlassung generell	78,2	79,9	-1,7
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt*	97,3	93,3	4,0
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung*	82,2	63,7	18,5
N zwischen 11.587 und 11.635			

*Hochsignifikanter Unterschied

Wie auch schon 2010 und 2014 zeigt sich: Im Studien- und Zeitverlauf gewinnen einige Optionen an Attraktivität, andere verlieren. Angestellte Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung werden beliebter – insbesondere die Arbeit in einem

MVZ, die Forschung verliert dagegen weiterhin deutlich an Attraktivität und auch eine Niederlassung ist für Studierende im PJ insgesamt in der Tendenz weniger attraktiv als für Studienanfänger.

TABELLE 32: NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT, 2010, 2014 UND 2018)

	VORKLINIK	KLINIK	PJ	DIFFERENZ PJ-VORKLINIK
Angestellter Arzt im Krankenhaus*	76,0 75,2 75,0	78,4 76,5 74,3	76,9 76,7 74,7	0,9 1,5 -0,3
Facharzt in eigener Praxis*	75,0 76,8 77,6	73,8 73,3 75,9	72,5 69,3 73,8	-2,5 -7,5 -3,8
Angestellter Arzt im MVZ*	48,0 44,5 58,1	59,2 56,4 66,8	61,2 61,2 71,4	13,2 16,7 13,3
Angestellter Arzt in Praxis*	44,7 60,0 58,1	50,0 57,6 63,3	51,8 60,6 68,7	7,1 0,6 10,6
Hausarzt in eigener Praxis*	41,2 39,6 43,1	37,2 37,3 42,4	34,9 30,8 43,6	-6,3 -9,2 0,5
Angestellter Arzt in der Forschung*	29,8 28,2 30,2	19,8 19,7 20,6	22,1 16,1 17,0	-7,7 -12,1 -13,2
Angestellter Arzt im ÖGD*	21,1 18,5 26,6	17,6 15,1 20,1	18,5 14,2 24,2	-2,6 -2,3 -2,4
Angestellter Arzt in der Pharma-industrie*	14,5 11,0 12,7	11,2 9,1 10,0	13,1 7,7 10,3	-1,4 -3,3 -2,4
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	5,6 4,5 4,5	5,2 4,1 4,8	6,6 4,1 6,7	1,0 -0,4 2,2
Niederlassung generell*	78,4 77,6 80,4	77,0 75,9 79,3	75,8 71,3 78,5	-2,6 -6,3 -1,9
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt*	91,4 90,0 95,3	93,4 91,9 95,7	93,4 91,7 96,2	2,0 1,7 0,9
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung*	62,3 62,6 73,4	69,3 69,0 76,2	69,7 69,7 78,9	7,4 6,8 5,5
N 2010 zwischen 10.587 und 11.635, N 2014 zwischen 10.817 und 10.926, N zwischen 12.995 und 13.050				

*Hochsignifikanter Unterschied

4.9 NIEDERLASSUNG: POTENTIAL UND NIEDERLASSUNGSBREMSEN

Wie eben gezeigt, ist die generelle Bereitschaft zur Niederlassung seit 2010 nicht gestiegen, aber immerhin hat die Option zu einer Niederlassung als Hausarzt leicht an Attraktivität gewonnen. Demgegenüber ist das Interesse an einer angestellten Tätigkeit im ambulanten Sektor gewachsen. Wir haben die Studierenden, die entsprechende Vorstellungen geäußert haben, einen Niederlassungswunsch bei Frage 10 aber nicht angegeben haben, deshalb zusätzlich gefragt, ob sie dann dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten wollen oder ob nach einer gewissen Einarbeitungszeit in

der ambulanten Versorgung auch eine Niederlassung für sie in Betracht kommt (Frage 10.A). 30% möchten dauerhaft als angestellte Ärzte arbeiten, für 27% ist die Niederlassung eine Option und knapp 43% wissen das noch nicht. Das Potential für eine Niederlassung liegt damit mindestens bei 77%, rechnet man die noch Unentschlossenen mit ein, sind es sogar 82%.

Wir haben in den Folgefragen (10B und 10C) diese Personen gefragt, in welcher Praxisform sie sich (ggfs.) niederlassen würden und wie wichtig verschiedene Unterstützungsangebote wären. Beide Fragen haben wir auch schon im Jahr 2010 gestellt.

Es gibt offenbar einen harten Kern von Anhängern einer Niederlassung in der bewährten Form der Einzelpraxis, der seit 2019 unverändert zwischen 4% und 5% liegt. Was aber deutlich zugenommen hat, ist der Anteil der Personen, für die bei einer Niederlassung ausschließlich eine Form der BAG (Berufsausübungsgemeinschaft, größere Einrichtung wie Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder MVZ) in Frage kommt, während der Anteil der Personen, für die beide Optionen in Frage kommen, rückläufig ist. Die Einzelpraxis ist sicher kein Auslaufmodell, aber ihre Attraktivität erodiert sehr deutlich.

TABELLE 33: PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG (ANGABEN IN PROZENT)

PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG	2010	2018
Einzelpraxis	4,1	4,7
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	39,9	50,6
Beide Optionen	56,3	44,7
N	8.813	10.133

Männer bevorzugen anteilig häufiger als Frauen die Niederlassung (auch) in einer Einzelpraxis. Mit fortschreitendem Studium nimmt die Attraktivität der Einzelpraxis deutlich ab.

TABELLE 34: PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG	WEIBLICH	MÄNNLICH
Einzelpraxis	3,0	7,5
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	55,4	42,0
Beide Optionen	41,6	50,5
N	5.961	3.176
Sig.: = .000, Cramer's V = .148		

TABELLE 35: PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG	VOR-KLINIK	KLINIK	PJ
Einzelpraxis	6,1	4,2	3,3
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	44,5	52,6	57,6
Beide Optionen	49,4	43,2	39,1
N	2.748	4.708	1.383
Sig.: = .000, Cramer's V = .069			

Interesse an einer Niederlassung bedeutet nicht zwingend, dass man sich später tatsächlich auch niederlässt. Wie auch 2010 haben wir 2018 nach Gründen gefragt, die gegen eine Niederlassung sprechen. Bei diesen Gründen gibt es unverändert eine deutliche Streuung und zwar sowohl hinsichtlich der Nennungen überhaupt als auch hinsichtlich des individuellen Stellenwerts (Frage 11). Mehrheitlich besteht die Sorge, dass eine Niederlassung ein hohes finanzielles Risiko impliziert, dass man nicht eingehen will. Dies war zu erwarten und reflektiert eine allgemeine Erfahrung und Einschätzung. Dies mag auch für den Faktor „Bürokratie und medizinfremde Tätigkeiten“ gelten (insbesondere wenn die Befragten niedergelassenen Ärzte in der Familie haben). Dieser Faktor rangierte 2010 noch auf Platz 2 und nimmt nun die Spitzenposition bei den Niederlassungsbremsen ein. Dieser Aspekt wurde auch bei den offenen Fragen sehr häufig genannt, was dessen zentrale Bedeutung unterstreicht.

Abschaffung der Fallpauschalen & Quartals-Flatrate. Mehr Autonomie für Hausärzte. Keine Strafzahlungen der Ärzte, sondern Leistungskürzungen von Patienten durch die GKV, die zu oft und unnötigerweise den Arzt besuchen/ den Rettungsdienst anrufen.

Die absurde realitätsfremde Organisation der Finanzierungsstruktur durch die gesetzlichen Krankenkassen ist eine Perversion des menschlichen Geistes.

Ich denke, für viele Hausärzte im ländlichen Raum ist das begrenzte Behandlungsbudget ein Problem. Eine ausreichende Gesundheitsversorgung in allen Räumen sollte erstrebenswert sein und nicht das Deckeln von Kosten.

Entbürokratisieren – dann klappt’s auch wieder mit der ärztlichen Arbeit.

Ich persönlich fände es schön an einem MVZ oder einer Gemeinschaftspraxis angestellt zu sein, da die Abrechnung und Bürokratie eine große Menge an Zeit in Anspruch nehmen und dies somit wegfallen würde.

Gegen den Wunsch eine Kassenarztpraxis zu eröffnen stehen Berichte sowohl von lehrenden Allgemeinmedizinern als auch Erlebnisse aus der Famulatur, wie schlecht, gängelnd, unsachlich die GKV mit den Ärzten umgeht.

Es kann nicht sein, dass wenn man sich für eine Niederlassung mit allen Risiken entscheidet, dass man sich ständig rechefertigen muss, warum man bestimmte Behandlungen durchgeführt hat.

Es besteht nahezu kein Anreiz in Deutschland zu praktizieren; Immer weitere Einschränkungen durch Kassen, Bürokratie und Politik. Zu geringe Entlohnung und immer steigende Anforderungen von Zeit und Ressourcen auf Kosten des Arztes/der Ärztin.

Niederlassung ist sehr unattraktiv geworden, weil man zu viel Bürokratie machen muss.

Das Maß an Bürokratie ist lächerlich hoch und nimmt wesentlich zu viel Zeit in Anspruch, die wesentlich sinnvoller genutzt werden könnte.

Weniger Bürokratie würde mehr sinnvoll genutzt Arbeitszeit schaffen.

Der bürokratische Aufwand steht in niedergelassenen Praxen in keinem Verhältnis mehr zum Patientenkontakt. Es wird

dringend Zeit, dass es den Ärzten leichter gemacht wird bezüglich bürokratischem Aufwand bzw. Behandlungsfreiheit.

Ich habe bereits eine längere Zeit bei einem Hausarzt verbracht und mir ist aufgefallen wie viel Zeit sie investieren müssen in bürokratischen Aufgaben, welche oftmals in meiner Sicht nicht wirklich notwendig wäre.

Die Budgetierungen mit denen man Ärzte gängelt sind unmöglich, vor allem bei Hausärzten, aber auch bei Internisten. Es gehört das bezahlt, was gemacht wird.

Warum werden die Ärzte dafür verantwortlich gemacht, dass Privatpatienten eher einen Termin bekommen als Kassenpatienten? Das liegt doch an der Regelung der Budgetierung. Ist doch klar, dass Ärzte lieber Patienten nehmen, durch die sie Geld verdienen.

Es erscheint mir als ein Unding, dass die Förderung von Ärzten auf dem Land, sobald diese erst einmal dort arbeiten, kaum vorhanden ist und Krankenkassen bei einer schlechten Versorgung Ärzte bestrafen, die es versuchen alle zu behandeln, die zu Ihnen kommen.

Daneben – der letzte Kommentar spielt darauf an – ist die Tatsache, dass statistische Wirtschaftlichkeitsprüfungen unverändert durchgeführt werden und in Regressen münden können, immer noch einer der Hauptgründe, von einer Niederlassung Abstand zu nehmen – auch wenn Regresse faktisch nur selten realisiert werden. Deren bloße Existenz wirkt sich massiv nachteilig aus und ihre Abschaffung – wie erst am 11.2. 2019 wieder von der KV Niedersachsen⁴⁵ gefordert –, dürfte sich insgesamt sehr förderlich auf die Niederlassungsbereitschaft künftiger Ärzte auswirken.⁴⁶ Auch dies spiegelt sich in den Kommentaren wider:

⁴⁵<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Regressse?nid=101041>

⁴⁶ Bei den angestellten Ärzten im ambulanten Sektor sind wirtschaftliche Zwänge, zu viel Bürokratie, hohe Investitionsrisiken und drohende Regresse ebenfalls die Hauptgründe, die gegen eine Niederlassung sprechen

Die Niederlassung sollte nicht mit zu hohem finanziellem Risiko einhergehen und die Praxen sollten kostendeckend arbeiten können damit am Ende alle was davon haben. Krankenkassen-Regresse müssen überdacht bzw. überarbeitet werden.

Der Schutz niedergelassener Ärzte gegenüber hohen Regressforderungen (und ausufernder Bürokratie) macht eine Niederlassung attraktiv, Geldzuschüsse allein sind ein Witz. Keiner geht gern ein derart hohes Risiko ein.

Schluss mit den Regressforderungen gegen Ärzte!

Der Abrechnungswahnsinn und die stets drohenden Regressforderungen belohnen nicht nur ein dem Patientenwohl abträgliches Verhalten seitens der Allgemeinmediziner, sie machen den Beruf an sich auch leider sehr unattraktiv.

Die Angst vor Regressforderungen sowie die schlechte Bezahlung pro Patient und Quartal im ambulanten Bereich muss ein Ende haben.

Ich würde mich ungern mit einer eigenen Praxis selbstständig machen, da ich es nicht gut finde, dass man da so hohe finanzielle Risiken eingehen muss und mit hohen Anforderungen seitens der Krankenkassen belastet (Regress) wird.

Besseres Entlasten von Niedergelassenen bei der täglichen bürokratischen Arbeit und Abschaffung des Regress.

Neben der relativ gesehen noch stärkeren Bedeutung drohender Regresse als Niederlassungshemmnis haben sich im Vergleich zu 2010 einige weitere Verschiebungen ergeben. Ein als zu gering angesehenes Einkommen ist nur noch für knapp 34% ein Hindernis, demgegenüber hat aber ein befürchteter geringer fachlicher Austausch mit Kollegen deutlich an Bedeutung gewonnen. Unverändert spielen Fragen wie die möglicherweise schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf,

wenig Freizeit oder Notdienste am Wochenende nur eine sehr nachgeordnete Rolle, obwohl Zeitsouveränität, geregelte Arbeitszeiten und Zeit für die Familie für die künftige Medizinergeneration grundsätzlich von sehr großer Bedeutung ist. Offenkundig verbindet sich mit der freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassener Arzt das imaginaire, ebendies – da man sein eigener Chef ist – frei und ohne äußere Zwänge regeln zu können. Man könnte mithin im Umkehrschluss sogar davon ausgehen, dass solche Aspekte die Entscheidung zu einer Niederlassung positiv beeinflussen – sofern diese Annahme großer Zeitsouveränität denn tatsächlich realistisch ist, woran durchaus Zweifel angebracht sind, wenn man bedenkt, wie der Arbeitsalltag eines niedergelassenen Arztes in einer Vollzeitpraxis gegenwärtig aussieht. Die Festlegung auf einen Praxisstandort – ein Aspekt, den wir 2010 nicht angesprochen hatten –, ist lediglich für ein knappes Fünftel ein Grund, sich nicht niederzulassen.

Zwischen Frauen und Männern bestehen bei diesen Fragen nur wenige Unterschiede. Frauen nennen deutlich häufiger als Männer das hohe finanzielle Risiko (61,2% vs. 49,8%), ansonsten aber sind sich die Geschlechter in ihren Antworten sehr ähnlich. Dies gilt insbesondere für die Nennung drohender Regresse als Niederlassungshemmnis (46,4% und 48,5%) und ein befürchtetes hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie (62,4% und 63,1%). Auch im Studienverlauf bestehen relativ wenige eindeutige Unterschiede zwischen Befragten in Vorklinik, Klinik und PJ – mit drei Ausnahmen: Die Befürchtung, dass man bei einer Niederlassung nur noch ein enges Behandlungsspektrum hat und Diagnose und Therapie zu wenig herausfordernder Routine werden, sinkt deutlich. Während in der Vorklinik 47,0% entsprechende Sorgen haben, sind dies in der Klinik nur noch 38,7% und im PJ 32,0%. Umgekehrt gewinnen Bedenken wegen drohender Regresse aber deutlich an Bedeutung. In der Vorklinik haben

41,2% Regresse als Niederlassungsbremse genannt, in der Klinik 48,6% und im PJ 52,4%. Ähnlich steigen die Befürchtungen, man habe es bei einer Niederlassung mit einem hohen Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie zu tun von 58,8% in der Vorklinik über 63,1% auf 65,0% im PJ. Hier wird nochmals deutlich, dass die bestehenden bürokratischen Regelungen und Vorgaben im GKV-System einer nachhaltigen Sicherstellung im ambulanten Sektor nicht förderlich sind und einer Reform bedürfen. Dabei müssen insbesondere – um es noch einmal zu betonen – Regresse in ihrer derzeitigen Form abgeschafft werden. Wir zitieren hier abschließend nochmals einen Kommentar aus dem Jahr 2014, der die bisherigen Ausführungen exemplarisch auf den Punkt bringt:

„Von einer Niederlassung halten mich (nicht nur, aber insbesondere) das Abrechnungssystem ab sowie enge Vorgaben der Krankenkassen mit möglichen Regressansprüchen. Ich habe von zu vielen niedergelassenen Ärzten gehört, die durch gewissenhaftes Arbeiten Regressansprüchen im mindestens fünfstelligen Bereich gegenüberstehen“.

Übrigens spielt es gerade bei den Bedenken wegen drohender Regresse oder zu viel Bürokratie keine Rolle, ob die Befragten aus Arztfamilien stammen oder nicht. Entsprechende Erfahrungen oder Bewertungen werden mithin nicht primär in Arztfamilien kommuniziert und haben dann negative Implikationen auf die Niederlassungsbereitschaft, sondern sind weit verbreitet.

Aus diesen Gründen, die gegen eine Niederlassung sprechen, sollte mithin endlich ein Maßnahmenkatalog abgeleitet werden, der die größten Hemmnisse beseitigt, reformiert oder auch mit falschen Vorstellungen aufräumt. Zu den Themen Bürokratie, Budgetierung und Wirtschaftlichkeitsprüfung haben wir bereits Stellung genommen, Reformen sind hier überfäll-

TABELLE 36: FAKTOREN, DIE GEGEN EINE NIEDERLASSUNG SPRECHEN (ANGABEN IN PROZENT, 2010 UND 2018)

	CONTRA NIEDER- LASSUNG	RANG 1	RANG 2	RANG 3
Hohes finanzielles Risiko	62,7 57,4	24,4 20,5	14,6 10,3	11,6 9,3
Medizinfremde Tätigkeiten und Bürokratie	57,8 62,3	17,3 20,4	16,3 14,5	15,0 11,4
Geringes Einkommen, unangemessenes Honorar	53,4 33,7	22,2 8,9	14,9 6,1	10,5 6,1
Drohende Regressforderungen durch die Krankenkassen	49,9 46,7	9,7 8,6	12,1 9,4	9,1 8,4
Hoher Kaufpreis für eine Praxis	48,7 43,9	9,0 6,2	9,9 7,8	7,1 5,4
Hohe Arbeitsbelastung	37,4 37,0	8,8 5,9	11,2 7,3	8,3 5,9
Enges Behandlungsspektrum, Gefahr der Routinisierung von Diagnose und Therapie	36,2 40,6	8,0 8,0	8,0 8,4	10,5 8,1
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	35,8 46,4	6,2 7,0	8,7 9,3	9,7 9,3
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	25,6 20,0	4,1 1,8	6,7 3,2	6,2 3,5
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	25,4 26,8	3,0 1,7	5,6 3,4	5,0 5,2
Wenig Freizeit	23,2 26,6	4,2 2,5	6,3 4,2	5,0 4,1
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	23,1 16,6	8,4 3,9	7,8 2,8	6,3 3,4
Notdienste am Wochenende	11,3 10,5	1,8 0,7	4,1 1,1	4,7 1,5
Festlegung auf einen Praxisstandort	- 19,0	- 2,3	- 2,5	- 3,5
N 2010 zwischen 10.453 und 11.095, N 2018 zwischen 12.413 und 12.798				

lig. Das Thema Einkommen spielte 2010 eine größere Rolle als 2018 und dieser Bedeutungsrückgang ist möglicherweise auch dem Umstand geschuldet, dass sich herumgesprochen hat, dass die Verdienstmöglichkeiten im ambulanten Sektor nicht ganz schlecht sind. Es ist zu empfehlen, dass die KVen hier weitere Aufklärungsarbeit leisten. Zudem sollten ökonomische Aspekte (i.w.S.) der ärztlichen Tätigkeit und Versorgung (im ambulanten wie stationären Sektor) bereits im Studium behandelt werden (dazu zählen nicht nur Einkommenschancen, sondern z.B. auch Fragen der Praxis-, Betriebs- und Personalführung

oder der Funktionsweise unseres Gesundheitssystems). Auch über die tatsächlichen finanziellen Risiken und Belastungen bei einer Niederlassung und die Finanzierungsmöglichkeiten sollte frühzeitig und flächendeckend besser informiert werden als bisher. Auch hier bietet es sich an, dass dies zum einen von den KVen übernommen wird und zum anderen ebenfalls bereits im Studium oder spätestens während der Weiterbildung angesprochen wird.

Wir haben darüber hinaus wie auch 2010 explizit nach der Wichtigkeit verschiedener Unterstützungsangebote

bei einer möglichen Niederlassung gefragt (Frage10c). Im Vergleich zu 2010 haben viele potentielle Unterstützungsangebote nochmals an Bedeutung gewonnen, so dass wir in vielen Fällen faktisch nahezu Konstanten mit annähernd 100% Zustimmung abgefragt haben (wenn man die Ratings für „sehr wichtig“ und „wichtig“ addiert).

Auch hier rangieren Angebote, die Aspekte der Praxisführung, Bürokratie, Verwaltung oder Finanzierung betreffen, an der Spitze.

TABELLE 37: WICHTIGE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BEI EINER NIEDERLASSUNG (ANGABEN IN PROZENT)

PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG	2010	2018
Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis	91,9	96,1
Beratung bei Verwaltung und Abrechnung	90,7	96,3
Finanzielle Anreize für eine Niederlassung (z.B. Subventionen bei der Anschaffung von medizinischen Geräten)	90,7	90,1
Rechtsberatung (Arbeitsrecht, Haftungsrecht, ...)	88,9	96,7
Finanzierungskonzepte zur Sicherung der Liquidität (z.B. Ausfallbürgschaften gegenüber Banken)	88,3	95,6
Analyse potentieller Standorte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (z.B. Patientennachfrage)	84,0	86,4
Finanzielle Besserstellung für Praxen in wirtschaftlich unattraktiven Versorgungsgebieten (z. B. auf dem Land oder in sozialen Brennpunkten)	83,6	84,5
Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in ländlichen Regionen (Arbeitsplatzangebote für den Partner, Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, ausreichendes schulisches Angebot)	82,0	78,9
	N zwischen 10.100 und 10.123	N zwischen 12.619 und 12.742

Wir haben die Einzelfragen aus Frage 10c ebenfalls mit Hilfe einer Hauptkomponentenanalyse analysiert und verdichtet. Die genannten Unterstützungsangebote sind mithin Indikatoren für drei grundlegende Themenkomplexe oder Faktoren, die bei einer Niederlassung wichtig sein können, nämlich für

Finanzierung und Einkommen, Recht und Verwaltung sowie Niederlassung auf dem Land. Die Faktorenstruktur aus dem Jahr 2010 konnte eindeutig (wenn auch mit etwas anderen Faktorladungen) repliziert werden, so dass die Daten aus 2010 und 2018 gut vergleichbar sind.

TABELLE 38: UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BEI NIEDERLASSUNG, FAKTOREN UND FAKTORLADUNGEN

	1. FINAN- ZIERUNG/ EINKOMMEN	2. RECHT/ VERWAL- TUNG	3. NIEDER- LASSUNG AUF DEM LAND
	Faktorladungen		
Finanzierungskonzepte zur Sicherung der Liquidität	.650		
Finanzielle Anreize für eine Niederlassung	.775		
Analyse potentieller Standorte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit	.807		
Beratung bei Verwaltung und Abrechnung		.871	
Rechtsberatung		.746	
Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis		.823	
Finanzielle Besserstellung für Praxen in wirtschaftlich unattraktiven Versorgungsgebieten			.817
Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in ländlichen Regionen			.859
Eigenwerte	1,9	2,3	1,5

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .789, Sig. Bartlett; .000

Auch hier wurden die Codewerte der Fragen (1 = „sehr wichtig“ bis 4 = „unwichtig“), die zu einem Faktor gehören, für die weitere Auswertung addiert, durch die Zahl der Items geteilt und gerundet. Die so erzeugten Skalenwerte haben damit die gleiche Skalierung wie die sie konstituierenden Items und bilden als verdichtete Information die jeweilige Bewertung der Studierenden besser ab als Einzelmessungen. Die

Analyse zeigt nochmals sehr deutlich, dass Rechtsberatung, Unterstützung bei der Praxisverwaltung, Hilfe bei der Finanzierung sowie die Reduktion bürokratischer Hürden faktisch für alle niederlassungswilligen künftigen Mediziner sehr hohe Relevanz haben. Hilfen bei der Niederlassung auf dem Land bzw. in wirtschaftlich unattraktiveren Gebieten haben aber im Vergleich zu 2010 deutlich an Bedeutung gewonnen.

Die KVen und andere Akteure (wie z.B. Gebietskörperschaften) sind deshalb gut beraten, entsprechende Unterstützungsangebote zu machen bzw. (denn vieles davon gibt es bereits) deren Existenz (besser) zu kommunizieren. Geschlecht und Studienabschnitt haben bei der Relevanz dieser Unterstützungsangebote übrigens keinen Einfluss.

TABELLE 39: UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BEI NIEDERLASSUNG, FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT, 2010 UND 2018)

	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Recht/Verwaltung	95,5 97,8	42,7 57,1	52,8 40,7	4,4 2,1	0,1 0,1
Finanzierung/Einkommen	93,8 95,1	33,0 39,4	60,8 55,7	6,2 4,6	0,1 0,3
Niederlassung auf dem Land	79,5 90,7	29,9 51,1	49,5 39,6	18,9 8,3	1,6 1,0
N zwischen 10.100 und 10.123, N zwischen 12.619 und 12.742					

4.10 TÄTIGKEIT IM KRANKENHAUS

Eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus ist – seit 2010 relativ konstant – für drei Viertel der angehenden Ärzte attraktiv – und für alle zumindest zeitweise unausweichlich, sofern sie ihre Ausbildung als Arzt abschließen wollen. Studierende im PJ haben mit dieser Form der ärztlichen Tätigkeit auch schon erste Erfahrungen gemacht und alle dürften – nicht zuletzt aufgrund der Unvermeidbarkeit einer Arbeit in der Klinik – auch konkrete Vorstellungen von dieser Tätigkeit entwickelt haben. Entsprechend gibt es auch hier Gründe, die gegen eine (dauerhafte) Anstellung in einem Krankenhaus sprechen (Frage 12)⁴⁷ – und sich doch deutlich von den Gründen gegen eine Niederlassung unterscheiden. Das Krankenhaus gilt offenbar stärker noch als 2010 als ein Ort hoher Arbeitsverdichtung, langer Dienstzeiten bei dennoch wenig Zeit für die eigentliche Arbeit am Patienten, die zudem durch einen starken ökonomischen Druck charakterisiert ist und als (nach wie vor) geprägt durch starre Hierarchien und eine autoritäre Führungskultur. Wiederum wird deutlich, welch hohen Stellenwert Familie, Privatleben

und Freizeit haben, denn gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus sprechen nach dem Urteil der Studierenden vor allem die hohe Arbeitsbelastung (mit vielen Diensten zu ungünstigen Arbeitszeiten) und die daraus resultierende schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Kommentare zum Thema Krankenhaus als Arbeitgeber illustrieren dies überaus deutlich:

Inhaltlich interessiert mich die Medizin im angestellten Bereich (Krankenhaus) mehr. Jedoch sehe ich aufgrund der dortigen schlechten Arbeitsbedingungen (unbezahlte Überstunden, Ökonomie, Wochenenddienste, ...) die Niederlassung als für mich persönlich besser.

Das PJ raubt einem den letzten Funken Motivation für den Arztberuf, zumindest für die Perspektive Assistenzarzt im Krankenhaus..

Ich bin beispielsweise durchaus interessiert daran, an einem Uniklinikum zu arbeiten, bin aber abgeschreckt von den schlimmen Arbeitsbedingungen. Eine Landärztliche Tätigkeit wiederum kann ich mir kaum vorstellen aus Mangel an kulturellem Angebot.

Ich glaube, ich würde auch im Krankenhaus bleiben, wenn es besser bezahlt werden würde, man nicht so viele Dienste machen müsste und es besser mit der Familie & Freizeit vereinbar wäre.

Ich habe den Wunsch, wenn auch nicht große Hoffnung, dass sich die Arbeitsverhältnisse in Krankenhäusern für Ärzte bessern, vor allem was die Arbeitszeiten angeht (Überstunden). Und auch, dass die Krankenhäuser mehr Ärzte anstellen.

Ich würde mir im Arbeitsalltag (besonders im Krankenhaus) weniger Hierarchien, eine angenehme Arbeitsatmosphäre, weniger Belastung/Arbeitszeit wünschen. Außerdem ein besseres System zur Vergütung von Behandlungen etc.

Ich würde mir wünschen, dass man gerade im Krankenhaus von den altmodischen Strukturen lässt. Ich wünsche mir für meine Zukunft keine unbezahlte Überstunden, keine Unterbesetzung, keine Überlastung am Arbeitsplatz.

Neulich war in der Frankfurter Allgemeinen ein sehr erschreckender Artikel über Arbeitsbelastung, Hierarchien und Weiterbildungsdruck. Das Bild was in

⁴⁷Die ursprüngliche Itemliste aus dem Jahr 2010 ist deutlich erweitert worden.

diesem Artikel gemalt wurde, entspricht teilweise meinem Eindruck von der Arbeitsrealität.

Es wäre schön, wenn es möglich wäre im Krankenhaus als Arzt zu arbeiten, ohne sein restliches Leben dafür aufgeben zu müssen. Eine vernünftige Deckelung der Arbeitszeit auf ca. 40h/Woche sowie auch die Einhaltung derselben sollten endlich selbstverständlich sein.

Ich wünsche mir bessere Arbeitsbedingungen (Verdienst, Arbeitszeiten). Ansonsten denke ich darüber nach nicht als Klinikarzt tätig zu werden, sondern mich nach anderen Berufsalternativen umzusehen.

Die Lage in den Krankenhäusern ist ein Drama. Statt sich zu fragen, weshalb immer mehr Ärzte und Pflegekräfte die Flucht ins Ausland ergreifen, werden lieber schlecht ausgebildete Arbeitskräfte aus dem Ausland geholt, die noch nicht einmal die Sprache sprechen.

Die starke Arbeitsbelastung und der hohe Druck (Arbeitspensum sowie ökonomischer Druck im Krankenhaus von oben) schrecken uns Medizinstudenten schon ab. Außerdem auch die hohe Bürokratie. Eine Entlastung von bürokratischer Tätigkeit würde ich sehr begrüßen.

Die Arbeit im Krankenhaus schreckt mich ab (Arbeitszeiten, Nachtdienste, zu viele Patienten und zu wenige Betten, oft monokausale Behandlungen). Zu wenig Pflegekräfte und unglückliche Patienten.

Es kann einfach nicht mehr so weiter gehen dass Ärzte in Deutschland die in der Klinik angestellt sind unter 12 Stunden kaum nach Hause gehen. Es wird immer mehr Personal reduziert, seien es Ärzte oder Pflegekräfte was die Arbeitsbedingungen miserabel macht.

Die allgemeine Arbeitsbelastung in Krankenhäusern ist meistens zu stark. Dies spiegelt sich in Selbstmordquoten, Depressionen und Abwanderung in den nicht-kurativen Bereichen wieder (Dazu gibt's Statistiken, es ist nicht wegzureden).

Ich finde die Arbeitsbelastung in deutschen Krankenhäusern zu hoch und die Vergütung dafür zu gering. Familie und Beruf sind nur schlecht vereinbar und daher möchte ich nicht in Deutschland als Arzt arbeiten.

Der Leistungsdruck ist zu hoch, das Personal ist aus Kostengründen praktisch immer im illegalen Bereich unterbesetzt, es wird erwartet, dass man sein Privatleben opfert, das Arbeitsklima ist meistens sehr schlecht.

Zum Ende des Studiums werden die Studenten immer desillusionierter. Die wenigsten möchten noch Arzt werden und auf keinen Fall ins Krankenhaus. Schlechte Arbeitsbedingungen und Ausbeutung, starre Hierarchien und sexuelle Diskriminierung.

Ich wäre später gern eine gute Ärztin und gleichzeitig eine gute Mutter. Im Krankenhaus sehe ich die Voraussetzungen dafür nicht (Arbeitszeiten, ökonomischer Druck bei der Patientenversorgung).

Ich würde mir wünschen eine Karriere im Krankenhaus mit Familie verbinden zu können.

Es wäre schön, wenn Arbeitszeiten im Krankenhaus ähnlich individuell geregelt werden könnten, wie im ambulanten Sektor. Das wäre ein großer Fortschritt in Sachen Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die Arbeitsbelastung in der Klinik ist für Frauen kaum mit Familie zu vereinbaren.

Die Ärzte in den Krankenhäusern wirken überarbeitet und mir wurde öfter gesagt ich soll bloß nicht Medizin studieren weil die Klinik die Hölle sei.

Viele Kliniken sind keine attraktiven Arbeitgeber, da trotz Versorgungsengpässen immer weiter an Personal gekürzt wird und alle überlastet sind. Überstunden werden sehr häufig nicht angerechnet und Dienste machen jegliche Vereinbarkeit mit Familie und Beruf unmöglich.

Auffällig ist zudem, dass ein Mangel an Pflegekräften mehrheitlich als Grund genannt wird, nicht in einem Krankenhaus zu arbeiten. Ob dahinter Sorgen stehen, in einem solchen Fall Tätigkeiten des Pflegepersonals kompensieren zu müssen oder ob man (durchaus zu Recht) die Versorgungsqualität als gefährdet ansieht oder auch befürchtet, in der Weiterbildungsphase ohne Unterstützung durch erfahrene Pflegekräfte Probleme zu bekommen, lässt sich auf der Basis der Daten nicht beantworten. Letztlich spielen diese Motive auch keine Rolle, denn der Sachverhalt ist eindeutig: Kliniken mit personellen Defiziten bei den Pflegekräften werden deshalb auch zunehmende Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Ärzten bekommen. Die Gewinnung von Pflegekräften und die von Ärzten sind mithin gleichsam zwei Seiten einer Medaille und die Pflege muss stärker in den Fokus rücken. Ob dabei neue Berufsfelder und -bezeichnungen für nichtärztliches medizinisches Personal zielführende Maßnahmen sind, ist noch offen. Immerhin aber ist die künftige Ärztegeneration für Reformen und neue Aufgabenverteilungen, die in der Diskussion häufig unter den Begriffen Delegation und Substitution subsumiert werden, offen (vgl. dazu Kapitel 4.14).

TABELLE 40: GRÜNDE, DIE GEGEN EINE ANGESTELLTE TÄTIGKEIT IM KRANKENHAUS SPRECHEN
(ANGABEN IN PROZENT, 2010 UND 2018)

	CONTRA ANSTELLUNG	RANG 1	RANG 2	RANG 3
Hohe Arbeitsbelastung	63,1 78,2	25,1 21,8	19,1 15,1	13,3 12,4
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	60,5 63,3	26,8 16,7	18,3 9,8	11,0 12,2
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten	55,1 61,2	15,0 9,0	13,2 11,8	14,0 9,8
Starre Hierarchien	53,2 57,7	14,1 7,5	11,4 5,5	12,9 6,9
Wenig Freizeit	47,1 61,3	7,6 4,3	10,0 9,0	9,1 7,8
Geringes Einkommen	43,7 22,7	13,4 3,5	13,4 2,6	10,3 3,2
Bereitschafts- und Nachtdienste	43,5 53,7	8,1 8,6	10,9 9,2	12,0 8,1
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie	33,9 15,9	7,8 1,6	8,8 1,9	8,3 2,2
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten	19,2 9,6	3,5 0,5	5,3 0,8	4,7 0,9
Autoritäre Führungskultur	– 53,7	– 7,9	– 6,9	– 5,9
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung	– 67,9	– 12,9	– 13,1	– 11,4
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	– 1,0	– 0,0	– 0,0	– 0,0
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung	– 9,6	– 0,3	– 0,6	– 0,9
Mangel an ärztlichen Kollegen	– 28,9	– 1,6	– 3,0	– 3,5
Mangel an Pflegekräften	– 58,5	– 3,5	– 6,6	– 8,5
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung	– 6,6	– 0,1	– 0,2	– 0,4

N 2010 = 10.668, N 2018 zwischen 12.619 und 12.742

Anders als bei Gründen gegen eine Niederlassung gibt es bei der Bedeutung von Faktoren, die gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus sprechen (können), durchaus Unterschiede zwischen Männern und Frauen und teilweise fallen diese auch recht deutlich aus. Frauen beklagen häufiger die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, das Ausmaß an Bereitschafts- und Nachtdiensten und dass für die Behandlung von Patienten nur wenig Zeit zur Verfügung steht, Männer dagegen häufiger das geringe Einkommen, schlechte Aufstiegsmöglichkeiten und ein hohes Maß an Bürokratie.

Entsprechend der Unterschiede bei den einzelnen Indikatoren für die beiden Faktoren, die gegen eine Tätigkeit in einer Klinik sprechen, zeigen sich die geschlechtsbedingten Effekte auch bei den zusammengefassten Faktoren. Für Frauen hat der Faktor Arbeits- und Freizeit eine etwas höhere Bedeutung als für Männer, umgekehrt nennen Männer deutlich häufiger Probleme bei Einkommen und Karriere.

Ein Vergleich der Vorstellungen von Studierenden verschiedener Studienabschnitte zeigt ebenfalls größtenteils signifikante Unterschiede und demonst-

riert zudem, wie das eingangs erwähnte „imaginaire“ durch Erfahrungen modifiziert werden kann: Bereitschafts- und Nachtdienste und generell Faktoren, die Indikatoren für eine hohe Arbeitsbelastung sind sowie ein hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie gewinnen – wenn auch auf sehr unterschiedlichen Niveaus – als abschreckende Faktoren deutlich an Bedeutung. Dagegen nehmen Befürchtungen hinsichtlich verschiedener Probleme bei der Behandlung von Patienten in ihrer Bedeutung ab.

TABELLE 41: GRÜNDE, DIE GEGEN EINE TÄTIGKEIT IM KRANKENHAUS SPRECHEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	FRAUEN	MÄNNER	DIFFERENZ FRAUEN-MÄNNER
Starre Hierarchien*	60,2	53,4	6,8
Autoritäre Führungskultur	53,9	54,5	-0,6
Geringeres Einkommen*	17,5	32,7	-15,2
Hohe Arbeitsbelastung*	79,9	76,0	3,9
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten*	8,2	12,1	-3,9
Wenig Freizeit	62,4	60,3	2,1
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie*	13,4	21,1	-7,7
Bereitschafts- und Nachtdienste*	57,3	48,1	9,2
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten*	66,1	52,8	13,3
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten	69,2	66,8	2,4
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	0,9	1,2	-0,3
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	9,7	9,2	0,5
Mangel an ärztlichen Kollegen	28,8	29,5	-0,7
Mangel an Pflegekräften	59,2	57,8	1,4
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	7,1	5,8	1,3
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf*	68,0	55,6	12,4
N = 11.625			

*Hochsignifikanter Unterschied

TABELLE 42: GRÜNDE, DIE GEGEN EINE TÄTIGKEIT IM KRANKENHAUS SPRECHEN NACH STUDIENABSCHNITT
(ANGABEN IN PROZENT)

	VOR- KLINIK	KLINIK	PJ	DIFFERENZ VOR- KLINIK-PJ
Starre Hierarchien	56,4	59,1	54,4	2,0
Autoritäre Führungskultur	48,2	55,9	53,9	-5,7
Geringeres Einkommen	23,4	22,7	21,8	1,6
Hohe Arbeitsbelastung*	74,1	79,2	81,1	-7,0
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten	10,7	9,4	9,5	1,2
Wenig Freizeit*	54,6	63,1	65,6	-11,0
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie*	12,1	15,7	24,1	-12,0
Bereitschafts- und Nachtdienste*	44,0	55,4	64,6	-20,6
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten*	66,0	61,0	52,2	13,8
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten*	71,0	67,8	60,0	11,0
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	0,9	1,0	1,1	-0,2
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	11,0	9,0	8,8	2,2
Mangel an ärztlichen Kollegen*	23,0	29,2	38,9	-15,9
Mangel an Pflegekräften*	61,8	56,3	56,7	5,1
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	7,2	6,7	5,4	1,8
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf*	58,7	65,1	64,7	-6,0
N = 12.707				

*Hochsignifikanter Unterschied

Das eigentlich Bedenkliche bei diesen Ergebnissen liegt darin, das seit 2010 die Befürchtungen insbesondere hinsichtlich Arbeitszeiten und Arbeitsbelastung, Bürokratie, Führungskultur und Betriebsklima nicht weniger geworden sind, sondern stagnieren oder sogar noch weiter verbreitet sind. Ob diese Bedenken berechtigt sind spielt dabei im Sinn des eingangs zitierten Thomas-

Theorems nur eine nachgeordnete Rolle. Krankenhäuser haben als Arbeitgeber nach wie vor (zumindest) ein massives Image-Problem, welches zumindest einen Teil der Probleme bei der Besetzung freier Arztstellen erklärt.

Und dieses Problem betrifft alle Ebenen in der Krankenhaushierarchie und insbesondere die Position als Chefarzt

(Frage 10d). Während für immerhin noch knapp die Hälfte der Befragten, die als Angestellte im Krankenhaus arbeiten wollen, eine Position als Oberarzt definitiv eine Karriereoption ist, ist eine Chefarztstelle nur für ein gutes Zehntel eindeutig anstrengenswert und für ein weiteres Viertel eine bedenkenswerte Option.

TABELLE 43: KARRIEREOPTIONEN (ANGABEN IN PROZENT)

	OBERARZT		CHEFARZT	
Ja, auf jeden Fall	48,0	88,4	13,1	36,6
Ja, wahrscheinlich	40,4		23,5	
Nein, eher nicht	10,8	11,6	47,3	63,4
Nein, auf keinen Fall	0,8		16,1	
N	9.628		9.619	

Männer sind diesbezüglich deutlich karriereorientierter als Frauen. Eine Oberarztstelle ist für nahezu alle Männer eine definitive oder zumindest erwägenswer-

te Option, eine Chefarztposition für die Hälfte. Bei den Frauen sind beide Anteile niedriger. Dabei sind die Unterschiede bei der Chefarztoption besonders groß.

TABELLE 44: KARRIEREOPTIONEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	FRAUEN	MÄNNER	DIFFERENZ FRAUEN-MÄNNER
Oberarzt*	85,4	93,5	-8,1
Chefarzt*	28,0	50,3	-22,3
N zwischen 9.661 und 9.668			

*Hochsignifikanter Unterschied

Der Studienverlauf hat keine Auswirkungen auf die Attraktivität einer Position als Oberarzt, wirkt sich aber deutlich negativ auf Chefarztambitionen aus. Diese sind im PJ um knapp 21

Prozentpunkte niedriger. Bleibt es bei diesen Verteilungen der Präferenzen, könnte es künftig durchaus schwierig werden, freie Chefarztstellen wieder zu besetzen.

TABELLE 45: KARRIEREOPTIONEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	VORKLINIK	KLINIK	PJ	DIFFERENZ VORKLINIK-PJ
Oberarzt	88,6	88,2	87,3	1,3
Chefarzt*	46,5	33,6	25,8	20,7
N zwischen 9.600 und 9.608				

*Hochsignifikanter Unterschied

4.11 ARBEITSORTE UND REGIONEN

Vor dem Hintergrund der unverändert bestehenden sehr ungleichen Verteilung der Ressource Arzt in Deutschland und der großen Probleme, freie Arztstellen im ambulanten wie auch stationären Sektor in ländlichen Regionen wieder zu besetzen, bleiben Fragen nach dem künftigen Wohn- und Arbeitsort aktuell. Zunächst ist hier vor dem Hintergrund der immer noch aktuellen Diskussion von Interesse, ob Deutschland generell als Arbeitsort noch in Frage kommt und wie viele Studierende (auch oder

ausschließlich) das Ausland als späteren Arbeits- und damit auch als Lebensort ins Auge fassen (Frage 13). Hier lässt sich feststellen: Das Ausland hat seit 2010 an Attraktivität eingebüßt und ist nur noch für 43,7% eine Option. Im Vergleich zu 2010 ist dies ein Rückgang von 20 Prozentpunkten.

Auch andere Bundesländer sind insgesamt nicht mehr so attraktiv. Hier stellen wir einen Rückgang von knapp 16 Prozentpunkten fest. Mithin zeigt sich eine stabile Tendenz zur Immobilität und Konzentration auf die nähere Heimatregion bzw. das Heimatbundesland (die

Frage nach der Region rund um die Universität wurde 2010 nicht gestellt). Diese Konzentration mag man als mangelnde Flexibilität beklagen, man kann sie aber auch als Chance für gezielte Nachwuchsrekrutierungsstrategien auffassen, denn die für eine Niederlassung oder angebotene Tätigkeit im ambulanten oder stationären Sektor in einem Bundesland am ehesten zu gewinnenden Studierenden sind Landeskinder, gefolgt von den künftigen Ärzten, die in dem jeweiligen Bundesland studiert und ihre Facharztweiterbildung gemacht haben.

TABELLE 46: SPÄTERE MÖGLICHE ARBEITSORTE (ANGABEN IN PROZENT)

	2018	2014	2010
Heimatbundesland	86,4	84,5	86,3
Nähere Heimatregion	80,7	77,9	79,5
Anderes Bundesland	61,6	64,3	77,4
Ausland	43,7	48,6	63,7
Region rund um die Universität	64,7	64,3	-
N 2010 zwischen 10.375 und 10.435, N 2014 zwischen 10.708 und 10.753, N 2018 zwischen 12.655 und 12.710			

Fasst man die Angaben zu den vier deutschen Regionen (Heimatregion, Heimatbundesland, anderes Bundesland, Region um die Universität) zusammen, dann zeigt sich, dass Deutschland generell als Arbeitsort trotz aller öffentlichen Diskussionen weiterhin die erste Option darstellt. Lediglich 0,7% wollen überhaupt nicht in Deutschland arbeiten. Allerdings erfreuen sich verschiedene Regionen innerhalb Deutschlands nach wie vor einer sehr unterschiedlichen Beliebtheit. Bei einer Tätigkeit in Deutschland zeigt sich, wie schon erwähnt, im Vergleich zu 2010 und 2014 in zunehmendem Maß – übrigens ebenso wie bei der Wahl des Studienortes – eine ausgeprägte Heimatorientierung (i.w.S.) der Studierenden. Hier manifestiert sich die wohl grundsätzliche Tendenz, dass bekannte Strukturen und Regionen

(wenn die Rahmenbedingungen nicht gar zu abschreckend sind) unbekannt und damit tendenziell unsicheren Optionen vorgezogen werden. Bekannte Regionen gelten dann im Regelfall auch als attraktive Regionen und Exkursionen in die Ferne sind nicht unbedingt die favorisierte Strategie. Man studiert im Herkunftsland bzw. herkunftsland- und damit heimatnah und arbeitet nach Möglichkeit später auch dort. Dass dies aber nicht immer die unmittelbare Heimatregion ist – die allzu intime Kenntnis einer Region kann auch von Nachteil sein, wenn diese in negativen Beurteilungen resultiert – sondern eher das Herkunftsbundesland, lässt sich an der Differenz der Beliebtheit ebendieses Bundeslandes und der näheren Heimatregion ablesen. Wir hätten dies aufgrund der unterschiedlichen räumlichen Dif-

ferenzierungen der einzelnen Bundesländer in der bundesweiten Befragung allerdings nur mit einem großen zusätzlichen Erhebungsaufwand untersuchen können. Detaillierte Angaben dazu liegen aber aus der Pilotstudie, die wir an der Universität Mainz durchgeführt haben, vor.⁴⁶ 34,7% der Studierenden stammten aus Rheinland-Pfalz. 59,6% – also deutlich mehr – ziehen Rheinland-Pfalz als späteren Arbeitsort in Erwägung. Das Studium im Land hat mithin zur Steigerung der Bekanntheit und in der Folge auch der Attraktivität der Region beigetragen. Allerdings waren verschiedene Regionen des Landes unterschiedlich attraktiv: Spitzenreiter war die Region Rheinhessen, in der auch die Universität Mainz liegt und die im

⁴⁶Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass die dabei analysierten Relationen für andere Bundesländer und Regionen wesentlich anders sind.

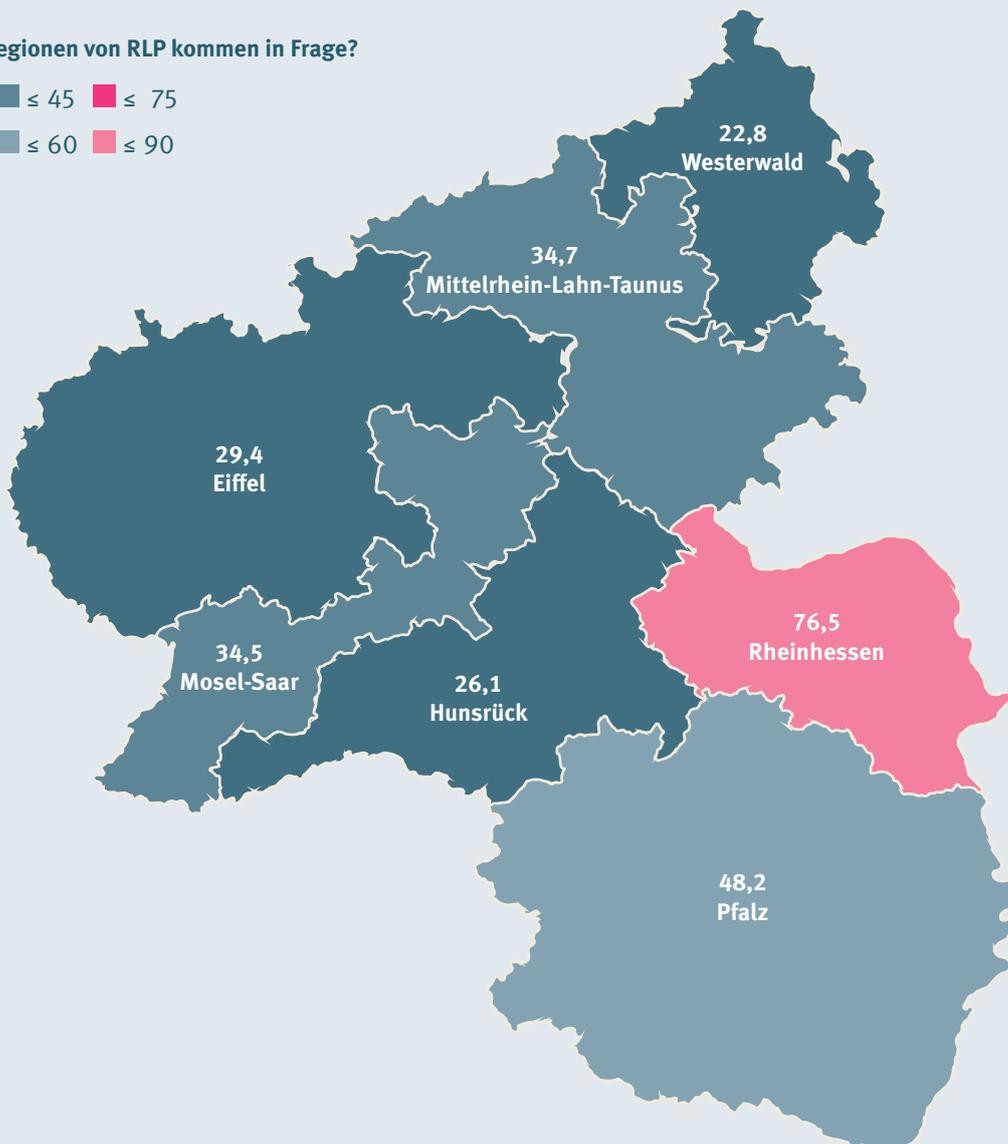
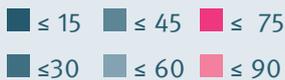
Land am stärksten urbanisiert ist. Relativ stark urbanisiert ist längs des Rheins auch die Region Pfalz, die zudem mit dem Pfälzer-Wald auch einen attraktiven Großholungsraum anzubieten hat. Die Flussregionen Rhein-Mosel-Saar-Lahn rangierten im Mittelfeld, wenig beliebt sind dagegen die Hochflächen

der Mittelgebirge Eifel, Hunsrück und Westerwald. Attraktiver sind also urbanisierte Regionen und solche, die als landschaftlich reizvoll gelten – etwa die Flussregionen an Rhein und Mosel –, während rurale, eher strukturschwache Gebiete mit kleinteiliger, dörflicher Siedlungsstruktur wenig anziehend sind

(wir werden dies auch noch bei der Frage nach der Größe der Wohn- und Arbeitsorte sehen).

ABBILDUNG 3: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN IN RHEINLAND-PFALZ ALS ARBEITSORTE (PILOTSTUDIE 2009)

Welche Regionen von RLP kommen in Frage?



Quelle: Berufsmonitoring Medizinstudenten der Universität Mainz, 2009, N = 452

Auch die Bundesländer selbst und das Ausland sind unterschiedlich beliebt. Wir haben oben ausgeführt, dass Heimatregionen und Heimatbundesländer für Landeskinder mehrheitlich attraktiv sind. Auf insgesamt hohem Niveau zeigen sich hier allerdings deutliche Unterschiede zwischen Studierenden aus Süddeutschland, Westdeutschland, Ostdeutschland und den Stadtstaaten. Großstädtisch sozialisierte Studierende aus den Stadtstaaten können sich mit sehr großer Mehrheit gut vorstellen, in Stadtstaaten später auch zu arbeiten. In noch höherem Maß präferieren Studierende aus Süddeutschland ihr Heimatbundesland.

Dagegen sind die neuen Länder selbst für vergleichsweise viele Landeskinder offenkundig nicht sehr anziehend. Andererseits zieht es gerade diese Studierenden mehrheitlich aber auch nicht ins Ausland. In dieser Hinsicht am mobilsten sind wiederum die künftigen Ärzte aus den Stadtstaaten. Die großstädtische Sozialisation und der damit verbundene gleichsam selbstverständliche Umgang mit Heterogenität, Vielfalt und Multioptionalität, der unter Umständen auch eine geringere Risikoaversion zur Konsequenz hat, bewirkt hier eine deutlich ausgeprägtere mentale Flexibilität hinsichtlich der späteren Berufstätigkeit. Man schätzt den vertrauten urbanen

Kontext, ist aber auch bereit, neue Erfahrungen speziell im Ausland zu machen. Dagegen sind deutsche, aber weniger stark urbanisierte Regionen für Studierende aus Stadtstaaten kaum attraktiv.

Die geringste Varianz besteht bei der Attraktivität der (den Studierenden vertrauten) Region rund um die Universität – jeweils rund zwei Drittel ziehen diese Region als Arbeitsort in Erwägung. Dies zeigt, dass bekannte Regionen (wenn sie nicht strukturelle Defizite aufweisen, die durch intimere Kenntnis erst recht evident werden) auch eher eine Chance haben, zu präferierten Regionen zu werden.

TABELLE 47: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN UND HERKUNFTSREGION (ANGABEN IN PROZENT)

	SÜDDEUTSCHLAND	WESTDEUTSCHLAND	OSTDEUTSCHLAND	STADTSTAATEN
Heimatregion	82,9	80,5	72,0	88,1
Heimatbundesland	91,2	86,6	73,4	87,1
Anderes Bundesland	56,1	63,6	65,7	64,0
Ausland	44,5	40,2	38,7	52,3
Region um die Universität	63,6	64,9	66,1	66,6
N zwischen 11.109 und 11.162				

In Frage 13a haben wir alle Studierenden, die angegeben hatten, dass auch andere Bundesländer als ihr Herkunftsbundesland als Arbeitsort in Frage kämen, gefragt, welche das sind. Hier bestehen seit 2010 sehr deutliche Unterschiede. Wenn andere Bundesländer überhaupt in Frage kommen, dann sind insbesondere die großen west- und süddeutschen Bundesländer und der Stadtstaat Hamburg beliebt und attraktiv. Eine oder mehrere Regionen aus dieser Spitzengruppe kommen für 51% als Arbeitsort in Frage. Im Vergleich zu den Vorjahren hat diese Spitzengruppe an Attraktivität eingebüßt. Außerdem ist

Berlin gleichsam abgestiegen und rangiert – anders als 2010 und 2014 – nicht mehr in der Spitzengruppe, sondern nur noch im Mittelfeld. Dazu zählen auch mittelgroße westdeutsche Flächenstaaten. Diese Region ist – konstant seit 2010 – für rund 45% eine Option. In Ländern der Schlussgruppe (Hansestadt Bremen, Ostdeutsche Bundesländer und das Saarland) will dagegen nur ein Viertel der Befragten arbeiten. Auch hier gab es eine strukturelle Veränderung, denn Bremen ist aus dem Mittelfeld in die Schlussgruppe abgestiegen. Auch Hamburg hat übrigens seit 2010 an Anziehungskraft verloren, rangiert aber noch in der Spitzengruppe. Mithin sind alle drei Stadtstaaten weniger attrak-

tiv als in den Jahren 2010 und 2014. Parallel dazu hat die Aversion gegen Großstädte mit mehr als 500.000 Einwohnern (Frage 14) zugenommen. Ob sich dies zu einem Trend entwickelt und Faktoren wie wahrgenommener gesteigener Devianz mit zunehmenden Unsicherheiten im öffentlichen Raum, als problematisch bewerteten vorschulischen und schulischen Angeboten oder Wohnraumverknappung zusammenhängt, ist derzeit offen. Die Datenlage bietet aber Anlass, bei der nächsten Welle auch Fragen zu Standortfaktoren bei der Wohnortwahl zu stellen.

TABELLE 48: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER BUNDESLÄNDER UND REGIONEN
(NUR LANDESFREMDE STUDIERENDE, ANGABEN IN PROZENT)

BUNDESLAND	2018	2014	2010	ATTRAKTIVITÄT DER REGION(EN)
Baden-Württemberg	57,1	58,7	55,2	Spitzengruppe 57,4% 56,7% 51,0%
Hamburg	55,7	63,2	63,1	
Bayern	54,9	56,7	57,2	
Nordrhein-Westfalen	48,1	51,7	50,8	
Berlin	39,0	49,0	52,6	Mittelfeld 44,7% 45,2% 44,7%
Niedersachsen	35,7	43,3	45,1	
Hessen	34,4	36,6	38,2	
Rheinland-Pfalz	33,2	36,3	38,4	
Schleswig-Holstein	30,9	34,9	38,7	
Bremen	20,4	29,7	32,5	Schlussgruppe 29,0% 30,8% 25,7%
Mecklenburg-Vorpommern	19,5	24,2	27,4	
Brandenburg	17,1	21,2	23,1	
Sachsen	16,7	24,4	23,6	
Thüringen	15,4	20,7	23,3	
Saarland	12,8	18,5	20,7	
Sachsen-Anhalt	11,1	16,5	16,5	
N	7.614	7.020	7.521	

Abbildung 4: Attraktivität verschiedener Bundesländer: Spitzengruppe, Mittelfeld und Schlussgruppe (nur landesfremde Studierende)

- Spitzengruppe
- Mittelfeld
- Schlussgruppe



Wie nun wirkt sich die Herkunft der Studierenden auf die unterschiedliche Beliebtheit der verschiedenen Regionen aus? Anders gefragt: Aus welchen Gruppen können die jeweiligen Regionen und Bundesländer medizinischen Nachwuchs mit einiger Aussicht auf Erfolg anwerben? An den bereits 2010 und 2014 festgestellten drei zentralen Trends hat sich nichts geändert:

1. Länder der Spitzengruppe sind bundesweit (mit knapper) Mehrheit attraktiv – deshalb sind sie ja in der Spitzengruppe. Gut 50% der Studierenden aus allen Regionen Deutschlands können sich vorstellen, dort zu arbeiten. Allerdings hat die Spitzengruppe wie schon angemerkt an Attraktivität verloren.

2. Studierende aus Ostdeutschland wollen zwar mehrheitlich nicht im Aus-

land arbeiten, haben aber hinsichtlich einer Tätigkeit in Deutschland weniger ausgeprägte Präferenzen und sind hier flexibler und würden mehrheitlich überall arbeiten (allerdings mit Abstrichen gerade für Süddeutschland und NRW).

3. Studierende aus den Ländern der ehemaligen Bundesrepublik wollen nicht im Osten arbeiten.

TABELLE 49: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN UND HERKUNFTSREGION (ANGABEN IN PROZENT)

	SÜD-DEUTSCHLAND	WEST-DEUTSCHLAND	OST-DEUTSCHLAND	STADTSTAATEN
Spitzengruppe (Süddeutschland, NRW, Hamburg)	53,8	58,8	49,7	56,0
Mittelfeld (Westdeutsche Flächenstaaten, Berlin)	38,7	55,1	50,7	55,7
Schlussgruppe (Westdeutsche Flächenstaaten, Berlin)	19,5	27,8	53,8	36,5
N = 11.100				

Zur Klärung der Frage, wie groß das Rekrutierungspotential der einzelnen Bundesländer ist, müssen natürlich auch die Studierenden aus den jeweiligen Bundesländern selbst berücksichtigt werden. Wir haben dazu wiederum bei den auf den folgenden Seiten dokumentierten Karten zwei Betrachtungsweisen gewählt. Erstens haben wir grafisch dargestellt, welche Bundesländer für die Studierenden als Arbeitsorte attraktiv sind (Abbildungen 5 bis 20). Die Karte in Abbildung 5 ist dann so zu lesen, dass rund 87% der Studierenden aus Baden-Württemberg sich auf jeden Fall oder mit großer Wahrscheinlichkeit vorstellen können, später auch in ihrem

Herkunftsbundesland zu arbeiten. Für gut 75% ist Bayern auch eine Option, für 33% Berlin und für 9% Sachsen-Anhalt. Die Abbildungen 5 bis 20 zeigen damit nochmals sehr deutlich, dass – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau – unverändert die Herkunftsbundesländer sehr attraktiv sind und sich die Studierenden ansonsten eher in der näheren Region rund um ihr Heimatbundesland orientieren – abgesehen von denjenigen aus Hamburg und Berlin.

Die folgenden Abbildungen 21 bis 36 zeigen zweitens, aus welchen Regionen die jeweils dargestellten Bundesländer grundsätzlich und in welchem Ausmaß Personal rekrutieren können, wenn die

in dieser Befragung erhobenen Präferenzen stabil bleiben. Diese Karten geben damit Hinweise für die einzelnen Länder, in welchen Regionen eine gezielte Werbung eher als lohnend erscheint und welche man eher vernachlässigen kann, weil die dort aufgrund des geringen Rekrutierungspotentials z.T. sehr großen Streuverluste den Aufwand von Werbe- und Informationskampagnen deutlich übersteigen.

Prozent Bundesländer 2009

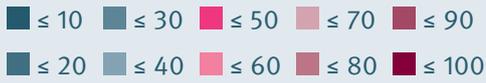


Abbildung 5: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Baden-Württemberg**

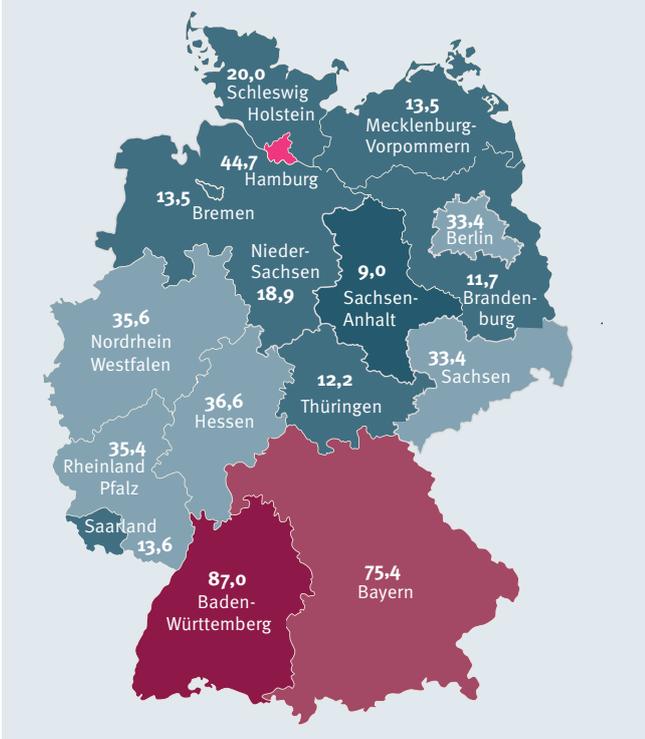


Abbildung 6: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Bayern**



Abbildung 7: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Berlin**

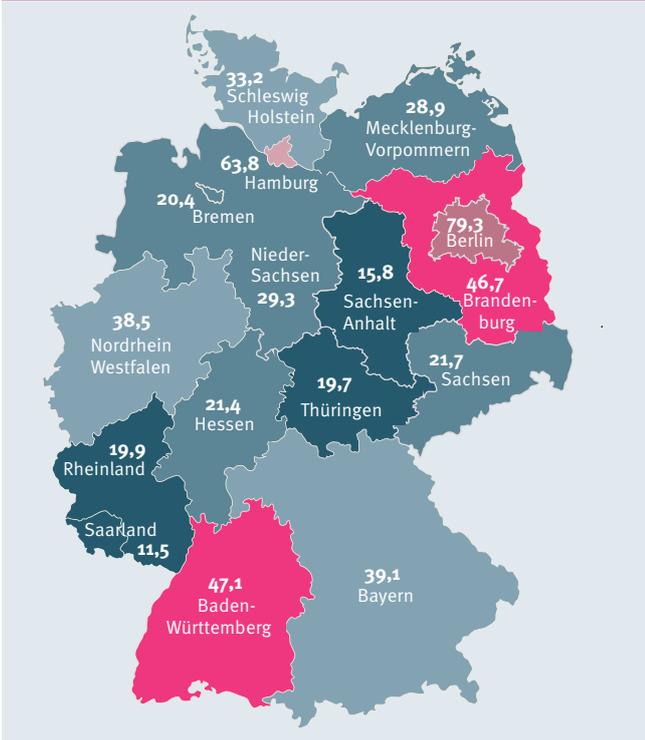


Abbildung 8: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Brandenburg**

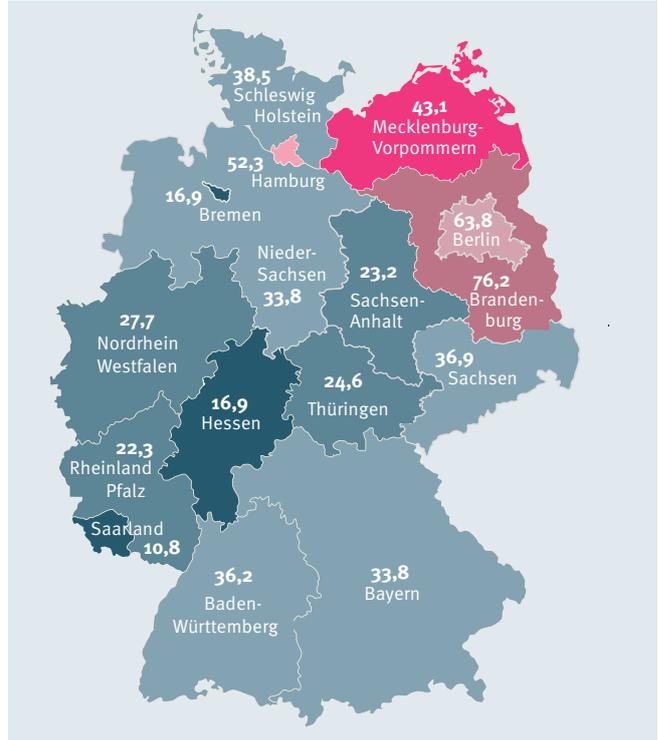


Abbildung 9: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Bremen**

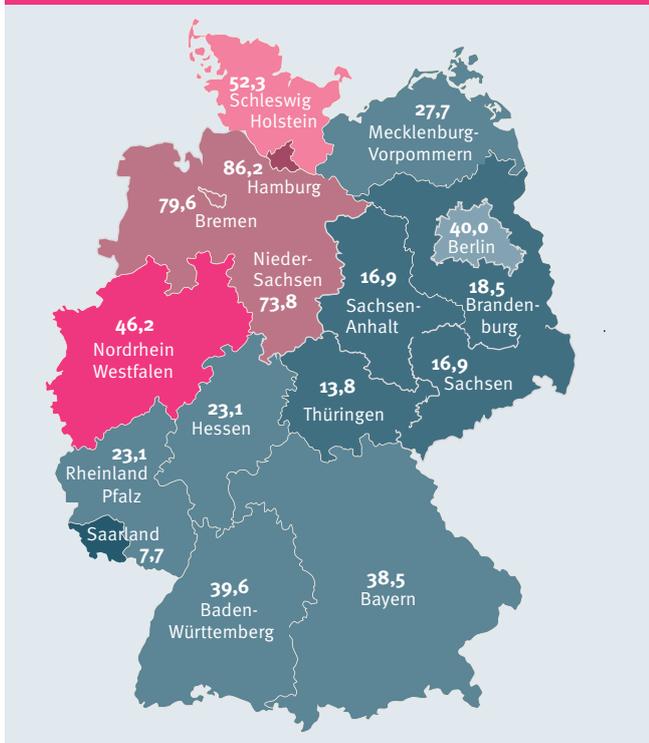


Abbildung 10: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Hamburg**

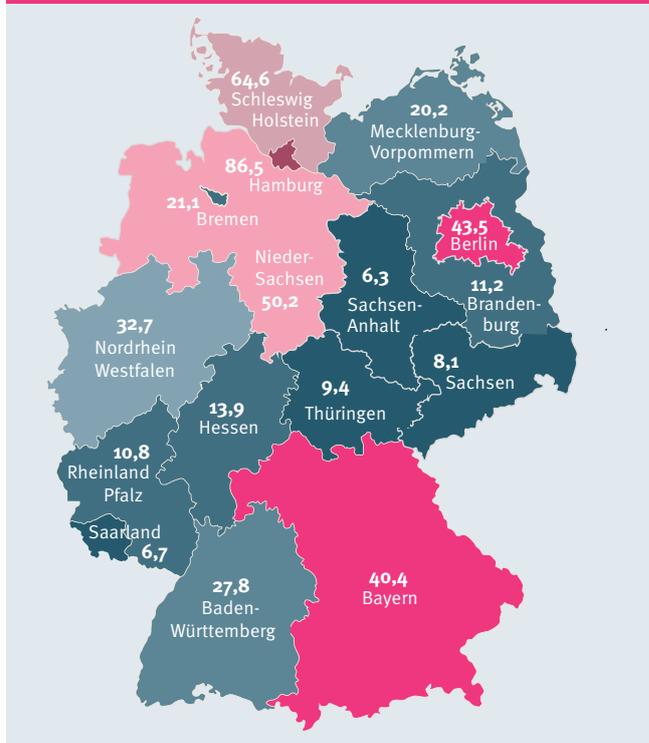
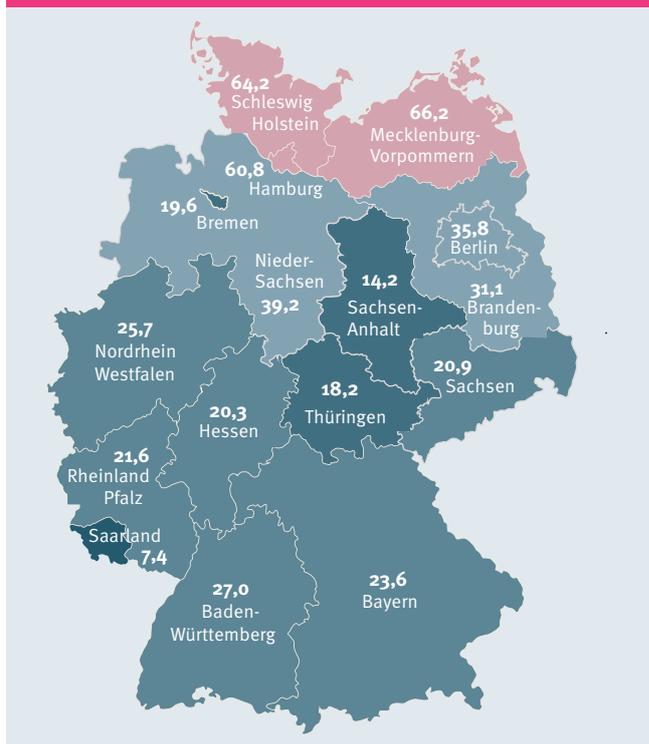


Abbildung 11: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Hessen**



Abbildung 12: attraktive Bundesländer für Studierende aus **Mecklenburg-Vorpommern**



Prozent Bundesländer 2009

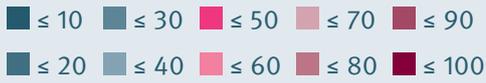


Abbildung 13: attraktive Bundesländer für Studierende aus Niedersachsen

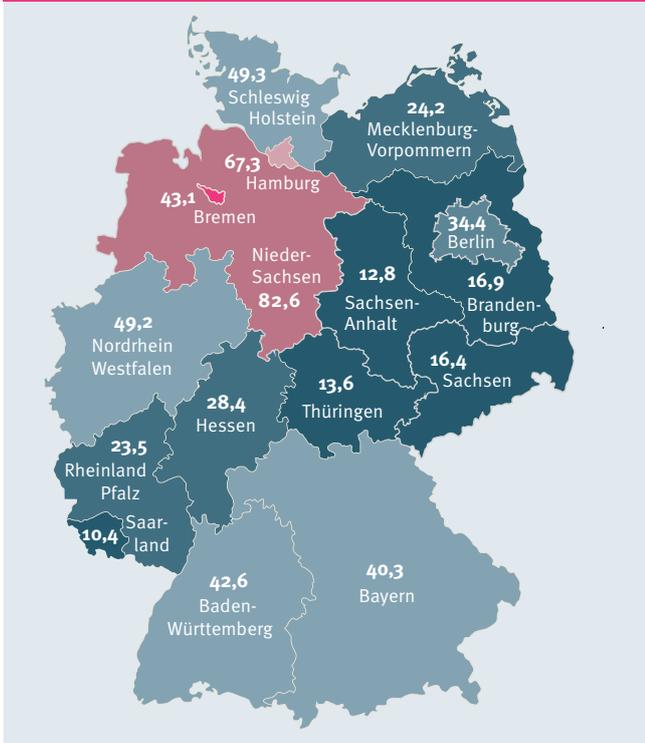


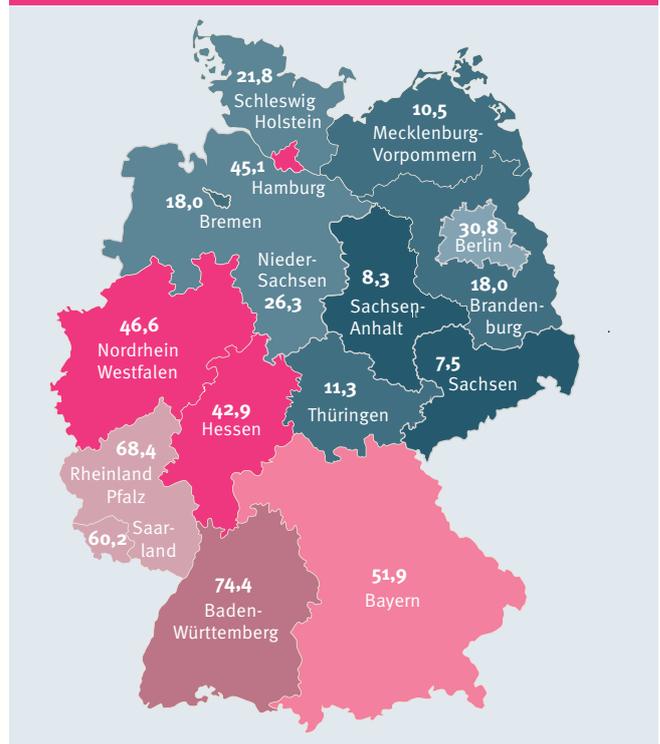
Abbildung 14: attraktive Bundesländer für Studierende aus Nordrhein-Westfalen



Abbildung 15: attraktive Bundesländer für Studierende aus Rheinland-Pfalz



Abbildung 16: Attraktive Bundesländer für Studierende aus dem Saarland



Prozent Bundesländer 2009

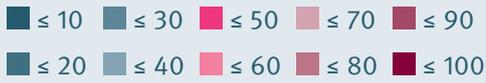


Abbildung 21: Arbeitskräftepotential Baden-Württemberg

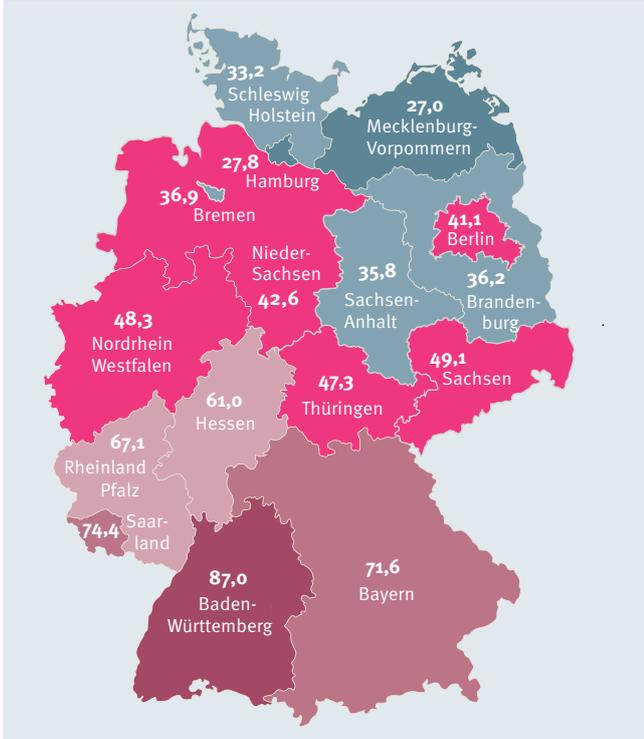


Abbildung 22: Arbeitskräftepotential Bayern

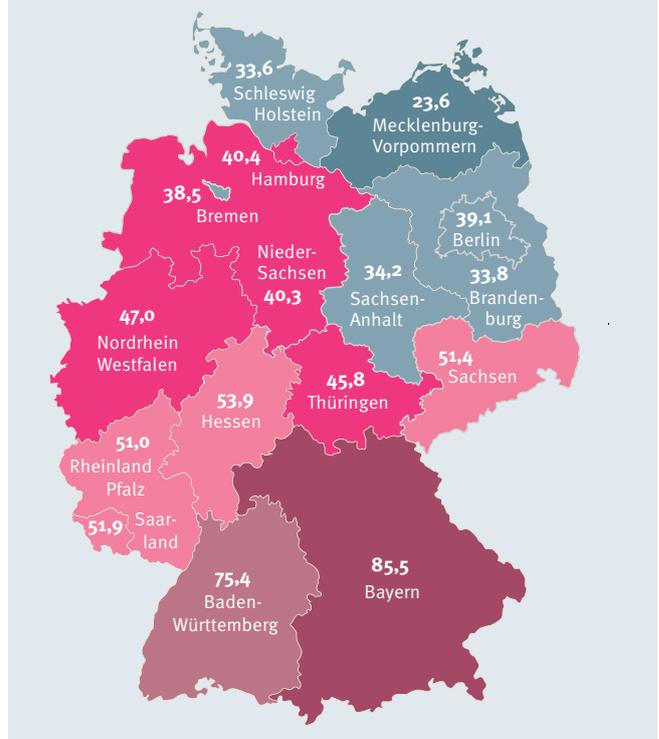


Abbildung 23: Arbeitskräftepotential Berlin

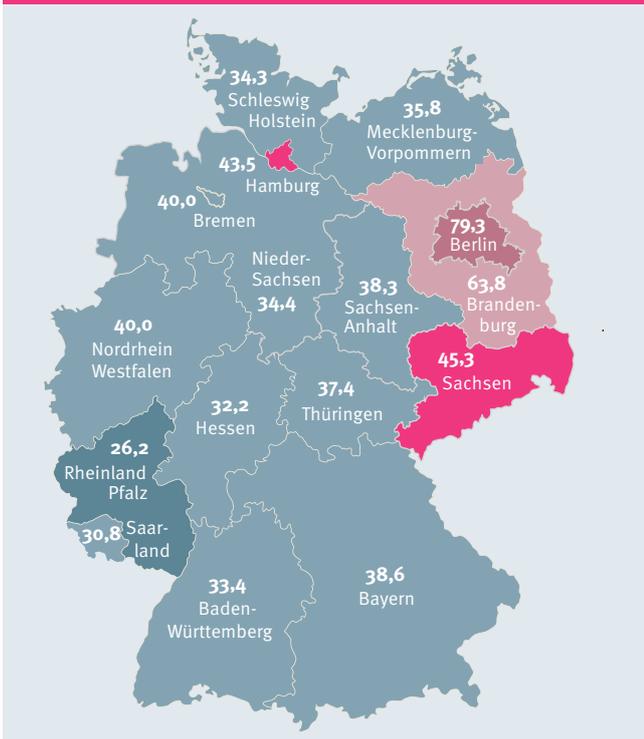


Abbildung 24: Arbeitskräftepotential Brandenburg

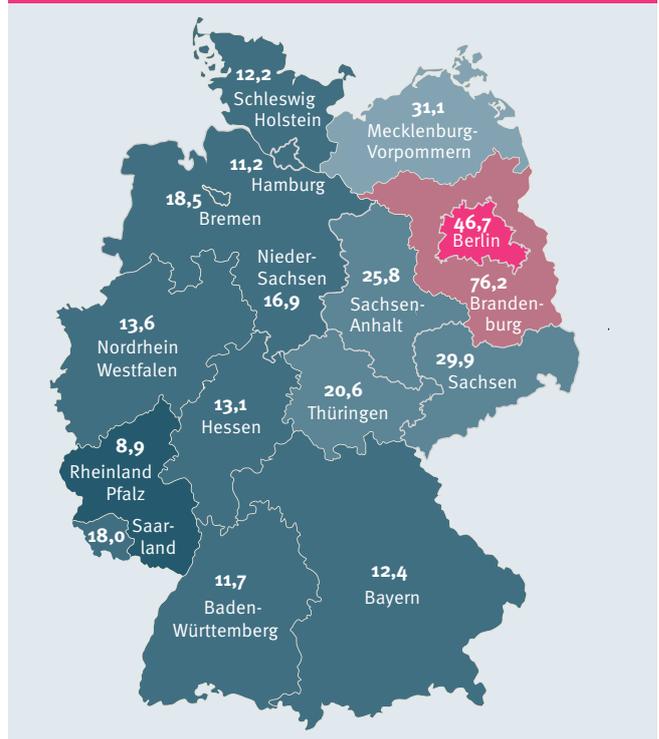


Abbildung 25: Arbeitskräftepotential
Bremen

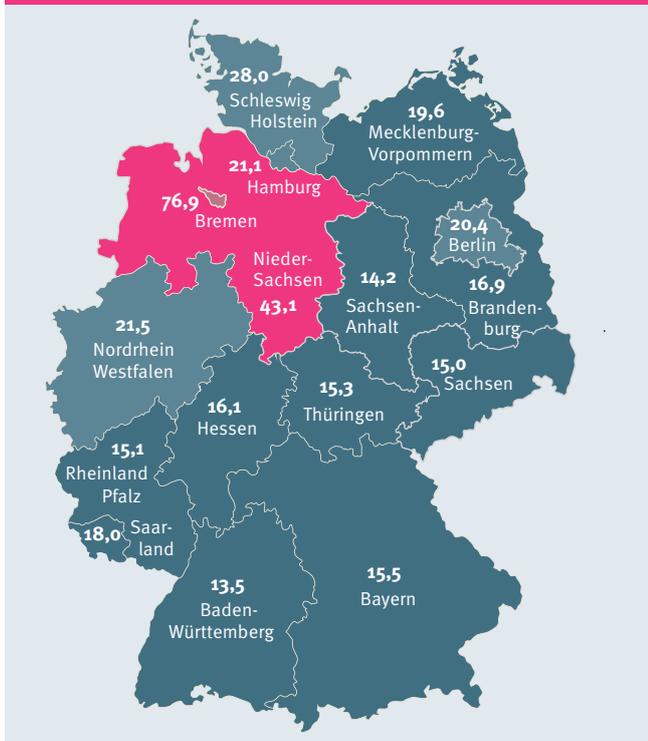


Abbildung 26: Arbeitskräftepotential
Hamburg

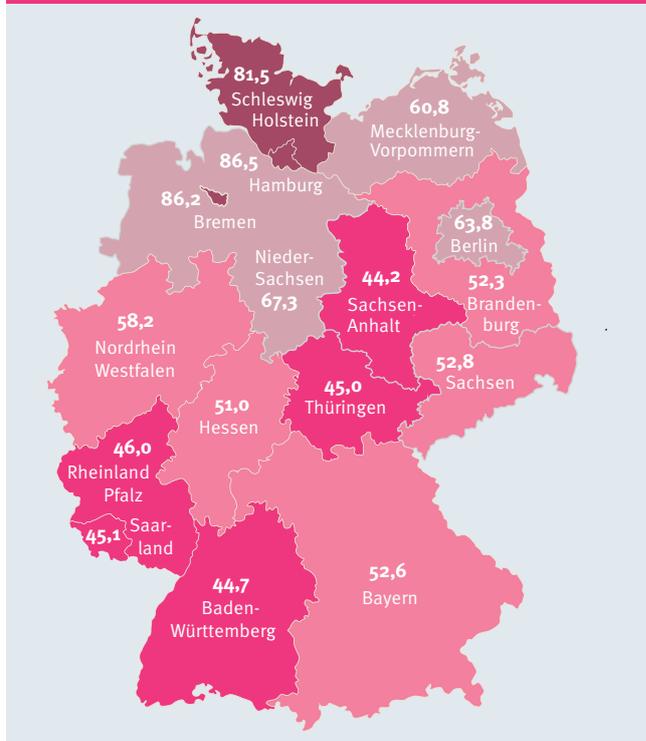


Abbildung 27: Arbeitskräftepotential
Hessen

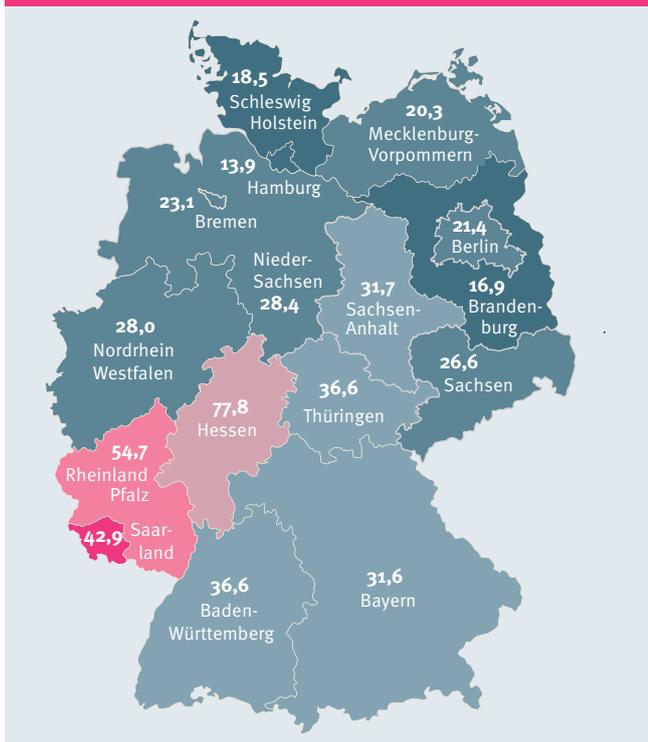
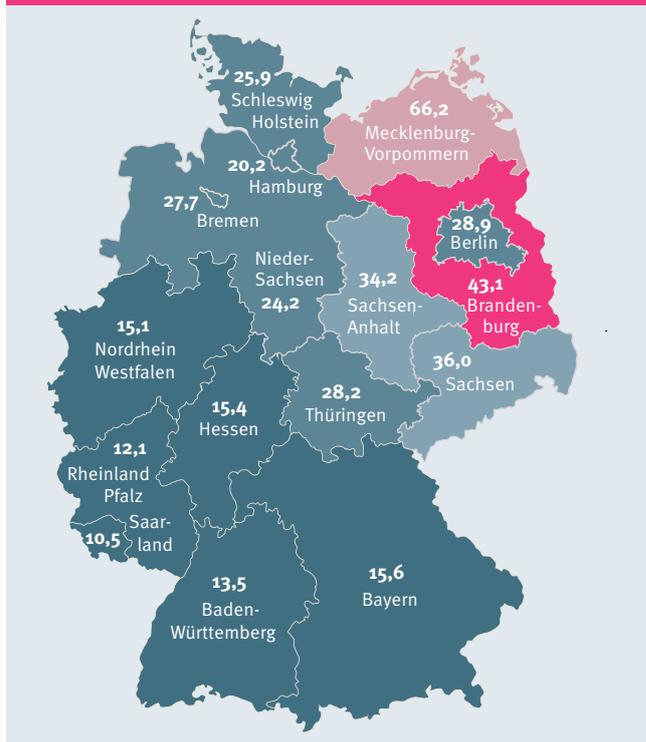


Abbildung 28: Arbeitskräftepotential
Mecklenburg-Vorpommern



Prozent Bundesländer 2009

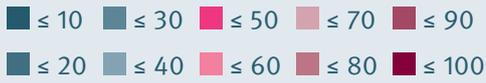


Abbildung 29: Arbeitskräftepotential
Niedersachsen

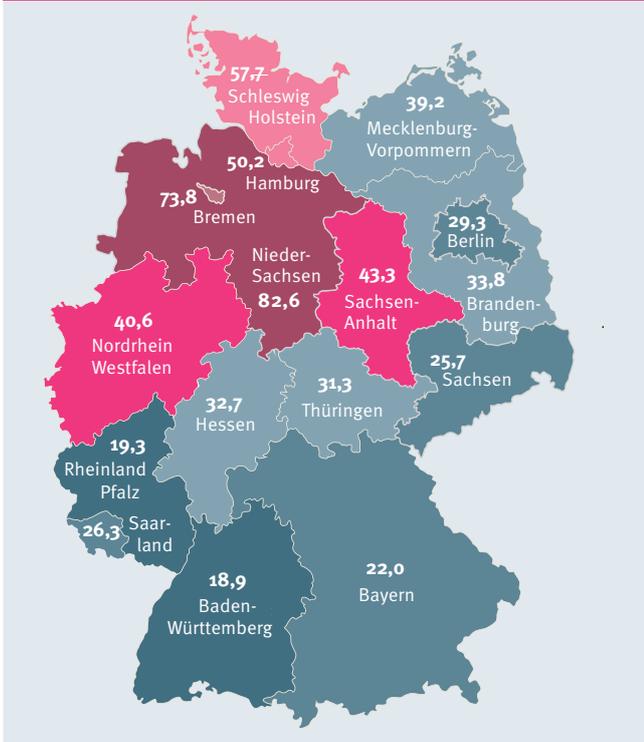


Abbildung 30: Arbeitskräftepotential
Nordrhein-Westfalen

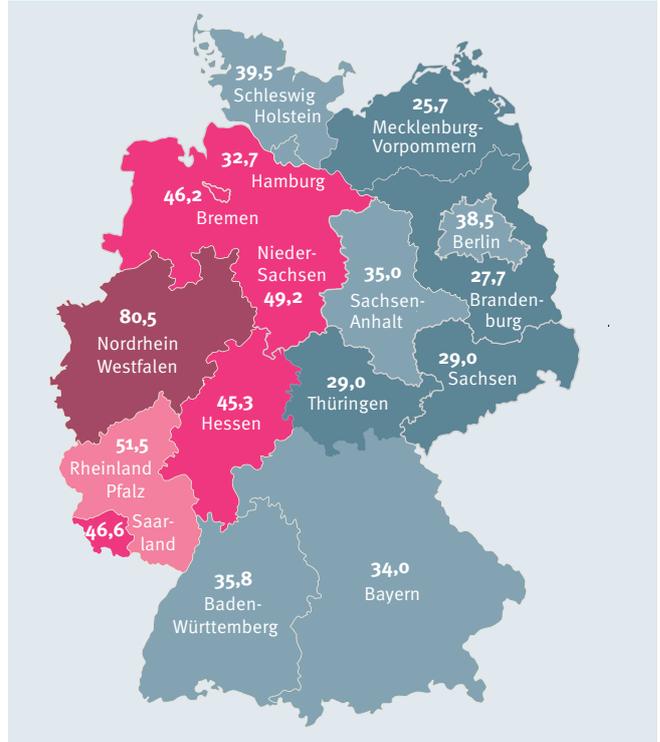


Abbildung 31: Arbeitskräftepotential
Rheinland-Pfalz

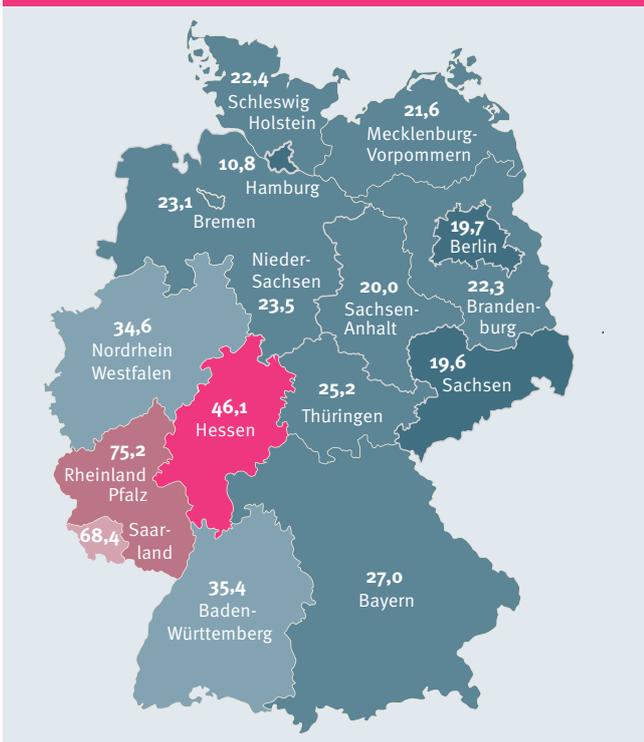


Abbildung 32: Arbeitskräftepotential
Saarland



Abbildung 33: Arbeitskräftepotential Sachsen

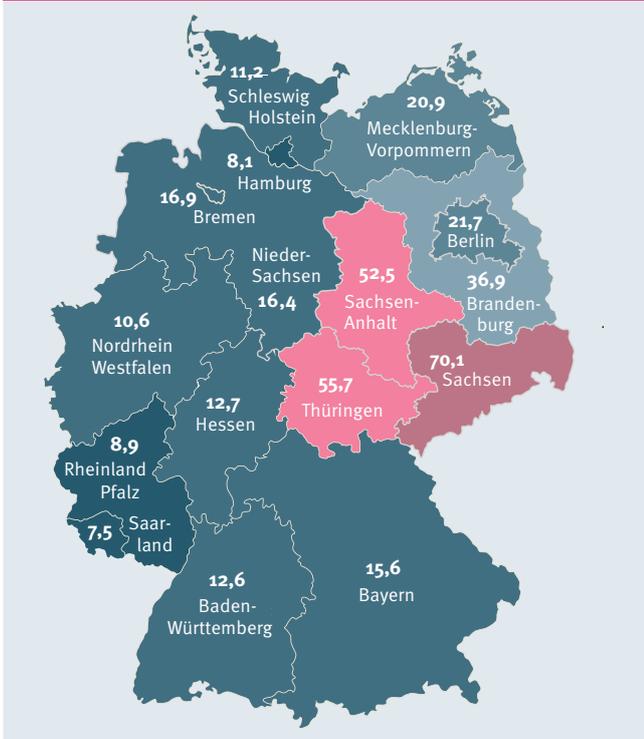


Abbildung 34: Arbeitskräftepotential Sachsen-Anhalt

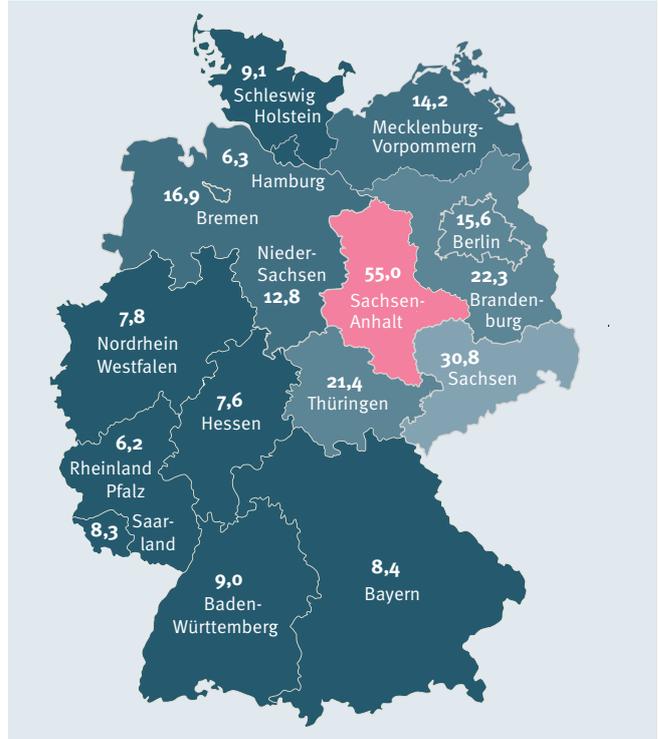


Abbildung 35: Arbeitskräftepotential Schleswig-Holstein

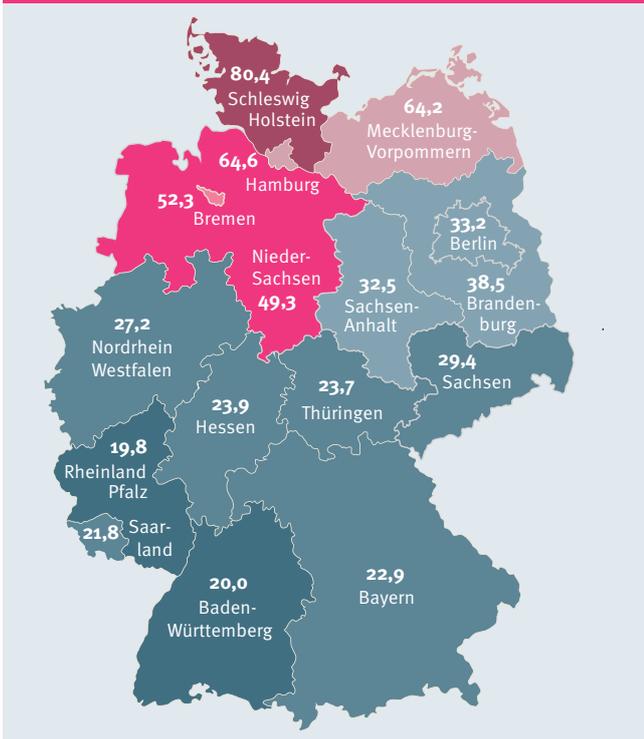
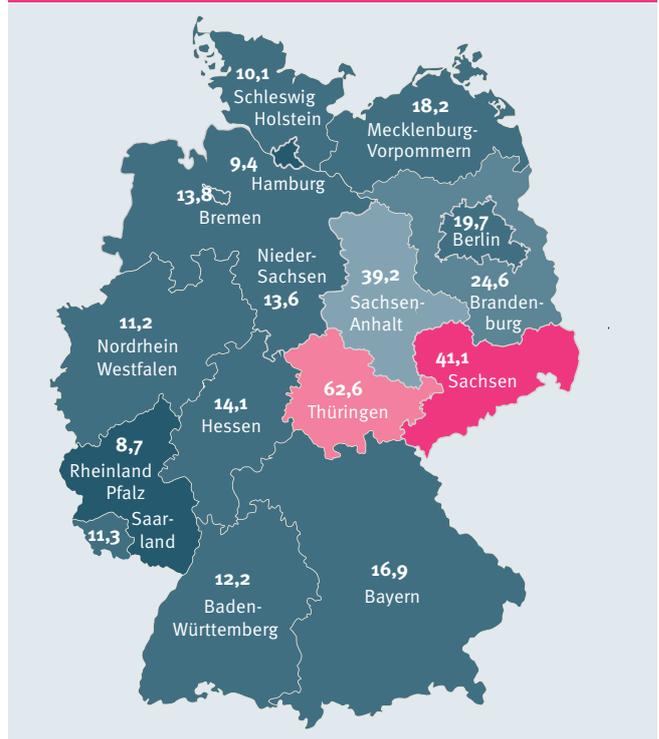


Abbildung 36: Arbeitskräftepotential Thüringen



Stabil ist auch die sehr unterschiedliche Beliebtheit verschiedener Siedlungstypen bzw. Ortsgrößen. Es gibt nach wie vor Ortstypen, in denen die künftigen Ärzte auf keinen Fall arbeiten wollen. Nur ein Drittel (2018: 33,1%, 2014: 37,0% 2010: 33%) hat in dieser Hinsicht keine

Vorbehalte, zwei Drittel dagegen schon. Die unbeliebten Orte lassen sich eindeutig benennen: Es sind die sehr kleinen und kleinen Landgemeinden. Ein Originalkommentar in Versalien aus dem Jahr 2010 hat seine Aktualität bis jetzt nicht verloren: „ICH WILL NIEMALS IN

MEINEM GANZEN LEBEN AUFS LAND ZIEHEN!!!“. Am attraktivsten sind dagegen mittelgroße Städte und Großstädte bis 500.000 Einwohner, also eher noch überschaubare urbane Räume.

TABELLE 50: AVERSION GEGEN BESTIMMTE ARBEITSORTE (ANGABEN IN PROZENT)

EINWOHNER	2010	2014	2018	LANDKREISE	LAND-GEMEINDEN BIS 5.000 EW
bis 2.000	54,3	49,1	51,1	35,1 33,4 33,9	45,3
2.000 bis 5.000	46,0	41,7	43,2		41,2
5.000 bis 10.000	36,4	35,4	34,9		42,8
10.000 bis 50.000	21,5	20,9	20,1		
50.000 bis 100.000	11,3	11,6	11,6		
100.000 bis 500.000	8,0	8,5	9,7		
mehr als 500.000	16,2	17,5	21,8		
N	10.275	11.462	12.523		

In Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern wollen insgesamt 42,8% nicht leben und arbeiten. In Orten mit bis zu 10.000 Einwohnern 33,9 % nicht. Das gleichsam platte Land ist mithin unverändert für etwas weniger als die Hälfte der Studierenden eine „No-Go-Area“. Ländliche Regionen inklusive der ländlichen Mittelzentren, also der Kreisstädte, die häufig rund 10.000 Einwohner haben,

kommen nach wie vor für ein gutes Drittel der Befragten nicht in Betracht. Bei dieser Aversion gegen das Land spielt wie auch in den Jahren 2010 und 2014 die regionale Herkunft und sozialräumliche Sozialisation eine entscheidende Rolle. Ländlich sozialisierte Studierende würden signifikant häufiger auch auf dem Land leben und arbeiten.

Mein Ziel ist es – leider bin ich einer der Wenigen – Hausarzt auf dem Land zu werden. Ich komme aus dem Ländlichen und möchte dort auch wieder hin.

Wenn man selbst eher aus einem ländlichen Gebiet kommt, entscheidet man sich meist für eine Niederlassung dort.

TABELLE 51: ARBEITEN IN LANDKREISEN NACH GRÖSSE DES HERKUNFTSORTES (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN KLEINSTADT BIS 10.000 EINWOHNER	HERKUNFTSORT						
	BIS 2000 EW	2000-5000 EW	5000- 10.000 EW	10.000- 50.000 EW	50.000- 100.000 EW	100.000- 500.000 EW	> 500.000 EW
2010	86,6	81,9	81,0	65,3	58,5	52,4	46,9
2014	81,6	82,4	81,2	70,5	60,6	40,6	47,7
2018	84,1	83,0	85,4	71,5	63,0	60,0	51,4
N 2010 = 10.604, N 2014 = 11.462, N 2018 = 12.523							

TABELLE 52: ARBEITEN IN LANDGEMEINDEN NACH GRÖSSE DES HERKUNFTSORTES (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN KLEINSTADT BIS 5.000 EINWOHNER	HERKUNFTSORT						
	BIS 2000 EW	2000-5000 EW	5000- 10.000 EW	10.000- 50.000 EW	50.000- 100.000 EW	100.000- 500.000 EW	>500.000 EW
2010	78,3	73,6	63,8	52,5	48,7	43,3	39,9
2014	74,2	75,8	72,5	61,1	52,7	52,2	45,4
2018	78,4	72,7	74,6	61,5	55,9	50,6	44,2
N 2010 = 10.604, N 2014 = 11.462, N 2018 = 12.523							

Das Landleben weist zudem zumindest für einige künftige Ärzte Vorteile auf, die das hochverdichtete Leben in der Stadt nicht bietet.

Ich möchte auf dem Land leben und nicht pendeln müssen. Mit Ende des Studiums will ich Ampeln, Asphalt, dauernden Stau, mehrspurige Einbahnstraßen und 5+ Stöckige Häuser hinter mir lassen.

Vorstellbar ist für einige der Befragten auch ein Wechsel zwischen Stadt und Land mit Wohnsitz und Arbeitsschwerpunkt in der Stadt und einer Teilzeittätigkeit - dann typischerweise im Angestelltenverhältnis - in einem ländlichen Raum. Entsprechende einrichtungs-, träger- oder auch sektorenübergreifende Beschäftigungsmodelle

müssen allerdings erst noch entwickelt werden, böten dann aber zumindest ländlichen Räumen mit guter Verkehrsanbindung an ein Oberzentrum durchaus Potentiale für die Rekrutierung medizinischen Personals.

Für mich persönlich wäre eine Tätigkeit in mehreren Praxen vorstellbar. Ein Teil der Woche und meinen Lebensmittelpunkt in der Stadt verbringend, könnte ich mir vorstellen, 2-3 Tage in der Woche in einer minderversorgtem Gebiet tätig zu sein.

Ich finde es gut, dass man sich Gedanken macht. Ich fände es gut, wenn es die Möglichkeit gebe als Landarzt angestellt zu werden bei einer Kommune im

öffentlichen Dienst, sodass man sich um die Bürokratie und das Personal, sowie Anschaffungskosten keine Gedanken machen muss.

Das Geschlecht hat weiterhin ebenfalls einen signifikanten Einfluss: Frauen sind deutlich eher bereit, auch aufs Land zu gehen als Männer. Dagegen spielt der Studienabschnitt bei dieser Frage auch 2018 keine Rolle.

TABELLE 53: ARBEITEN IN LANDKREISEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN GEMEINDEN BIS 10.000 EINWOHNER	WEIBLICH	MÄNNLICH
2010	68,5	57,6
2014	71,7	57,3
2018	69,8	58,7
N 2010 = 10.604, N 2014 = 11.462, N 2018 = 12.523		

TABELLE 54: ARBEITEN IN LANDGEMEINDEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN GEMEINDEN BIS 5.000 EINWOHNER	WEIBLICH	MÄNNLICH
2010	63,3	50,1
2014	54,3	42,8
2018	60,7	50,7
N 2010 = 10.604, N 2014 = 11.462, N 2018 = 12.530		

4.12 VERSORGUNGSFORMEN UND VERSORGUNGSMODELLE: DER INFORMATIONSTAND DER KÜNFTIGEN ÄRZTE

Kerngeschäft aller kurativ tätigen Ärzte ist die Diagnose und Therapie, also die Behandlung von Patienten. Genau dies wollen die künftigen Ärzte auch leisten und in Studium und Weiterbildung lernen. Entsprechend sind die Studiengänge aufgebaut und im internationalen Vergleich ist die deutsche Variante der Ausbildung in der Medizin sicher nicht die schlechteste. Die spätere Tätigkeit als Arzt umfasst aber weit mehr als die Behandlung von Patienten. Wir haben in Deutschland eine ausgeprägte sektorale Trennung und eine doppelte Facharztschiene, verschiedene Versorgungsformen und -modelle und insbesondere die freiberufliche Tätigkeit bedarf auch einiger betriebswirtschaftlicher Kenntnisse. Zudem gibt es einen Bedarf an Ärzten auch in der medizinischen Forschung und im ÖGD. Hinzu kommen technische Neuerungen und Entwicklungen,

die unter den Schlagworten Digitalisierung und Telemedizin subsumiert werden (vgl. dazu auch Kap. 4.13). Aber gerade auf diese Aspekte der späteren Berufstätigkeit bereitet das Medizinstudium in seiner jetzigen Form offenkundig immer noch nicht suffizient vor, viele der Befragten beklagen wie auch 2014 hier Defizite wie die folgenden:

Digitalisierung müsste mehr in der Uni vertreten sein/ gelehrt werden. Tolles Modellprojekt an der Uni Mainz.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist im Curriculum des Studiums bisher nur unzureichend berücksichtigt

Digitalisierung und Telemedizin finden gar nicht statt.

Allgemein wird im Medizin-Studium zu wenig über die ökonomischen Strukturen bei einer Niederlassung oder als angestellter Arzt gelehrt.

Das Studium sollte eine betriebswirtschaftliche Basisausbildung beinhalten.

Bessere Information/Aufklärung der Medizinstudenten über Anstellung, Niederlassung und Perspektiven.

Ich wünsche mir eine bessere Information über die Arbeitsbelastung in den verschiedenen Fachgebieten und Arbeitsmodellen (Niederlassung, stationär etc.).

Es ist für Studenten die kein Familienmitglied/Bekannte haben die bereits Mediziner sind extrem schwer Informationen bezüglich a) Anstellung vs. Niederlassung (Gehalt, Arbeitsbedingungen, etc.); b) generelle Möglichkeiten, Anforderungen, Chancen ...

Es gibt wenig Infos zum Thema Niederlassung und der (finanziellen) Förderung dessen.

Als Student hat man keinerlei Informationen darüber, was nötig ist, um sich niederzulassen, welche Risiken man eingeht, über wirtschaftliches und zugleich patientenzentriertes Arbeiten.

Das Studium in Deutschland ist primär ein Medizinstudium. Über spätere Berufstätigkeit wird nur am Rande informiert.

Es sollte bereits im Studium mehr Informationsangebote zu allen Themen bezüglich Verwaltung, Organisation, rechtliche Grundlagen etc. geben. Bei uns wurde bisher fast nur rein medizinisches Wissen vermittelt.

Es wäre schön, wenn man von Seiten der Uni aus mehr über Möglichkeiten und Ablauf der Gründung einer eigenen Praxis und Arbeitsmöglichkeiten im ambulanten Sektor oder öffentlichen Gesundheitsdienst informiert werden würde.

Im Studium werden nahezu nur Informationen über die Arbeit als Angestellter im Krankenhaus vermittelt. Mir fehlen Informationen und Vorbereitung auf andere Möglichkeiten der Berufsausübung als Arzt (Niederlassung, aber v.a. Forschung, öffentliches Gesundheitswesen).

Es wäre toll wenn die Themen Praxistätigkeit, Niederlassung, ambulante Versorgung usw. im Studium mehr Platz finden würden. Z.B. in Form von Kursen in Praxen oder MVZs (an der Charité gab es mal so etwas wie den Praxistag ...).

Es wäre wünschenswert, wenn man im Studium auch vermittelt bekommen würde wie man finanziell eine eigene Praxis führt (sprich Abrechnungen, Regressforderungen etc.).

Fakultative Kurse an der Uni, die Niederlassungen planen und erklären.

Für die Niederlassung benötigt man viel mehr finanzielle Unterstützung. Ich fände es wichtig, wenn ich bereits im Studium mehr über Themen wie Niederlassung und Anstellung lernen würde. Beispielsweise welche bürokratischen Hürden mich erwarten.

Ökonomische Voraussetzungen zu Anstellung oder Niederlassung sollten im Studium früher thematisiert werden. Da generell wirtschaftliche Interessen mehr in den Vordergrund rücken, sollte dieses Thema in der Ausbildung behandelt werden.

Gerne möglichst objektive Vorträge an der Uni zu dem Thema. Fast alle an der Ausbildung beteiligten Personen arbeiten im stationären Bereich. Sie sind in der Regel gar nicht in der Lage Auskunft zu geben über den ambulanten Sektor.

Berufsvorbereitung findet weder in Praktika noch im PJ statt. Mit der Approbation werde ich anscheinend auf magische Weise vom unterbezahlten Vollzeitblutabnehmer (PJ-Student) zum Stationsarzt. Ich freue mich darauf.

Man erfährt im Studium nichts über die Praxisorganisation bei Niederlassung. Eine Vorbereitung in Form eines betriebswirtschaftlichen Fachs, evtl. auch nur als Wahlpflichtfach, wäre wünschenswert.

Leider wird im Studium wenig über Niederlassung gesprochen. Mir sind viele Kommilitonen bekannt, die dies für sich später planen und nicht an Informationen kommen.

Im Studium sollte auch behandelt werden, wie eine Praxis zu führen ist, wirtschaftlich und medizinisch.

Im Studium sollte ein Praxisgründungsseminar angeboten werden

Seitdem ich mit dem Studium begonnen habe, möchte ich Hausärztin werden. Sehr schade finde ich, dass trotz Hausärztemangel im Studium von der Universität zu wenig gemacht wird, um die Studenten auf den ambulanten Bereich vorzubereiten.

Ich fühle mich sehr schlecht informiert über meine späteren Anforderungen, die Arbeitsbelastung, Familie & Beruf, Freizeit, etc. Ich wüsste auch nicht, wo man solche Informationen VERLÄSSLICH herbekommt, wenn man nicht gerade einen Arzt kennt.

Diese letzte Einschätzung deckt sich mit dem entsprechenden Selbstbild der meisten Befragten. Man schätzt wie auch 2014 den eigenen Informationsstand über verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung mehrheitlich eher schlecht ein (Frage 17).⁴⁹ Eine Ausnahme stellt hier nur der stationäre Sektor dar, den man bereits während des Studiums und im PJ kennenlernt. Auch hier sind es aber nur knapp 60% der angehenden Ärzte, die sich subjektiv gut informiert fühlen. Besonders schlecht ist der Informationsstand dagegen bei neueren Versorgungsmodellen, etwa der sektorübergreifenden Versorgung oder bei Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung, die die Studierenden aber eigentlich besonders interessieren. Männer fühlen sich tendenziell etwas besser informiert als Frauen – insgesamt ist der subjektive Kenntnisstand bei beiden Geschlechtern aber ausbaufähig. Zudem hat der Anteil der Befragten, die sich subjektiv gut informiert fühlen, in allen Bereichen, für die Referenzdaten vorliegen, seit 2014 weiter abgenommen. D.h. im Zeitverlauf mit fortschreitendem Studium wird der subjektive Kenntnisstand nicht generell besser. Wir empfehlen dringend, diese Ergebnisse nun endlich ernster zu nehmen und bei der Reform oder Novellierung von Studieninhalten zu berücksichtigen.

⁴⁹Die erstmals 2014 gestellte Frage haben wir 2018 um einige Bereiche wie z.B. den ÖGD ergänzt.

TABELLE 55: SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN (ANGABEN IN PROZENT)

	2014	2018
Stationäre Versorgung	65,2	59,5
Ambulante Versorgung	37,9	29,4
Gemischte Versorgungsmodelle	15,9	9,5
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung	13,0	9,1
Öffentlicher Gesundheitsdienst	-	4,5
Medizinische Forschung	-	21,6
Telemedizin	-	3,8
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung	-	10,8
Informations- und Wissensmanagement im Bereich der ärztlichen Tätigkeit	-	11,5
N 2014 zwischen 10.725 und 10.746, N 2018 zwischen 11.958 und 12.003		

TABELLE 56: SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH
Stationäre Versorgung*	57,6	63,7
Ambulante Versorgung*	27,8	32,5
Gemischte Versorgungsmodelle*	8,1	12,1
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung*	7,9	11,4
Öffentlicher Gesundheitsdienst*	3,5	6,1
Medizinische Forschung*	18,6	27,5
Telemedizin*	2,9	5,5
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung*	9,5	13,3
Informations- und Wissensmanagement im Bereich der ärztlichen Tätigkeit*	9,7	14,9
N 2014 zwischen 10.725 und 10.746, N 2018 zwischen 11.512 und 11.547		

*Hochsignifikanter Unterschied

TABELLE 57: SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT, 2014 UND 2018)

	VORKLINISCHER TEIL	KLINISCHER TEIL	PJ
Stationäre Versorgung*	62,1 51,6	64,5 59,3	73,8 70,8
Ambulante Versorgung	38,9 24,8	37,6 31,4	37,3 29,2
Gemischte Versorgungsmodelle	19,8 10,8	13,9 9,2	15,7 8,9
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung	17,1 10,2	11,1 9,1	12,3 8,2
Öffentlicher Gesundheitsdienst*	- 6,7	- 3,8	- 2,8
Medizinische Forschung*	- 15,9	- 22,2	- 23,9
Telemedizin	- 3,8	- 3,7	- 3,9
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung	- 11,7	- 10,5	- 10,7
Informations- und Wissensmanagement im Bereich der ärztlichen Tätigkeit	- 10,2	- 11,4	- 12,7
N 2014 zwischen 10.725 und 10.746, N 2018 zwischen 11.929 und 11.974			

*Hochsignifikanter Unterschied

4.13 DIGITALISIERUNG: HOFFNUNGEN UND BEFÜRCHTUNGEN

Wie wir gerade gezeigt haben, ist der subjektive Kenntnisstand zu dem Themenkomplex „Digitalisierung“ schlecht. Dies spiegelt sich auch in den Kommentaren zu diesem Bereich, wobei auch beklagt wird, dass diese Thematik im Studium bestenfalls peripher behandelt wird:

Digitalisierung gehört ins Studium!! Wir sind hoffnungslos schlecht vorbereitet auf die Veränderungen unserer Arbeitswelt und Gesundheitssystem.

Ich finde, Digitalisierung und Telemedizin sind in unserem Studium extrem vernachlässigte Themengebiete. Eine moderne Medizin klappt nur mit ausreichender Digitalisierung – das wird einem aber nicht wirklich näher gebracht.

Die Telemedizin ist in unserem Studium bisher zu 0% eingebunden (zumindest nicht sichtbar). Damit eine solche Erneuerung einen möglichst optimalen Start hat, sollten gerade Studenten an das Thema herangeführt und damit vertraut gemacht werden.

E-Health-Themen sollten flächendeckend ins medizinische Curriculum implementiert werden.

Das Thema Digitalisierung muss in Zukunft eine bedeutend größere Rolle im Studium spielen!

Vielleicht liegt es einfach daran, dass ich noch am Anfang meines Studiums stehe, aber ich habe nicht das Gefühl, dass es genügend Angebote gibt, die uns Studierende über Themen wie Bürokratie beim Führen einer Praxis/ Telemedizin/ Digitalisierung informieren.

In unserer Ausbildung hatten wir genau eine Vorlesung zum Thema Digitalisierung/eHealth und das ist in vielen Unis ähnlich. Ich finde es ist ein großes Versäumnis das dieses Thema so ignoriert wird.

Dabei ist das Thema nicht nur im Curriculum der medizinischen Studiengänge durchaus ausbaufähig, auch der Stand der Realisierung in der Versorgung ist kein Anlass für Lobeshymnen. Zwar kann man auf der Internetseite des BMBF lesen: „Die Digitalisierung hat die Medizin erreicht. Sie könnte das heutige Gesundheitssystem grundlegend verändern, so dass jede Patientin und jeder Patient von besseren Diagnosen und individuelleren Behandlungen profitiert.“⁵⁰ Dem steht aber z.B. entgegen, dass es bis heute keine flächendeckende, sektorübergreifende elektronische Patientenakte in Deutschland gibt, obwohl das Thema seit Anfang der Nuller Jahre

⁵⁰ <https://www.bmbf.de/de/digitalisierung-in-der-medizin-2897.html>

diskutiert wird (wir haben z.B. von 2004 bis 2011 ein von KV RLP und dem Land RLP durchgeführtes Modellprojekt zur Einführung einer solchen Patientenakte wissenschaftlich begleitet), Leistungserbringer bestenfalls unzureichend elektronisch vernetzt sind und es bei der Kommunikation und Datenübermittlung immer noch regelmäßig zu Medienbrüchen kommt. Auch dies wird von den angehenden Ärzten kritisch kommentiert:

Digitalisierung fördern, v.a. elektronische Krankenakten, Tablets etc.

Auf Digitalisierungsebene ist Deutschland rückschrittlich. Das betrifft auch den medizinischen Sektor.

Die digitale Patientenakte sollte flächendeckend eingeführt werden.

Die Digitalisierung in KH sollte vorangetrieben werden, damit die Patientenversorgung nicht an fehlenden Papieren scheitert bzw. verzögert, was zurzeit oft der Fall ist.

Die Digitalisierung der Patientendaten ist meiner Meinung nach äußerst wichtig, da somit die Behandlung durch mehrere Ärzte besser koordiniert werden kann und Wechselwirkungen zwischen verordneten Medikamenten minimiert werden können.

Vor allem in den großen Kliniken sollte man forciert die Digitalisierung der Patientendaten in Betracht ziehen. In Zeiten von Tablets sind Patientenakten überflüssig.

Ich finde es schade, dass die Digitalisierung nur so langsam vorankommt. Sie bietet so viele Möglichkeiten, z.B. Zeitersparnisse, Meinung von nicht direkt in der Nähe verfügbaren Fachärzten zu einer bestimmten Fragestellung, usw.

Ich finde es äußerst peinlich, dass in einem Land wie Deutschland im Jahr 2018 und wahrscheinlich auch noch 2030 darüber gesprochen wird, dass die Digi-

talisierung bald kommt...da sind andere Länder deutlich weiter und werden uns komplett abhängen.

Ich begrüße die Digitalisierung der Medizin stark. Es ist unglaublich wie bürokratisch und analog viele Prozesse an Krankenhäusern laufen. Es ist verantwortungslos wie schwer die Kommunikation von Arzt zu Arzt und Krankenhaus zu Krankenhaus ist.

Eine umfassende Digitalisierung würde einen massiven Zeitgewinn für den Arzt zugunsten des Patienten und eine verbesserte Kommunikation zwischen den Ärzten mit sich bringen.

Eine vernetzte Patientenkartei wäre gut, so dass jeder Arzt die vorherigen Berichte, etc. seiner Kollegen (auch der Therapieberufe) einsehen kann und so unnötige Diagnoseprozesse verhindert werden können und die Therapie besser abgestimmt werden kann.

Eine vereinfachte Datenweitergabe an medizinische Kollegen wäre in vielen Situationen eine große Hilfe - nicht nur für medizinisches Personal, sondern auch für das Wohl des Patienten.

Eine Digitalisierung, insbesondere im stationären Bereich im Krankenhaus, ist dringend nötig und höchste Zeit. Dass 2018 Anordnungen und Kurven noch von Hand geschrieben werden und wegen unleserlicher Schrift Fehler entstehen, ist ein Armutszeugnis.

Eine digitale Krankenakte bei der man Zugriff auf Vorbefunde und Voruntersuchungen hätte ist meiner Meinung nach schon längst überfällig. Dies würde sowohl unnötige Zweituntersuchungen als auch eine enorme Zeitersparnis bringen.

Digitalisierung (elektronische Gesundheitsakte etc.) sind auf Dauer unverzichtbar um unnötige Behandlungen, Doppelbehandlungen, Medikamenteninteraktionen etc. zu vermeiden.

Ich finde es sehr bedauerlich, dass die Digitalisierung in der Medizin in Deutschland (Telemedizin, elektronische Patientenakte) nicht stärker vorangetrieben wird.

Patientendaten, Briefe, Medi-Pläne, all so etwas, muss zukünftig digital abrufbar sein. Wir haben doch heute schon so häufig alte Patienten, die keinen Überblick haben und man Praxen hinterher telefoniert, oder Befunde unklar bleiben.

Nach meinem Auslandssemester in Dänemark habe ich das dortige komplett digitalisierte Gesundheitssystem kennengelernt und war mehr als positiv überrascht. Deutschland sollte mal über die Grenzen hinaus funktionierende Modelle anschauen.

Die in den Kommentaren enthaltenen positiven Bewertungen der Möglichkeiten von Digitalisierung und Telemedizin hinsichtlich einer ressourcenschonenden Behandlungseffizienz z.B. durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder auch der Verbesserung der Therapiesicherheit durch mehr Transparenz und umfassendere Informationen über die Patienten finden sich auch in den quantitativen Bewertungen (Frage 18). Bei Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, der Arbeitsorganisation und der sektorübergreifenden Versorgung sehen die Befragten mehrheitlich Chancen einer Verbesserung. Digitalisierung beinhaltet nach Einschätzung der künftigen Ärzte aber auch Risiken: Bei der Arzt-Patienten-Kommunikation und generell bei Arzt-Patienten-Verhältnis befürchten viele, dass hier eine Verschlechterung eintreten wird. Dies gilt auch für die Sicherheit von Patientendaten. Befürchtet wird hier z.B., dass die direkte Arzt-Patienten-Interaktion irgendwann entfällt:

Telemedizin ist kritisch zu betrachten. Man muss den Patienten vor sich sehen und anfassen können.

Telemedizin ist nicht sinnvoll - kein Arzt ist in der Lage perfekte Blickdiagnosen zu stellen. Die Behandlung eines Patienten erfordert meiner Meinung nach dass der Patient körperlich anwesend ist.

Telemedizin ist das Ende der Medizin: Medizin muss AM Patienten ausgeführt werden.

Telemedizin sollte mit Vorsicht eingeführt werden, dass sie nicht irgendwann gleichwertig zu einem 3D Arzt-Patienten Gespräch steht. Ein wichtiges Untersuchungsmittel des Arztes fällt weg: Die körperliche Untersuchung.

Ich erachte den Arzt-Patienten Kontakt im Rahmen einer Behandlung zur Diagnosestellung und zur Therapieeinleitung

für unerlässlich. Eine Cyberdiagnose zu stellen hingegen erachte ich als fahrlässig gefährlich und nicht mir der ärztlichen Ethik vereinbar.

Das Wohl des Patienten steht über allem anderen; es kann nur Angesicht zu Angesicht erfasst und gewahrt werden. Telemedizin ist daher aus meiner Sicht als zukünftige Regel abzulehnen.

Die Telemedizin halte ich für eine sehr gefährliche Entwicklung. Ferndiagnosen und Bildschirm-Therapie sind keine adäquate Form der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Telemedizin ist für mich ein absolutes Tabu. Ärztliche Tätigkeiten basieren auf einer gründlichen Untersuchung, die ich

nicht über einen Bildschirm durchführen kann. Ich könnte weder fühlen ob die Haut beispielsweise kalt oder warm ist etc.

Ich finde das Erlauben der Fernbehandlung ganz scheußlich. Ich werde Ärztin, um den Menschen persönlich!!!! helfen zu können. Außerdem sieht man manche Dinge wie Hautveränderungen oder ähnliches erst richtig bei einem realen Treffen.

Ich habe die Befürchtung, dass die Digitalisierung zwar Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten verbessern, aber aufgrund von Ferndiagnosen/Telemedizin der Arzt-Patient Bezug verloren geht. Der Patient fühlt sich weniger aufgehoben.

TABELLE 58: AUSWIRKUNGEN DER DIGITALISIERUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	VERBESSERUNG	KEINE ÄNDERUNG	VERSCHLECHTERUNG	KEIN URTEIL
Diagnosemöglichkeiten	77,2	8,8	6,6	7,4
Arbeitsorganisation	75,7	10,5	5,9	8,0
Behandlungsmöglichkeiten	67,9	18,7	5,5	8,0
Sektorübergreifende Versorgung	67,0	11,8	2,3	19,0
Verfügbarkeit von Ärzten	50,3	28,3	8,6	12,8
Delegation ärztlicher Leistungen	35,8	26,2	11,3	26,7
Ärztliche Entscheidungsautonomie	10,9	33,9	36,9	18,3
Arzt-Patienten-Kommunikation	25,2	19,3	47,7	7,8
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis	9,8	29,5	51,2	9,6
Sicherheit von Patientendaten	10,1	18,6	57,3	14,1
N zwischen 11.901 und 11.960				

Frauen und Männer sehen die Chancen und Risiken von Digitalisierung und Telemedizin strukturell ähnlich. Allerdings sind die Männer bei der Beurteilung der Chancen anteilig durchgängig

optimistischer und bei den Risiken weniger pessimistisch als die Frauen. Die Studiendauer hat keine systematischen Unterschiede zur Konsequenz, lediglich bei der Delegation ärztlicher Leistungen

steigt der Anteil der Befragten, die hier Verbesserungspotential sehen, von 28% in der Vorklinik auf 43% im PJ.

4.14 ÜBERTRAGUNG ÄRZTLICHER AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN

Unter den Stichworten „Delegation“ und „Substitution“ wird seit einigen Jahren zunehmend intensiver über die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an entsprechend qualifizierte Arztassistenten, Pflegekräfte oder Medizinische Fachangestellte diskutiert, die diese dann ggfs. auch eigenverantwortlich übernehmen sollen. Dabei ist das Thema Delegation nicht neu und auch nicht grundsätzlich kontrovers, das der Substitution dagegen schon. Wir haben in der entsprechenden Frage an die Studierenden dieses Reizwort wie auch bei der Befragung 2014 deshalb vermieden und von einer möglichen Aufgabenübertragung gesprochen (Frage 19). Das Meinungsbild dazu ist insgesamt noch positiver als 2014, knapp 70% der Befragten begrüßen solche Entwicklungen. Die generelle Akzeptanz hat seitdem um knapp 18 Prozentpunkte zugenommen. Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei dieser positiven Grundhaltung bestehen – anders als noch 2014 – nicht mehr. Die Kommentare zu diesem Thema sind überwiegend positiv, aber auch sehr differenziert:

Die Ärzteschaft sollte weniger Angst davor haben, Kompetenzen an Pflegekräfte abzugeben. Die Pflegeausbildung qualifiziert Pflegenden für mehr Tätigkeiten als ihnen im Alltag erlaubt wird durchzuführen. Z.B. Blutentnahmen, Legen peripherer Zugänge, etc.

Ich finde, Dinge wie Blutentnahmen und das Legen von peripheren Verweilkanülen und Blasendauerkathetern sind Dinge, die mit entsprechender Schulung gut und sicher an entsprechend ausgebildete Kräfte delegiert werden können.

Das Modell der Hausbesuche durch ausgebildete medizinische Fachangestellte auf dem Land finde ich toll. Es wertet die Stellung der betreffenden Personen auf und entlastet die ÄrztInnen.

Die Delegation von Aufgaben an Assistenzärzte, Pflegekräfte oder anderes medizinisches Personal begrüße ich sehr, aber dann sollten Pflegekräfte auch fachspezifischer ausgebildet werden, ebenso wie sich Assistenzärzte zu Fachärzten weiterbilden.

Die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf ausgebildete Fachangestellte finde ich richtig. Dafür die Pflege abzuwerten, die Ausbildung zu kürzen und nun einen Physicians Assistant einzuführen, finde ich die größte Dummheit überhaupt.

Pflegeberuf sollte mehr Aufgaben übernehmen dürfen, dies würde den Beruf zusätzlich aufwerten und den Fachkräftemangel evtl. entschärfen.

Pflege stärken, damit wieder mehr Routinearbeiten den Ärzten abgenommen werden können, z.B. Blutabnahmen, Wundmanagement, Ernährungsberatung etc.

Bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere medizinische Angestellte kommt es für mich stark auf die Aufgaben an! Einen Arztbrief kann gerne jemand anders für den Arzt schreiben...

Einerseits begrüße ich die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an gut geschulte nichtärztliche Berufsgruppen, andererseits darf es nicht dazu kommen, dass beispielsweise Arztassistenten als billiger Arztersatz eingestellt werden.

Generell ist die Übertragung von Aufgaben an entsprechend qualifizierte Kräfte sehr zu begrüßen. Leider ist jedoch gerade diese Qualifikation im Moment sehr unterschiedlich zwischen den verschiedenen Qualifikationen.

Ich begrüße grundsätzlich Delegation ärztlicher Aufgaben, möchte aber nicht, dass der Arzt in Zukunft nur im Hintergrund Entscheidungen trifft und keinen Kontakt mehr zum Patienten hat.

Übertragung von Verantwortung geht mit Bildung einher. Substituiert und delegiert

werden kann nur, wenn sichergestellt ist, dass die Patientensicherheit darunter nicht leidet.

Kommt maßgebend auf die delegierbaren Tätigkeiten an. Ein Zugang ja, Untersuchung, Befund, Therapieplanung nein, etc.

Delegation: Vorausgesetzt diese Berufsgruppen werden in ihrem beruflichen Dasein durch die Erweiterung eigener Kompetenzfelder belohnt und nicht weiter belastet, im Gegenteil: dafür zusätzlich entlastet.

Notfallsanitäter müssen vor allem Rechtssicherheit bekommen, auch z.B. bei der Gabe von BTM-pflichtigen Substanzen, denn sie sind an Ihnen ausgebildet. Es kann nicht sein, dass wir erst das Personal gut schulen und sie dann ihr Wissen nicht nutzen dürfen.

Wir benötigen wirkliche Substitution und Delegation unter Absprache unter allen Beteiligten und keine von oben verordnete Lösung, wie aktuell verabschiedet. Auch sollte sich die Ärzteschaft offener für neue Versorgungsformen öffnen.

Die Übertragung von Aufgaben an Assistenten, MTAs, Pflege, etc. ist prinzipiell erstrebenswert, jedoch muss die entsprechende Berufsgruppe die nötige Zeit dafür haben und entsprechend honoriert werden, was zumindest beim bisherigen Stand nicht der Fall ist.

Es hängt davon ab, welche Aufgaben delegiert werden würden. Wenn dies dazu führt, dass der Arzt noch weniger am Patienten arbeitet und noch mehr am Schreibtisch sitzt, um sinnfreie Bürokratie zu erledigen, nein danke!

Es ist schade, dass zum Teil patientennahe Tätigkeiten vermehrt an entsprechendes Personal abdelegiert wird, die patientenfernen Tätigkeiten jedoch stets beim Arzt zu bleiben scheinen.

Bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere, kommt es definitiv darauf an,

TABELLE 59: ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN

	2014	2018
Ich begrüße solche Entwicklungen	50,6	68,2
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	21,9	15,2
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	27,5	16,5
N	10.314	12.008

TABELLE 60: ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT, 2014 UND 2018)

	VORKLINISCHER TEIL	KLINISCHER TEIL	PJ
Ich begrüße solche Entwicklungen	46,3 62,4	50,3 68,6	62,3 77,2
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	22,6 15,7	22,3 16,0	18,9 13,1
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	31,1 21,8	27,4 15,4	18,8 9,7
N 2014 = 10.218 N 2018 = 11.979	3.555 3.151	5.285 5.575	1.378 1.650

über welche Art von Aufgaben es sich handelt und wie qualifiziert die dann verantwortliche Person ist.

Stationäre Blutentnahmen und PVK-Anlagen sollten dringend flächendeckend delegiert werden. Fressen nur Zeit im Arbeitsalltag des Arztes.

Die grundsätzliche Einstellung der nachrückenden Generation der Ärzte unterscheidet sich mithin – wenn denn die „Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an entsprechend qualifizierte Arztassistenten, Pflegekräfte oder

Medizinische Fachangestellte, die diese dann eigenverantwortlich übernehmen“ als Substitution interpretiert wird (was sie der grundsätzlichen Tendenz nach wäre) – deutlich von der offiziellen Position der aktuell tätigen Ärzte, denn „der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt jede Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches akademisiertes Personal ab.“⁵¹ Dieser Beschluss wurde 2017 nochmals bekräftigt: „Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt die Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben durch nichtärztliche Gesundheitsberufe konsequent ab.“⁵²

Hier deutet sich mit dem Generationswechsel auch ein Wandel der Vorstellungen darüber an, was eine genuin ärztliche Leistung ist, die deshalb auch ausschließlich von Ärzten zu erbringen ist und welche Aufgaben von anderen medizinischen Berufsgruppen übernommen werden können. Gleichwohl – schon die oben zitierten Kommentare haben dies gezeigt – begrüßt auch die künftige Ärztegeneration solche Entwicklungen und Bestrebungen nicht unreflektiert und vorbehaltlos. Neben generellen Anmerkungen zu der Frage, welche Aufgaben überhaupt übertragen

⁵¹<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf>.

⁵²https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

werden können und sollen, finden sich auch Kommentare zur Patientensicherheit, zu rechtlichen Regelungen, zur notwendigen Zahl und Qualifikation nicht ärztlicher Berufsgruppen oder auch zu deren Honorierung.

Übertragung von Verantwortung geht mit Bildung einher. Substituiert und delegiert werden kann nur, wenn sichergestellt ist, dass die Patientensicherheit darunter nicht leidet.

Die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Nicht-Ärzte mag kurzfristig hilfreich und begrüßenswert erscheinen, entfernt aber die Ärzte von den Patienten im Alltag (langfristige Betreuung) und gefährdet die Qualität der ärztlichen Versorgung.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten halte ich für eine zu allgemeine Formulierung. Zur Sicherheit der Patienten und auch der korrekten und angebrachten medizinischen Versorgung sollte hier diskutiert werden, um welche Tätigkeiten es sich im Speziellen handelt.

Kommt maßgebend auf die delegierbaren Tätigkeiten an. Ein Zugang ja, Untersuchung, Befund, Therapieplanung nein, etc.

In allen anderen europäischen Ländern ist das Blutabnehmen keine ärztliche Aufgabe, wieso muss das in Deutschland (gesetzlich) der Arzt machen? Das kann gerne delegiert werden. Wenn es um andere ärztliche Tätigkeiten geht, sehe ich der Sache skeptischer.

Im Sinne flacher Hierarchien ist eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes Fachpersonal in manchen Fachbereichen zukunftsweisend. Es darf hierbei jedoch nicht zu Vernachlässigung des Patienten durch den behandelnden Arzt kommen.

Die Delegation von ärztlichen Aufgaben sollte erst in Angriff genommen werden, wenn es eine Lösung für den Pflege-

notstand, den Ärztemangel, sowie die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit gibt.

Das Problem bei der Delegation von ärztlichen Aufgaben ist, dass an eine Berufsgruppe delegiert wird die ebenso zu wenig Personal hat.

Delegation an anderes fachlich qualifiziertes Personal funktioniert nur, wenn in dieser Gruppe an Personal auch genügend Ressourcen vorhanden sind.

Delegation an Pflegekräfte ist unmöglich, da diese selbst meist unterbesetzt und überfordert!

Delegation nur mit Anpassung der Gehälter in der jeweiligen Berufsgruppe.

Ich bin selber Pflegekraft und wünsche mir nicht, dass mehr delegiert werden kann, denn Pflegekräfte haben schon genug zu tun und leiden sehr unter der Personalklappzeit. Die Delegation ist nur der Versuch Kosten zu sparen.

Delegation setzt entsprechende Qualität der Ausbildung von Pflegekräften, MFAs usw. voraus. Ein angemessenes Gehalt ist sicher wichtig - noch wichtiger sind meiner Auffassung nach aber Arbeitsklima, Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Zum Thema Delegation von Aufgaben an Pflegepersonal denke ich, dass dies mit einer Erhöhung der Bezahlung des Pflegepersonals einhergehen müsste.

Die Delegation von ärztlichen Aufgaben sollte sich nicht auf das Diagnostizieren beziehen, sondern auf die Bürokratie. Wir wollen Ärzte werden, damit wir Menschen behandeln können, nicht vor dem Computer Briefe schreiben.

Übertragung ärztlicher Aufgaben nur in bestimmten wenigen Bereichen.

Ärzte mit nichtärztlichen, z. B. administrativen Aufgaben zu binden und dann die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an

Hilfskräfte vorzuschlagen, finde ich absurd. Sinnvoller wären mehr Schreib- und Verwaltungskräfte auf Station.

Eine Übertragung von ärztlichen Aufgaben muss je nach Fachbereich und Umgebung individuell getroffen werden. Ärzte sollten dennoch noch in der Lage sein beispielweise Blut abzunehmen.

Zur Übertragung ärztlicher Aufgaben: Eine Entlastung ist sicherlich nett, aber wer haftet dafür? Nachher werden Fehler gemacht oder der Arzt ist nicht richtig über seinen Patienten informiert. Weil jeder sein Süppchen kocht.

Gesetzliche Änderungen für eine rechts-sichere (Dauer)Delegation wie z.B. Medikamente durch NotSan oder Physician Assistant notwendig.

Nicht die Delegation ärztlicher Aufgaben ist gefragt, sondern die Delegation nichtärztlicher Aufgaben, die bisher von Ärzten übernommen werden. Schlechte Implementierung digitaler Lösungen bedeutet in der Praxis häufig einen Mehraufwand.

Diese quantitativen wie qualitativen Ergebnisse zeigen, dass die Diskussion über die Themen „Delegation“ und auch „Substitution“, deren Virulenz eine Konsequenz einer fast schon chronischen Mangelsituation ist, nicht durch Gremienbeschlüsse beendet werden kann, sondern ganz im Gegenteil konstruktiv, differenziert und ergebnisoffen geführt werden muss. Dabei halten wir es für sehr empfehlenswert, wenn gerade dabei Vertreter der künftigen Ärzteschaft stärker in die Diskussion mit einbezogen werden, da diese mit und unter den künftigen – wie auch immer gestalteten – Rahmenbedingungen in der medizinischen Versorgung arbeiten muss.

4.15 FÜHRUNG UND HIERARCHIEN

Bereits in der ersten Befragung 2010 hat sich gezeigt, dass starre Hierarchien im Krankenhaus für über die Hälfte ein Grund sind, nicht dort zu arbeiten. Bereits damals wurde in den Kommentaren zudem ein autoritärer Führungsstil in Kliniken moniert. Wir haben 2018 deshalb erstmals zusätzliche Fragen zur Bewertung von Führungsstilen gestellt (Frage 16). Wir wollten wissen, wie verschiedene Führungsstile für die Arbeit in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen vor dem Hintergrund einer sach- und fachgerechten Patientenversorgung und den unterschiedlichen Aufgaben, Kompetenzen, Qualifikationen und Verantwortungsbereichen von Ärzten und nichtärztlichem medizinischen Personal auf einer Schulnotenskala von sehr gut bis mangelhaft beurteilt werden. Wir haben dazu vier Führungsstile stichwortartig skizziert, nämlich:

- ▶ Autoritär-hierarchischer Führungsstil mit formal klar definierten Rollen, Funktionen und Zuständigkeiten
- ▶ Kooperativ-partizipativer Führungsstil mit weitgehend gleichberechtigter Einbeziehung aller Statusgruppen in Entscheidungsfindungen
- ▶ Liberaler Führungsstil mit weitgehender Handlungsautonomie der Mitarbeiter
- ▶ Kompetenzbasierter Führungsstil, bei dem Personen mit der größten Erfahrung und Kompetenz Entscheidungen unabhängig von formalen Positionen treffen

Diese vier Führungsstile sollten dann für das Verhältnis von Ärzten untereinander (von Weiterbildungsassistenten bis zu Chefarzten bzw. Ärzten in einer ambulanten Einrichtung mit unterschiedlichen Status) einerseits und das Verhältnis von Ärzten und nicht-ärztlichem Personal in Kliniken und ambulanten Einrichtungen andererseits bewertet werden. Die Bewertungen fallen recht unterschiedlich aus, wobei kein Führungsstil (im Durchschnitt) mit „Sehr gut“ bewertet wird und sich die meisten Durchschnittsnoten im Bereich zwischen 3+ und 3- bewegen.

Für das Verhältnis der Ärzte untereinander wird sowohl für den stationären wie den ambulanten Sektor der kooperativ-partizipative Führungsstil am besten bewertet, gefolgt von dem kompetenzbasierten. Hier wurden Durchschnittsnoten zwischen 2+ und 2- vergeben. Auch beim Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften bzw. medizinischen Fachangestellten schneiden diese beiden Führungsmodelle am besten ab, allerdings bewegen sich die Noten hier nur noch im Bereich 2- bis 3+.

Sowohl der autoritäre als auch der liberale Führungsstil – gleichsam die entgegengesetzten Pole auf einem Kontinuum erreichen größtenteils nur Durchschnittsnoten von 3 bis 3-. Sie sind damit als bestenfalls suboptimal zu qualifizieren und nach dem Urteil der künftigen Ärzte kaum geeignet, eine sach- und fachgerechte Patientenversorgung und ein gutes Betriebsklima sicherzustellen. Allerdings gibt es dabei gewissermaßen zwei Ausreißer. Ein autoritär-hierarchischer Führungsstil mit klaren Direktiven wird für das Verhältnis von Ärzten (üblicherweise dann in der Vorgesetztenrolle) und medizinischen Fachangestellten

(als Angestellten) mit 3+ bewertet, was einen signifikanten Unterschied zu den anderen Bewertungen in diesem Block darstellt. Das Gleiche gilt für den liberalen Führungsstil beim Verhältnis von Ärzten untereinander in ambulanten Einrichtungen. Dahinter steht vermutlich die Vorstellung, dass dort jeder seine eigenen Patienten hat und deshalb eine weitgehende Handlungsautonomie innerhalb eines Ärzteteams durchaus angemessen und zielführend sein kann.

TABELLE 61: BEWERTUNG UNTERSCHIEDLICHER FÜHRUNGSSTILE: ARITHMETISCHES MITTEL UND STANDARDABWEICHUNG (NOTENSKALA VON 1 BIS 5)

FÜHRUNGSSTIL	ARITHMETISCHES MITTEL	STANDARD-ABWEICHUNG
Autoritär-hierarchisch		
Krankenhaus: Nur Ärzte	3,0	1,1
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte	3,1	1,2
Ambulante Einrichtung: Nur Ärzte	3,1	1,3
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte	2,7	1,2
Kooperativ-partizipativ		
Krankenhaus: Nur Ärzte	2,1	1,1
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte	2,7	1,2
Ambulante Einrichtung: Nur Ärzte	1,8	0,8
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte	2,4	1,0
Liberal		
Krankenhaus: Nur Ärzte	3,1	1,1
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte	3,5	1,1
Ambulante Einrichtung: Nur Ärzte	2,6	1,1
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte	3,2	1,1
Kompetenzbasiert		
Krankenhaus: Nur Ärzte	2,4	1,2
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte	2,8	1,2
Ambulante Einrichtung: Nur Ärzte	2,2	1,0
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte	2,7	1,1
N zwischen 10.546 und 10.975		

Zwischen den Geschlechtern gibt es bei diesen Bewertungen keine strukturellen Unterschiede. Die Stellung im Studienverlauf hat ebenfalls keinen Einfluss. Befragte in allen drei Studienabschnitten bewerten die jeweiligen Führungsstile sehr ähnlich.

Zum Thema Führung und Hierarchien in Krankenhäusern haben wir ebenfalls einige Kommentare erhalten. Dabei stehen wiederum vor allem die vielfach als starr erlebten Hierarchien und autoritäre Führungsstile in der Kritik.

Es gibt immer noch zu viele veraltete Meinungen und Hierarchien, es wird einem das Recht abgesprochen, sich über Missstände zu beschweren (nach dem Motto: Wir haben damals noch zwei 48-Stunden-Präsenzdienst in der Woche gemacht, jetzt beschwer dich nicht...

Besonders die starke hierarchische Trennung zwischen Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern ist in meinen Augen nicht zeitgemäß und toxisch für das Arbeitsklima und die Zusammenarbeit.

Ich wünsche mir sehr, dass die starre Hierarchie v.a. in den Krankenhäusern nicht weiter unterstützt wird und ein kollegiales Zusammenarbeiten aller Angestellten möglich ist.

Das Arbeitsklima in den Kliniken ist die größte Herausforderung. Es wird Zeit, dass die Alphas männchen ihre Chefarztposten räumen und Platz machen für eine Medizin des Miteinanders.

Ich würde mir wünschen, dass die Hierarchien in Krankenhäusern und besonders in der Chirurgie abgebaut werden. Mich

als Frau schreckt der Ton im OP und die Ellenbogenmentalität der meisten Chirurgen im Krankenhaus ab.

Starre Hierarchien bekämpfen.

Ohne Pflegekräfte und medizinische Fachkräfte wäre eine medizinische Versorgung unmöglich. Wir als angehende oder bereits anerkannte Mediziner müssen endlich weg von einer strikten hierarchischen Trennung.

Ich persönlich finde es sehr bedauerenswert, dass es immer noch viele Abteilungen mit starren Hierarchien gibt. Dies fördert meiner Meinung nach ein schlechtes Arbeitsklima (intra- und interdisziplinär).

Ich finde die hierarchische Ordnung in Krankenhäusern und die „Götter in Weiß“ so schlimm, dass ich mir daher nicht vorstellen kann später in einem Krankenhaus zu arbeiten. Man sollte miteinander arbeiten und nicht gegeneinander!

FAZIT DER UNIVERSITÄT TRIER: ZENTRALE ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Analysen der dritten Welle bestätigen weitgehend die Ergebnisse der Befragungen aus den Jahren 2010 und 2014. Junge Menschen studieren Medizin, um in der ambulanten oder stationären Versorgung zu arbeiten, während andere Arbeitgeber und Arbeitsfelder – etwa die Forschung an einer Universität oder die Arbeit für ein Pharma-Unternehmen – unverändert deutlich weniger attraktiv sind.

Innerhalb des gleichsam ureigenen Feldes der individuell-kurativen Versorgung sind aber wiederum verschiedene Tätigkeitsoptionen nach wie vor unterschiedlich beliebt: Eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus – die alle angehenden Ärzte im Rahmen der Facharztweiterbildung ohnehin kennenlernen – und die Niederlassung als Facharzt sind vergleichbar attraktiv und werden von jeweils rund drei Viertel der Studierenden als Option genannt. Das ist eine Option, bedeutet aber gerade nicht, dass man später auch gleichsam automatisch z.B. in der Klinik arbeitet. Die künftigen Ärzte monieren eher stärker denn je starre Strukturen, unflexible Arbeitszeiten, kaum Teilzeitmodelle und eine immer noch sehr ausgeprägte Hierarchie. Kliniken, die daran nichts geändert haben – die Befunde sind seit 2011 bekannt – haben Probleme bei der Besetzung freier Stellen und dies insbesondere dann, wenn die jeweilige Klinik zusätzlich einen Standortnachteil aufweist, also in einer unattraktiven Region liegt. Unattraktive Regionen sind ländliche Räume, aber auch schlecht angebundene Mittel- und Oberzentren in Randlagen. Zudem scheint sich eine Entwicklung abzuzeichnen, dass auch bestimmte Stadtbezirke in Metropolen

als Arbeits- und erst recht als Lebensort nach Möglichkeit gemieden werden.

Auch eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung – in einer Praxis oder einem MVZ – ist für die Mehrheit der Befragten eine interessante Möglichkeit der späteren Berufstätigkeit. Demgegenüber kann sich weiterhin nur ein gutes Drittel vorstellen, sich als Hausarzt niederzulassen. Dieser Wert ist seit 2010 stabil, wobei sich aber seit 2010 das Interesse an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin etwas erhöht hat. Wir sind immer noch zurückhaltend, hier von einer Trendwende zu sprechen, immerhin zeigt sich aber nach zwei Wiederholungsmessungen – das ist die positive Nachricht – eine stabile Tendenz in die gewünschte Richtung. Die vielfältigen Kampagnen zur Stärkung der Allgemeinmedizin scheinen Wirkung zu zeigen.

Die negative Nachricht ist aber, dass auch die aktuell gemessenen Präferenzen für eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin, selbst wenn sie alle realisiert werden, nicht reichen, um den künftigen Bedarf zu decken und freie Stellen wieder zu besetzen. Es besteht deshalb auch kein Anlass, die eben erwähnten Kampagnen zurückzuführen. Nach wie vor ist Imagewerbung für die Allgemeinmedizin notwendig – und selbstverständlich nicht nur die, auch die Rahmenbedingungen für eine entsprechende Berufstätigkeit müssen kontinuierlich geprüft und ggfs. angepasst werden.

Dies gilt in gleicher und noch stärkerer Weise für die Chirurgie, die trotz eines deutlich besseren Images ebenfalls

massive Nachwuchsprobleme hat, was aus unserer Sicht ausschließlich den Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen in diesem Fach geschuldet ist. Insbesondere für Frauen ist die Chirurgie sehr unattraktiv. Auch diese Entwicklung ist seit Jahren bekannt – und die Befragungen 2010 und 2014 haben dafür weitere Belege geliefert – wirklich geändert hat sich seitdem aber nichts. Im Gegenteil hat die Chirurgie seit 2010 – anders als die Allgemeinmedizin – an Attraktivität sogar noch deutlich verloren. Die Deckung des künftigen Bedarfs durch qualifizierte Chirurgen und die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung ist vor diesem Hintergrund mehr als fraglich! Die Befunde sollten dringender Anlass für nachhaltige Reformen in der chirurgischen Aus- und Weiterbildung sein.

Generell ist eine angestellte Tätigkeit – in der ambulanten oder stationären Versorgung – für fast alle Befragten ungebrochen eine attraktive Option, eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung favorisieren vor allem die Frauen. Dabei spielen 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 Familie geschuldet sind.

Unabhängig davon, ob die Studierenden eine Niederlassung ins Auge fassen oder als angestellte Ärzte arbeiten wollen: Die Einbindung in ein Team von Ärzten ist ein höchst wichtiger Faktor. Ursächlich dafür sind neben Überlegungen zur Funktion von Kollegen als Rekrutie-

rungsbasis für Freundschaften auch Fragen der Verantwortungsdelegation und -teilung. Die Einzelpraxis als Modell der ärztlichen Tätigkeit mit einer nur lockeren Kooperation mit Standeskollegen hat einen stabil harten, aber sehr kleinen Kern von Anhängern (rund 5%), ist aber ansonsten nicht mehr die erste und favorisierte Option. Eine Niederlassung – wenn sie denn in Frage kommt – soll dann in irgendeiner Form von BAG erfolgen.

Generell schrecken bei einer Niederlassung und damit verbundenen freiberuflichen Tätigkeit – egal ob in Einzel- oder (Formen einer) Gemeinschaftspraxis – seit 2010 unverändert das aus Sicht der Studierenden hohe Investitionsrisiko, die überbordende Bürokratie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen und drohende Regresse ab. Ersteres Problem lässt sich auf regionaler und lokaler Ebene durch die enge Kooperation der Niederlassungsberatung der jeweils zuständigen KV, der Kommunen und der regionalen Kreditinstitute lösen. Hier bedarf es vor allem der Aufklärung und Information der angehenden Ärzte. Ob und inwieweit über solche und andere Fragen der künftigen Tätigkeit in der Versorgung bereits im Studium stärker informiert werden soll und kann, müssen die medizinischen Fakultäten prüfen. Von studentischer Seite wird dies gewünscht und gerade hier beklagen die künftigen Ärzte z.T. massive Informationsdefizite. Das Problem der Bürokratisierung und der Regresse ist nur auf Bundesebene durch entsprechende Änderungen der Rah-

mengesetzgebung zu lösen. Unsere Empfehlung hier ist sehr klar, eindeutig und unmissverständlich: Dieses Problem muss endlich⁵³ und schnell gelöst und dann auch entsprechend kommuniziert werden. Insbesondere die bisherige Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist weder Patienten noch Ärzten vermittelbar. Zudem haben sich diese als nachhaltige und ausgeprägte Niederlassungsbremse erwiesen und sollten abgeschafft werden.

Auch über Arbeits- und Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung, der Forschung oder dem ÖGD, über Telemedizin und Digitalisierung fühlen sich die Befragten schlecht informiert und wünschen mehr Informationen darüber bereits im Studium.

Das Thema der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an nichtärztliche medizinische Fachkräfte beurteilt die angehende Ärztegeneration durchaus differenziert, aber deutlich weniger apodiktisch als die amtierende, die zumindest Substitution generell und kategorisch ablehnt. Da dieses Thema auch und gerade vor dem Hintergrund von Ärztemangel bzw. einer sehr ungleichen räumlichen Verteilung von Ärzten sicher nicht aus der öffentlichen Diskussion verschwinden wird, sollte diese konstruktiv und insbesondere ergebnisoffen geführt werden.

Das Ausland hat seit 2010 kontinuierlich an Attraktivität eingebüßt und auch innerhalb Deutschlands nimmt die Neigung zu einem Ortswechsel stetig ab. Nach wie vor aber erfreuen sich ver-

schiedene Regionen innerhalb Deutschlands einer sehr unterschiedlichen Beliebtheit – und generell sind ländliche Regionen als Lebens- und Arbeitsorte immer noch weniger beliebt, auch wenn sich hier eine gewisse Entspannung abzuzeichnen scheint. Generell beobachten wir eine zunehmend stärkere Konzentration auf die Heimatregion bzw. das Heimatbundesland und die Region rund um die Universität, an der man studiert hat und die man deshalb auch besser kennt. Für die Rekrutierung von Nachwuchs im ambulanten wie stationären Sektor bedeutet dies kurz gesagt: Den größten Erfolg versprechen Strategien, die für die jeweiligen Bundesländer Landeskinder oder Studenten der jeweiligen Landesuniversitäten ansprechen.

Was lässt sich an weiteren Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten? Nimmt man die Analysen und Kommentare ernst, dann folgt daraus eine klare Präferenz gerade der Frauen für eine angestellte Tätigkeit im ambulanten Sektor, gerne auch für eine sektorübergreifende, aber angestellte Tätigkeit. Dabei sind die Faktoren der geregelten Arbeitszeit und des Austauschs mit Kollegen entscheidend, ein der Tätigkeit und Verantwortung angemessenes Einkommen und ausreichende Möglichkeiten der Kinderbetreuung werden erwartet.

Das bedeutet, dass die Organisation der bisherigen ambulanten und stationären Versorgung mit ihrer sehr klaren sektoralen Trennung und der quantitativen Dominanz der Einzelpraxis im niedergelassenen Bereich faktisch kaum

⁵³ Wir haben dies bereits 2014 genauso formuliert!

zu halten sein wird. Dabei ist dringend zu empfehlen, diesen Prozess nicht ungesteuert ablaufen zu lassen, sondern zu gestalten, wobei auf regionaler Ebene ja bereits vielfältige Strukturinnovationen zu beobachten sind. Für den niedergelassenen Bereich sind hier insbesondere Ärztenetze als gleichsam dezentrale MVZ und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zu nennen, die grundsätzlich alle Merkmale aufweisen, die diese als Arbeitsmöglichkeiten für künftige Ärzte und vor allem Ärztinnen sehr attraktiv machen. MVZ bieten eine Option zur Überwindung bestehender Sektorengrenzen. Es kommt dabei natürlich immer auf die jeweilige institutionelle und vertragliche Gestaltung vor Ort und weitere regionale Rahmenbedingungen an. Dabei sind nicht nur die KV, die Krankenhäuser und andere ärztliche Organisationen gefordert, sondern auch und gerade die Krankenkassen sowie die Kommunen und Gebietskörperschaften und die Gesetzgeber von Bund und Ländern.

Zudem wird man sich bei der Nachbesetzung von Arztstellen in beiden Sektoren in strukturschwachen Regionen (und dies sind in der Regel ländliche Regionen mit schlechter Anbindung an Oberzentren) rasch und lösungsorientiert mit der Frage der Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für nicht ärztliche Akademiker auseinandersetzen müssen – einer Frage, die bislang nach unserer Beobachtung bestenfalls in Ansätzen diskutiert wird. Denn mehrheitlich werden die Ärztinnen, die man für solche Stellen gewinnen könnte, Partner mit anderen Studienabschlüssen haben, die selbst eine Berufstätigkeit und Karriere anstreben und für sich definitiv kein Lebensmodell in der Erziehung von Kindern und dem Führen eines Haushalts sehen. Die Entscheidung für den Arbeits- und Lebensort der Generation 30+, von der hier die Rede ist, ist in der Regel eine Familienentscheidung, weil die Phase der Partnerwahl und gegebenenfalls auch Heirat (zunächst einmal) abgeschlossen ist. Rekrutiert werden

also nicht wirklich Einzelpersonen, sondern Paare mit in vielen Fällen divergierenden Hochschulabschlüssen. Der folgende Kommentar aus dem Jahr 2014 illustriert dieses Problem: „Stichwort Niederlassung: Mein Cousin ist Hausarzt in eigener Praxis und die administrativen Tätigkeiten fressen einen großen Teil seiner Zeit und hindern ihn daran, seine Kinder aufwachsen zu sehen. (Er kommt unter der Woche um 22:00 Uhr nach Hause.) Wenn er kein konservativer Mensch wäre mit einer Frau, die nur Hausfrau und Mutter ohne Studium ist (nach dem Schema meiner Großmutter) könnte er keine Kinder haben. Hausarzt in eigener Praxis wird für mich daher nie eine Option sein, denn ich möchte auch einen studierten Ehepartner und Kinder.“

Die jetzt noch tätige Generation (Nachkriegsgeneration und Babyboomer) der Ärzte geht in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand, wobei dieser Prozess bereits begonnen hat und spätestens ab 2020 (also in 2! Jahren) an Dynamik gewinnen wird. Das Zeitfenster, um nach zu besetzen, ist bald geschlossen! Problematisch stellt sich die Situation dabei insbesondere im ambulanten Sektor dar, weil die in den nächsten Jahren ausscheidenden Ärzte vergleichsweise altershomogen sind. Dies führt nämlich zu der schwierigen Situation, dass bis zu einer kritischen Zeitphase des wahrscheinlichen Ausscheidens vieler Ärzte (z. B. 50 % der in einer Region tätigen Hausärzte in den Jahren 2020/21) eine Region nach den Kriterien der Bedarfsplanung ausreichend versorgt und deshalb gesperrt ist und danach schlagartig frei wird und unter Umständen sogar als unterversorgt gelten muss. Dann allerdings ist es sehr schwierig, junge Ärzte zu gewinnen, weil diese einen allmählichen Übergang eindeutig bevorzugen und vor der Übernahme der alleinigen Verantwortung und Zuständigkeit für Patienten und eine Praxis eine Einarbeitungsphase und den Rückhalt älterer und erfahrener niedergelassener Ärzte

wünschen. Wir zitieren hier nochmals einen Kommentar aus dem Jahr 2014, der dieses Problem auf den Punkt bringt: „Bei vielen Kommilitonen (und auch bei mir) besteht der Wunsch zur Niederlassung. Ein großes und auch abschreckendes Problem ist, dass man nach dem Studium und der Facharztweiterbildung völlig ohne betriebswirtschaftliche Kompetenzen verbleibt und gerade auch ohne entsprechendes Know-how das Gesundheits- und Abrechnungssystem (DRGs etc.) betreffend. Durch eigene Erfahrungen während einer Famulatur im ambulanten Sektor habe ich die Probleme eines jungen Arztes als Neueinsteiger erlebt, der ohne seinen erfahrenen und langjährig tätigen Praxispartner völlig allein gelassen und aufgeschmissen wäre.“ Man kann hier vor dem Hintergrund der Ergebnisse aller drei Wellen nur ergänzen, dass dies nicht nur für die betriebswirtschaftlichen Aspekte bei der Führung einer Praxis gilt, sondern in noch höherem Maß für den fachlichen Rat bei der Behandlung der Patienten. Hier ist dringend zu empfehlen, für den nun unmittelbar vor der Tür stehenden Generationswechsel, schnellstmöglich! Übergangsregelungen zu finden, die es einer Praxis auch in einem gesperrten Gebiet erlauben, Nachfolger zu beschäftigen, ohne diese aus dem Praxisbudget finanzieren zu müssen, wenn absehbar in der fraglichen Region in einem engen Zeitrahmen viele Sitze frei werden. Eine Finanzierung von solchen Nachfolgern aus dem Praxisbudget ist für ältere Ärzte definitiv kein attraktives Modell, wenn deren Praxis später nicht für (viel) Geld von den Nachfolgern übernommen wird (wovon kaum auszugehen ist), da diese Finanzierung zu Lasten des eigenen Einkommens geht. Hier müssen sich insbesondere die Kostenträger bewegen und das möglichst bald.

ANHANG

FRAGEBOGEN MIT ERGEBNISSEN

01 | ERGEBNISSE

1. AN WELCHER UNIVERSITÄT STUDIEREN SIE MEDIZIN?

STUDIENORT (N= 10012)	PROZENT
Aachen	2,4
Berlin	4,8
* Medizinische Hochschule Brandenburg	0,1
Bochum	3,6
Bonn	0,4
Dresden	2,1
Düsseldorf	3,8
Erlangen	3,9
Essen	2,4
Frankfurt/Main	2,5
Freiburg	2,9
Gießen	2,7
Göttingen	2,8
Greifswald	1,5
Halle (Saale)	1,1
Hamburg-Eppendorf	4,2
Hannover	2,0
Heidelberg	5,5
Homburg	3,0
Jena	0,2
Kiel	3,7
Köln	0,3
Leipzig	2,2
Lübeck	2,7
Magdeburg	1,7
Mainz	5,7

STUDIENORT (N= 10012)	PROZENT
Mannheim	1,0
Marburg	3,1
München (TU)	3,3
München (LMU)	3,0
Münster	3,4
Oldenburg	0,6
Regensburg	0,4
Rostock	2,0
Tübingen	5,7
Ulm	2,6
Witten-Herdecke	0,8
Würzburg	5,8

STUDIENBUNDESLAND (N= 10012)	PROZENT
Baden-Württemberg	17,7
Bayern	16,4
Berlin-Brandenburg	4,9
Hamburg	4,2
Hessen	8,3
Mecklenburg-Vorpommern	3,5
Niedersachsen	5,4
Nordrhein-Westfalen	17,1
Rheinland-Pfalz	5,7
Saarland	3
Sachsen	4,3
Sachsen-Anhalt	2,8
Schleswig-Holstein	6,4
Thüringen	0,2

2. IN WELCHEM SEMESTER SIND SIE? (N= 13673)

SEMESTER
Min: 1 Max: 29 MW: 6,9

3. IN WELCHEM ABSCHNITT IHRES STUDIUMS BEFINDEN SIE SICH? (MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH) (N= 13915)

	PROZENT
Vorklinischer Teil	29,0
Klinischer Teil	48,6
Modellstudiengang vor dem PJ	12,9
Praktisches Jahr	13,4

4. WELCHE AUSSAGEN TREFFEN AUF SIE ZU?

	TRIFFT ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU
Ich habe bereits praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Studienbeginn gesammelt (z. B. Bundesfreiwilligendienst, Zivildienst, FSJ, Ausbildung o.ä.) (N=13697)	48,9	51,1
Eltern sind oder waren auch Mediziner (N=13667)	23,7	76,3
Andere Angehörige sind oder waren auch Mediziner (N=13685)	30,1	69,9
Ich habe die Möglichkeit, ggfs. eine Praxis von Angehörigen oder Bekannten zu übernehmen (N=13692)	13,2	86,8

5. WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE IN FRAGE?
(BITTE KREUZEN SIE MAXIMAL DREI OPTIONEN AN) (N=13635)

	PROZENT
Allgemeinmedizin	35,3
Anästhesiologie	27,9
Augenheilkunde	5,7
Chirurgie	24,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	7,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6,5
Innere Medizin	44,0
Kinder- und Jugendmedizin	27,1
Neurologie	20,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	12,5
Psychiatrie und Psychotherapie	7,8
Radiologie	12,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	17,9
Urologie	7,5
Sonstige, nämlich	13,5
Das weiß ich noch nicht	5,9

6. VOR DEM HINTERGRUND IHRER AKTUELLEN INTERESSEN UND PRÄFERENZEN:
FÜR WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNG WÜRDEN SIE SICH JETZT ENTSCHEIDEN? (N=13334)

FACHARZTWEITERBILDUNG	PROZENT
Allgemeinmedizin	8,8
Anästhesiologie	7,9
Augenheilkunde	1,1
Chirurgie	6,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,8
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,5
Innere Medizin	14,2
Kinder- und Jugendmedizin	9,1
Neurologie	4,6
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,8
Psychiatrie und Psychotherapie	2,2
Radiologie	2,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,0
Urologie	1,6
Sonstige, nämlich	5,1
Das weiß ich noch nicht	21,4

**7. UND WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE DEFINITIV NICHT IN FRAGE?
(MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH) (N=13309)**

FACHARZTWEITERBILDUNG	PROZENT
Allgemeinmedizin	17,9
Anästhesiologie	15,2
Augenheilkunde	49,2
Chirurgie	38,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	35,0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	49,5
Innere Medizin	10,4
Kinder- und Jugendmedizin	23,7
Neurologie	21,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	45,8
Psychiatrie und Psychotherapie	42,7
Radiologie	32,6
Orthopädie und Unfallchirurgie	41,6
Urologie	37,4
Sonstige, nämlich	1,9

8. WIE WICHTIG IST ES IHNEN BEI DER WAHL FÜR EIN FACHGEBIET, ...?

	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
regelmäßige Arbeitszeiten zu haben (N=13442)	33,2	49,1	16,4	1,4
Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können) (N=13468)	40,3	41,1	16,8	1,9
gute Verdienstmöglichkeiten zu haben (N=13468)	27,5	52,1	18,7	1,7
gute Karrierechancen zu haben (N=13441)	21,8	39,8	34,9	3,5
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können (N=13456)	69,4	25,2	4,8	0,6
später im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen (N=13467)	22,1	45,0	28,3	4,5
später im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln (N=13454)	21,1	48,3	28,5	2,0
später im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten (N=13466)	19,2	47,4	30,9	2,6
später im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten (N=13460)	17,3	42,3	35,4	4,9

9. WIE WICHTIG IST FÜR SIE PERSÖNLICH BEI DER FACHARZTWEITERBILDUNG ...?

	DAVON UNVERZICHTBAR (N=13237)	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor zu absolvieren (N=13193)	18,2	18,1	37,6	36,1	8,2
eine Verbundweiterbildung (Rotationsplan) in mehreren Krankenhäusern (N=13171)	13,1	10,1	37,5	43,6	8,7
einen Mentor als festen Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung zu haben (N=13200)	53,2	49,9	40,1	9,0	1,0
begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät (N=13181)	35,0	33,7	51,7	16,3	1,0
dass Möglichkeiten der Kinderbetreuung bestehen (N=13196)	41,2	42,1	35,5	16,9	5,5
Flache Hierarchien (N=13173)	37,1	36,4	42,6	18,6	2,3

**10. NACH DER FACHARZTWEITERBILDUNG:
KOMMEN DIE FOLGENDEN TÄTIGKEITEN FÜR SIE IN FRAGE?**

	JA, AUF JEDEN FALL	JA, WAHRSCHEINLICH	NEIN, EHER NICHT	NEIN, AUF KEINEN FALL
Selbstständige, freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis als Hausarzt (N=13073)	15,2	27,3	41,5	16,0
Selbstständige, freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis als spezialisierter Facharzt (N=13086)	27,1	48,7	22,0	2,2
Angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus (N=13072)	24,3	50,5	21,8	3,4
Angestellte Tätigkeit in einer Praxis (N=13031)	15,7	46,6	30,0	7,7
Angestellte Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) (N=13064)	13,9	50,6	30,3	5,2
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst (N=13047)	3,3	19,7	51,2	25,8
Angestellte Tätigkeit in der Forschung (N=13077)	5,6	17,7	38,5	38,2
Angestellte Tätigkeit bei der Pharmaindustrie (N=13068)	2,1	8,9	32,1	56,9
Angestellte Tätigkeit bei einer Krankenkasse (N=13068)	0,6	4,5	30,9	64,0

10.A. WOLLEN SIE DAUERHAFT IN ANGESTELLTER TÄTIGKEIT ARBEITEN ODER KOMMT NACH EINER GEWISSEN EINARBEITUNGSZEIT IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG AUCH EINE NIEDERLASSUNG FÜR SIE IN BETRACHT? (N=1534)

Ich möchte dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten	30,3
Eine Niederlassung ist für mich eine Option	27,1
Das weiß ich noch nicht	42,6

10.B. WÜRDEN SIE SICH LIEBER ALLEIN IN EINER EINZELPRAXIS ODER IN EINEM TEAM IN EINER GEMEINSCHAFTSPRAXIS, MVZ ODER EINER ÄHNLICHEN GRÖßEREN EINRICHTUNG NIEDERLASSEN ODER KOMMEN BEIDE OPTIONEN IN FRAGE? (N=10133)

Einzelpraxis	4,7
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	50,6
Beide Optionen	44,7

10.C. WENN SIE SICH IN EIGENER PRAXIS NIEDERLASSEN WÜRDEN, WIE WICHTIG WÄREN IHNEN DIE FOLGENDEN UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE?

	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Analyse potentieller Praxisstandorte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (z.B. Patientennachfrage) (N=10122)	32,8	53,6	12,7	0,9
Finanzielle Anreize für eine Niederlassung (z.B. Subventionen bei der Anschaffung von medizinischen Geräten) (N=10123)	44,1	46,0	9,4	0,6
Finanzierungskonzepte (N=10115)	47,8	47,8	4,1	0,4
Rechtsberatung (Arbeitsrecht, Haftungsrecht,...) (N=10123)	59,4	37,3	3,2	0,1
Beratung bei Verwaltung und Abrechnung (N=10109)	56,1	40,2	3,5	0,2
Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis (N=10113)	57,4	38,7	3,7	0,2
Finanzielle Besserstellung für Praxen in wirtschaftlich unattraktiven Versorgungsgebieten (z. B. auf dem Land oder in sozialen Brennpunkten) (N=10119)	44,5	40,0	13,8	1,6
Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in ländlichen Regionen (Arbeitsplatzangebote für den Partner, Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, ausreichendes schulisches Angebot) (N=10100)	42,6	36,4	17,6	3,4

10. D. IST FÜR SIE EINE POSITION ALS OBERARZT ODER CHEFARZT EINE ERSTREBENSWERTE KARRIEREOPTION?

	JA, AUF JEDEN FALL	JA, WAHRSCHEINLICH	NEIN, EHER NICHT	NEIN, AUF KEINEN FALL
Oberarzt (N=9628)	48,0	40,4	10,8	0,8
Chefarzt (N=9619)	13,1	23,5	47,3	16,1

11. WELCHE ASPEKTE SPRECHEN AUS IHRER SICHT GEGEN EINE NIEDERLASSUNG IN EIGENER PRAXIS, WELCHE DAVON SIND FÜR SIE DIE DREI WICHTIGSTEN?

	CONTRA NIEDERLAS- SUNG (N=12798)	RANG 1 (N=12413)	RANG 2	RANG 3	UNTER DEN ERSTEN 3
Hohes finanzielles Risiko	57,4	20,5	10,3	9,3	40,1
Hoher Kaufpreis für eine Praxis	43,9	6,2	7,8	5,4	19,4
Geringes Einkommen, unangemessene Honorierung	33,7	8,9	6,1	6,1	21,1
Drohende Regressforderungen durch die Krankenkassen	46,7	8,6	9,4	8,4	26,4
Hohe Arbeitsbelastung	37,0	5,9	7,3	5,9	19,1
Wenig Freizeit	26,6	2,5	4,2	4,1	10,8
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie	62,3	20,4	14,5	11,4	46,3
Notdienste am Wochenende	10,5	0,7	1,1	1,5	3,3
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	46,4	7,0	9,3	9,3	25,6
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	20,0	1,8	3,2	3,5	8,5
Enges Behandlungsspektrum, Gefahr der Routinisierung von Diagnose und Therapie	40,6	8,0	8,4	8,1	24,5
Festlegung auf einen Praxisstandort	19,0	2,3	2,5	3,5	8,3
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	26,8	1,7	3,4	5,2	10,3
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	16,6	3,9	2,8	3,4	10,1
Sonstiges, nämlich	4,1	1,5	0,6	0,4	2,5

12. WELCHE ASPEKTE SPRECHEN AUS IHRER SICHT GEGEN EINE ANGESTELLTE TÄTIGKEIT IN EINEM KRANKENHAUS, WELCHE DAVON SIND FÜR SIE DIE DREI WICHTIGSTEN?

	CONTRA ANSTELLUNG (N=12742)	RANG 1 (N=12619)	RANG 2	RANG 3	UNTER DEN ERSTEN 3
Starre Hierarchien	57,7	7,5	5,5	6,9	19,9
Autoritäre Führungskultur	53,7	7,9	6,9	5,9	20,7
Geringeres Einkommen	22,7	3,5	2,6	3,2	9,3
Hohe Arbeitsbelastung	78,2	21,8	15,1	12,4	49,3
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten	9,6	0,5	0,8	0,9	2,2
Wenig Freizeit	61,3	4,3	9,0	7,8	21,1
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie	15,9	1,6	1,9	2,2	5,7
Bereitschafts- und Nachtdienste	53,7	8,6	9,2	8,1	25,9
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten	61,2	9,0	11,8	9,8	30,6
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten	67,9	12,9	13,1	11,4	37,4
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	1,0	0,0	0,0	0,0	0
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	9,6	0,3	0,6	0,9	1,8
Mangel an ärztlichen Kollegen	28,9	1,6	3,0	3,5	8,1
Mangel an Pflegekräften	58,5	3,5	6,6	8,5	18,6
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	6,6	0,1	0,2	0,4	0,7
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	63,3	16,7	9,8	12,2	38,7
Sonstiges, nämlich	1,1	0,3	0,1	0,1	0,5

13. KOMMEN DIE FOLGENDEN REGIONEN FÜR SIE ALS ARBEITSORT IN FRAGE?

REGION	JA, AUF JEDEN FALL	JA, WAHRSCHEINLICH	NEIN, EHER NICHT	NEIN, AUF KEINEN FALL
Meine nähere Heimatregion (N=12710)	50,7	30,0	16,1	3,2
Mein Heimatbundesland (N=12675)	49,8	36,6	11,8	1,8
Region rund um die Universität (N=12692)	28,9	35,8	28,7	6,5
Ein anderes Bundesland (N=12669)	15,8	45,8	33,3	5,1
Ausland (N=12655)	13,9	29,7	39,8	16,5

13 A: WELCHE ANDEREN BUNDESLÄNDER KOMMEN FÜR SIE ALS ARBEITSORT IN FRAGE? (MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH) (N=7614)

BUNDESLAND	PROZENT
Baden-Württemberg	57,1
Bayern	54,9
Berlin	39,0
Brandenburg	17,1
Hamburg	20,4
Hessen	55,7
Mecklenburg-Vorpommern	34,4
Niedersachsen	19,5
Nordrhein-Westfalen	35,7
Rheinland-Pfalz	48,1
Saarland	33,2
Sachsen	12,8
Sachsen-Anhalt	16,7
Schleswig-Holstein	11,1
Thüringen	30,9
	15,4

14. WENN SIE IHREN SPÄTEREN ARBEITSORT VÖLLIG FREI WÄHLEN KÖNNTEN: GIBT ES ORTE, IN DENEN SIE AUF KEINEN FALL ARBEITEN WOLLEN? (MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH) (N=12523)

	PROZENT
Nein, alle Ortsgrößen kommen in Frage	33,1
Ja, und zwar in Orten	66,9
mit weniger als 2.000 Einwohnern	51,1
mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern	43,2
mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern	34,9
mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern	20,1
mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern	11,6
mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern	9,7
mit mehr als 500.000 Einwohnern	21,8

15. WAS DENKEN SIE, WELCHES MONATSNETTOEINKOMMEN IST ANGEMESSEN FÜR...(IN EURO)

(SPANNWEITE VON 2.000-20.000)	N	MW	MIN	MAX
einen angestellten Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung:	9599	4.994,4	2.000	20.000
einen niedergelassenen Arzt in einer Stadt:	9499	6.368,4	2.000	20.000
einen niedergelassenen Arzt auf dem Land:	9479	6.371,0	2.000	20.000

16. WIE BEURTEILEN SIE DIE FOLGENDEN FÜHRUNGSSTILE FÜR DIE ARBEIT IN KRANKENHÄUSERN UND AMBULANTEN EINRICHTUNGEN VOR DEM HINTERGRUND EINER SACH- UND FACHGERECHTEN PATIENTENVERSORGUNG UND DEN UNTERSCHIEDLICHEN AUFGABEN, KOMPETENZEN, QUALIFIKATIONEN UND VERANTWORTUNGSBEREICHEN VON ÄRZTEN UND NICHTÄRZTLICHEM MEDIZINISCHEN PERSONAL? BITTE TRAGEN SIE JEWEILS NOTEN VON 1 (SEHR GUT) BIS 5 (MANGELHAFT) EIN.

	MW	SEHR GUT	GUT	BEFRIEDIGEND	AUSREICHEND	MANGELHAFT
Autoritär-hierarchisch: formal klar definierte Rollen, Funktionen und Zuständigkeiten						
Krankenhaus: Ärzte untereinander (N=11270)	3,0	5,3	31,9	33,5	16,6	12,6
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte (N=11206)	3,1	8,3	27,5	30,0	18,6	15,6
Ambulante Einrichtung: Ärzte untereinander (N=11007)	3,1	8,7	29,6	24,0	17,7	20,0
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte (N=10975)	2,7	11,9	38,1	25,7	14,1	10,3
Kooperativ-partizipativ: weitgehend gleichberechtigte Einbeziehung aller Statusgruppen in Entscheidungsfindungen						
Krankenhaus: Ärzte untereinander(N=10948)	2,1	35,4	35,8	18,2	7,0	3,6
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte (N=10871)	2,7	18,1	31,8	24,1	14,8	11,2
Ambulante Einrichtung: Ärzte untereinander (N=10755)	1,8	43,5	39,9	12,7	2,7	1,2
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte (N=10743)	2,4	17,4	40,5	27,9	10,1	4,2
Liberal: weitgehende Handlungsautonomie der Mitarbeiter						
Krankenhaus: Ärzte untereinander (N=10758)	3,1	5,3	26,3	33,2	19,2	15,9
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte (N=10692)	3,5	2,1	16,5	32,1	24,2	25,0
Ambulante Einrichtung: Ärzte untereinander (N=10572)	2,6	14,9	39,8	25,0	11,0	9,4
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte (N=10565)	3,2	3,5	26,3	32,4	19,0	18,9
Kompetenzbasiert: Personen mit der größten Erfahrung und Kompetenz treffen unabhängig von formalen Positionen Entscheidungen						
Krankenhaus: Ärzte untereinander (N=10732)	2,4	23,8	35,9	23,6	9,6	7,1
Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte (N=10667)	2,8	12,8	30,4	30,0	14,8	12,0
Ambulante Einrichtung: Ärzte untereinander (N=10555)	2,2	26,4	41,8	21,5	6,3	4,0
Ambulante Einrichtung: Ärzte und medizinische Fachangestellte (N=10546)	2,7	13,0	36,3	30,5	12,1	8,1

17. WIE GUT FÜHLEN SIE SICH INFORMIERT ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND/ODER ARBEITSBEDINGUNGEN IN:

	SEHR GUT	GUT	WENIGER GUT	SCHLECHT	DAMIT HABE ICH MICH NOCH NICHT BESCHÄFTIGT
der stationären Versorgung (N=12003)	10,4	49,1	26,9	6,2	7,3
der ambulanten Versorgung (N=11981)	3,3	26,1	46,9	13,9	9,9
dem öffentlichen Gesundheitsdienst (N=11970)	0,7	3,8	22,4	38,5	34,6
gemischten Versorgungsmodellen (ambulant/stationär) (N=11964)	0,7	8,7	35,3	29,3	25,9
Team- und Netzstrukturen in der ambulanten Versorgung (z.B. Medizinische Versorgungszentren, Ärztenetze oder Berufsausübungsgemeinschaften) (N=11973)	0,8	8,3	34,2	31,6	25,1
der medizinischen Forschung (N=11958)	3,6	18,0	28,1	25,2	25,1
Telemedizin (N=11963)	0,5	3,3	15,9	34,0	46,3
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung (N=11961)	0,9	9,8	27,3	32,5	29,4
Informations- und Wissensmanagement im Bereich der ärztlichen Tätigkeit (N=11966)	1,0	10,5	29,8	29,1	29,6

18. MIT DER DIGITALISIERUNG IN DER MEDIZIN VERBINDEN SICH HOFFNUNGEN, ABER AUCH BEFÜRCHTUNGEN. WIE SCHÄTZEN SIE DIE AUSWIRKUNGEN DER DIGITALISIERUNG AUF VERSCHIEDENE BEREICHE IN DER MEDIZIN EIN?

	VERBESSE- RUNG	KEINE ÄNDERUNG	VERSCHLECH- TERUNG	KANN ICH NICHT BEURTEILEN
Diagnosemöglichkeiten (N=11960)	77,2	8,8	6,6	7,4
Behandlungsmöglichkeiten (N=11936)	67,9	18,7	5,5	8,0
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis (N=11943)	9,8	29,5	51,2	9,6
Arzt-Patienten-Kommunikation (N=11940)	25,2	19,3	47,7	7,8
Arbeitsorganisation (N=11934)	75,7	10,5	5,9	8,0
Verfügbarkeit von Ärzten (N=11931)	50,3	28,3	8,6	12,8
Ärztliche Entscheidungsautonomie (N=11940)	10,9	33,9	36,9	18,3
Delegation ärztlicher Leistungen (N=11901)	35,8	26,2	11,3	26,7
Sicherheit von Patientendaten (N=11943)	10,1	18,6	57,3	14,1
Sektorübergreifende Versorgung (N=11926)	67,0	11,8	2,3	19,0

19. IN DEN LETZTEN JAHREN WIRD INTENSIV ÜBER DIE ÜBERTRAGUNG BISLANG ÄRZTLICHER AUFGABEN AN ENTSPRECHEND QUALIFIZIERTE ARZTASSISTENTEN, PFLEGEKRÄFTE ODER MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE DISKUTIERT, DIE DIESE DANN EIGENVERANTWORTLICH ÜBERNEHMEN SOLLEN. WIE STEHEN SIE DAZU? (N=12008)

Ich begrüße solche Entwicklungen	68,2
Ich lehne solche Entwicklungen ab	15,2
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	16,5

**20. HABEN SIE ANMERKUNGEN ZU DEN THEMEN NIEDERLASSUNG ODER ANSTELLUNG, DIGITALISIERUNG UND TELEMEDIZIN, DELEGATION UND SUBSTITUTION, ZUM ARZTBERUF GENERELL UND ZU IHREN BERUFLICHEN PERSPEKTIVEN UND WÜNSCHEN? (N=12135)
DIE FREITEXTKOMMENTARE DER STUDIERENDEN SIND UNTER <https://www.kbv.de/html/studien.php> VERFÜGBAR.**

	12,1
--	------

21. SIND SIE ...? (N=11668)

Weiblich	65,6
Männlich	34,4

22. ALTER? (N=11912)

MIN: 18 MAX: 63 MW: 24,9	JAHRE
18 bis unter 20	2,7
20 bis unter 25	49,9
25 bis unter 30	34,7
30 bis unter 35	10,8
35 bis unter 40	1,3
40 oder älter	0,7

23. BUNDESLAND HERKUNFTSORT (N=11456)

BUNDESLAND	PROZENT
Nordrhein-Westfalen	23,1
Baden-Württemberg	16,2
Bayern	14,0
Niedersachsen	7,9
Hessen	7,3
Rheinland-Pfalz	5,2
Berlin	4,5
Schleswig-Holstein	3,9
Sachsen	3,1
Hamburg	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	2,0
Brandenburg	1,8
Saarland	1,7
Sachsen-Anhalt	1,6
Thüringen	1,6
Bremen	0,8
Wohnort im Ausland	2,2

23.1 GRÖSSE DES HERKUNFTSORT (N=11202)

EINWOHNERZAHL	PROZENT
Unter 2000	4,0
2000 bis unter 5000	5,6
5000 bis unter 20000	18,1
20000 bis unter 50000	16,2
50000 bis unter 100000	10,4
Über 100000	45,8

23.2 URBANISIERUNGSGRAD DES HERKUNFTSORTES (N=11202)

ART DER REGION	PROZENT
Ländliche Region	9,6
Kleinstadt	18,1
Mittelstadt	26,6
Großstadt	45,8

24. WELCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT HABEN SIE? (N=11989)

STAATSANGEHÖRIGKEIT	PROZENT
Deutsche Staatsangehörigkeit	95,4
Andere, nämlich:	4,6

25. HABEN SIE DERZEIT EINEN FESTEN PARTNER? (N=11911)

Ja	60,5
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 29)	39,5

26. HAT IHR PARTNER EINEN AKADEMISCHEN ABSCHLUSS ODER STREBT DIESEN AN? (N=7200)

	PROZENT
Ja	85,3
Nein	14,8

27. ARBEITET IHR PARTNER IM GESUNDHEITSWESEN ODER WILL SPÄTER DORT ARBEITEN? (N=7194)

	PROZENT
Ja	42,4
Nein	57,6

28. HABEN SIE KINDER? (N=11967)

	PROZENT
Ja	5,5
Nein	94,5

29. MÖCHTEN SIE SPÄTER KINDER HABEN? (N=11882)

	PROZENT
Ja	92,6
Nein	7,4
Weiß nicht	-

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Versorgungsmanagement,
Redakteurin: Regina Reuschenberg

Gestaltung: www.artisan-berlin.de

Druck: W. Kohlhammer Druckerei

Fotos: © Chris Noltekuhlmann

Stand: Juli 2019

ISBN: 978-3-00-063534-2