



Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014

Ergebnisse einer bundesweiten Befragung

Prof. Dr. Rüdiger Jacob, Universität Trier
Prof. Dr. Johannes Kopp, Universität Trier
Sina Schultz (B.Sc.), Universität Trier

 Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung



Inhaltsverzeichnis

5	Gemeinsames Vorwort der Kooperationspartner
6	Zusammenfassung der Befragungsergebnisse aus Sicht der KBV
8	1. Versorgungsforschung als interdisziplinäres Projekt: Die Perspektive der Universität Trier
9	2. Ausgangslage und Problemstellung
12	3. Berufsmonitoring
15	4. Die Befragung – Methodik, Feldarbeit und Datenanalyse
18	5. Ergebnisse
	5.1 Strukturdaten
23	5.2 Studium
26	5.3 Vorerfahrungen im medizinischen Bereich
28	5.4 Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit
32	5.5 Beruf und Familie
34	5.6 Facharztausbildung
45	5.7 Arbeitgeber und Niederlassung
48	5.8 Arbeitsorte und Regionen
63	5.9 Versorgungsformen und Versorgungsmodelle: Der Informationsstand der künftigen Ärzte
66	5.10 Informationsquellen und deren Bewertung
68	5.11 Das Image des Allgemeinmediziners und Hausarztes
75	5.12 PJ und Famulatur
78	5.13 Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen
79	6. Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen
82	Anhang: Fragebogen
99	Impressum



Gemeinsames Vorwort der Kooperationspartner

Der sich rasch vollziehende demographische Wandel sowie der technologische Fortschritt verändern unsere medizinische Versorgung in einer Weise, dass die Fundamente ärztlicher Tätigkeit, nämlich die Aus- und Weiterbildung, konsequent darauf ausgerichtet werden müssen. Hinzu kommt, dass insbesondere in ländlichen und sozial schwachen Gebieten bereits jetzt Engpässe bei patientennahen, grundversorgenden Fächern bestehen – ein Trend, der sich nach Ansicht vieler Experten zu verstärken droht.

Aus diesem Grund hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zusammen mit der Universität Trier, dem MFT Medizinischen Fakultätentag und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) eine bundesweite Online-Befragung von Medizinstudierenden durchgeführt. Sie schließt an eine Online-Befragung aus dem Jahr 2010 an und zielt darauf, die Berufsperspektiven und Wünsche junger Mediziner zu erheben und die derzeit wahrgenommenen Hürden für eine spätere, auch ambulante Tätigkeit zu identifizieren.

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 den derzeit laufenden Reformprozessen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Rund 80% der Befragten geben an, dass sie später in ihrer Heimatregion oder in ihrem Herkunftsbundesland arbeiten wollen und nur für 35% kommen alle Ortsgrößen in Frage.

Diese Ergebnisse stellen besondere Aufgaben an alle dünnbesiedelten Regionen bei der Gewinnung ärztlichen Nachwuchses.

Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Der Frauenanteil im Medizinstudium liegt gegenwärtig bei rund 61%¹, ein Verhältnis, das sich auch in der Beteiligung an der Befragung Medizinstudierender abbildet. 5% der Befragten haben Kinder, über 80% möchten Kinder haben. Damit kommt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowohl in Bezug auf die spätere berufliche Tätigkeit als auch in Bezug auf die erforderliche Infrastruktur am Tätigkeitsort ein hoher Stellenwert zu.

Der vorliegende Bericht stellt eine, hinsichtlich der empirischen Befunde und einiger neuer Schwerpunkte bei den Fragen, aktualisierte Neuauflage des Berufsmonitorings Medizinstudierende 2010 dar. Der Fragebogen ist in enger Kooperation zwischen dem Fachbereich IV/Soziologie der Universität Trier einerseits und der KBV, dem MFT, der bvmd, besonders Christian Kraef, Pascal Nohl-Deryk und Jonathan Schütze sowie vom Sprecherrat der Medizinstudierenden des Marburger Bundes, Nicole Holzer, Andreas Hammerschmidt und Jan Bauer, andererseits entstanden. Fast alle Medizinischen Fakultäten in Deutschland haben sich aktiv an der Durchführung und insbesondere an der Bekanntmachung der Befragung durch eine direkte Ansprache der Studierenden beteiligt.

Insbesondere geht der Dank an alle Medizinstudierenden für die Teilnahme an der Befragung und die teilweise sehr ausführlichen und instruktiven Kommentare.

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.1, Studierende an Hochschulen, Wintersemester 2013/14.

Zusammenfassung der Befragungsergebnisse aus Sicht der KBV

ECKDATEN DER BEFRAGUNG

An der Studierendenbefragung 2014 haben sich mit 11.462 Teilnehmern 13,5 % aller Studierenden beteiligt. Von 37 Fakultätsstandorten konnten faktisch 34 in die Auswertung einbezogen werden. 2/3 der Befragungsteilnehmer (wie auch der Studierenden insgesamt) sind Frauen.

Unterteilt nach Studienabschnitten befinden sich die Studierenden zu 35,3 % in der Vorklinik, zu 51,2 % im klinischen Abschnitt und 13,5 % absolvieren das Praktische Jahr. 17,9 % der Befragten geben an, in einem Modellstudiengang zu studieren (gegenüber dem Anteil von rund 12 % insgesamt etwas überrepräsentiert).

Rund 50 % der Befragten verfügt bereits zu Studienbeginn über praktische Erfahrungen. Von diesen hat ein Anteil von 40 % konkrete Berufserfahrung, z. B. in den Bereichen Pflege oder Rettungsdienst, erworben. Rund 50 % der Befragungsteilnehmer haben nach eigenen Angaben Mediziner im familiären Umfeld.

BERUFZIEL: PATIENTENVERSORGUNG

Zwischen rund 50 % und rund 75 % der Studierenden will definitiv oder sehr wahrscheinlich nach dem Erwerb der Facharztanerkennung in der Patientenversorgung arbeiten. Dabei variieren die Vorlieben zwischen selbstständig und angestellt sowie zwischen den möglichen Tätigkeitsumfeldern (Praxis, MVZ, Krankenhaus). Die konkrete Wahl der Facharzt-Weiterbildung ist zum Zeitpunkt der Befragung für die überwiegende Zahl der Studierenden noch offen, der höchste Wert für eine angestrebte Fachrichtung liegt bei 16,3 % für die Innere Medizin². Knapp 70 % der Studierenden im klinischen Abschnitt und im PJ können sich jedoch eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung vorstellen, allerdings nur rund 1/3 als Hausarzt in eigener Praxis³. 50 % der Studierenden begrüßen eine eigenverantwortliche Aufgabenübernahme durch andere Gesundheitsfachberufe und wünschen sich ein interprofessionelles Team.⁴

NACHWUCHSREKRUTIERUNG

Der überwiegende Teil der Befragten studiert heimatnah⁵. 78 % wollen später in der näheren Heimatregion bzw. 84 %

im Heimatbundesland arbeiten. Insofern liegen die bevölkerungsreichen Länder mit entsprechend vielen Universitätsstandorten im Ranking vorne. Die Hälfte der medizinischen Fakultäten mit insgesamt rund 47 % der Studierenden befindet sich in Baden-Württemberg, Bayern und NRW⁶. Rund 50 % der Befragten kommt aus diesen drei Ländern und gibt an, später in einem dieser Länder arbeiten zu wollen⁷.

Für dünnbesiedelte Regionen bzw. Länder ergeben sich daraus allerdings besondere Anforderungen bei der Nachwuchsrekrutierung. Daneben sind insgesamt 37 % der Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung bereit, in allen Ortsgrößen zu arbeiten, während knapp 50 % angeben, dass Orte mit weniger als 2000 Einwohnern für sie nicht infrage kämen⁸.

ENTWICKLUNGSPOTENTIALE

Die Befragung macht deutlich, dass die hausärztliche Tätigkeit nach wie vor ein Imageproblem hat. Nur 10 % der Befragten würde definitiv eine Facharztausbildung Allgemeinmedizin wählen. Für weitere 24 % käme die Allgemeinmedizin in Betracht⁹. Ein Potential von 37 % der Studierenden mag ein Anstieg gegenüber der Befragung im Jahr 2010 sein, ausreichend ist es nicht.

Daneben zeigen die Ergebnisse der Befragung jedoch auch, dass dem Großteil der Studierenden Informationen über die ambulante Praxis – ob in alleiniger Niederlassung oder innerhalb einer Kooperationsform – fehlen: Während sich die Befragungsteilnehmer über die Rahmenbedingungen und Anforderungen der stationären Versorgung zu rund 57 % gut informiert fühlen, verkehrt sich das Bild bei den ambulanten Rahmenbedingungen: hierüber fühlen sich 53 % der Studierenden schlecht informiert.

Tatsächlich absolvieren Medizinstudierende den größeren Teil der praktischen Lehreinheiten in Krankenhäusern. Berücksichtigt man, dass die Befragungsteilnehmer mit über 70 % angeben, als häufig genutzte und als vertrauenswürdig eingestufte Quellen für die Information über die spätere ärztliche Tätigkeit bereits tätige Ärzte ansprechen, erklären sich möglicherweise Informationsstand und ggf. das Image der hausärztlichen Tätigkeit. Dies klingt ebenfalls in den Freitext-Kommentaren an.

²Vgl. Tab. 21. / ³Vgl. Tab. 34. / ⁴Vgl. Tab. 17. / ⁵Vgl. auch weiter unten im Bericht die Tabellen 3 -5, die die Herkunft der Studierenden regional und nach Raumtypen darstellen. / ⁶Vgl. Medizinischer Fakultätentag, Landkarte Hochschulmedizin. / ⁷Vgl. Tab. 35ff. / ⁸Tab. 39ff, Frage 19 / ⁹ Frage 12.

Die Befragungsergebnisse spiegeln jedoch auch die Anerkennung der hausärztlichen Versorgung wider. Bei den Vorstellungen über die hausärztliche Tätigkeit haben die folgenden Statements die höchste Zustimmung erhalten:

- Hausärzte behandeln eine große Bandbreite von Krankheitsbildern (69 %).
- Hausärzte tragen als Fallmanager ihrer Patienten die größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung (84 %).

Ob ein PJ in der Allgemeinmedizin für sie infrage kommt, beantwortet eine leichte Mehrheit der Befragungsteilnehmer mit „ja“ oder „vielleicht“. Insofern kommt einer konsequenten Umsetzung der Reform der Approbationsordnung eine große Bedeutung zu. Diese sieht u. a. vor, dass das Angebot von PJ-Plätzen in der Allgemeinmedizin von den Fakultäten bis zum Jahr 2019 auf 100 % gesteigert werden soll, d. h., theoretisch soll es allen Studierenden möglich sein, einen PJ-Abschnitt in der Allgemeinmedizin zu absolvieren.

FAZIT

Der überwiegende Teil der an der Befragung teilnehmenden Studierenden strebt eine ärztliche Tätigkeit in der Patientenversorgung an. Mithin ist es sinnvoll, die Ausbildung adäquat auf die späteren konkreten Anforderungen der Patientenversorgung zu beziehen. Dazu zählt eine regelhafte Einbeziehung der ambulanten Versorgung und insbesondere der Allgemeinmedizin.

Informationskampagnen im universitären Umfeld sind dabei eine wichtige Maßnahme, bedürfen aber gleichwohl eines Bezugssystems in den Fakultäten selbst. Neben der flächendeckenden akademischen Etablierung der Allgemeinmedizin erscheint eine Reihe von weiteren Interventionen, die die verschiedenen Phasen des Studiums berücksichtigen, sinnvoll zu sein. Dies sind u. a. longitudinale ambulante Blockpraktika oder allgemeinmedizinische Famulaturen wie auch besondere Angebote aus dem Bereich der landärztlichen Medizin. Sie bilden den Kontext für die begonnene Reform des Medizinstudiums hin zu einer höheren Orientierung an der Versorgungspraxis. Denn knapp 70 % der Befragten kann sich eine Tätigkeit im ambulanten Bereich vorstellen, aber über 50 % geben an, über die Rahmenbedingungen einer solchen Tätigkeit schlecht informiert zu sein. Wenn der Informationstransfer – wie von den Studierenden angegeben – ein innerärztlicher ist, sollten zu den Ansprechpartnern ambulant tätige Ärzte und vor allem auch Hausärzte gehören.

Eine weitere wichtige Information ist die Einstellung zur Teamarbeit unter den Nachwuchsmedizinern. Interprofessionelle Kooperationen werden sehr weitgehend vom Sozialgesetzbuch definiert. Für eine künftige Ausgestaltung ist es jedoch wichtig zu wissen, dass sich die kommende Medizinergeneration zu einem großen Teil auf ärztliche Aufgaben im engeren Sinn konzentrieren möchte.

Die Ergebnisse der Medizinstudierendenbefragung geben allen Beteiligten gleichsam Hausaufgaben auf. Das KV-System arbeitet seinerseits daran, eine strukturierte Einbindung von Vertragsarztpraxen in die praktische Ausbildung zu unterstützen. Von Bedeutung ist hier auch das Praktische Jahr als Übergangsjahr in die ärztliche Weiterbildung. Fachgesellschaften und die allgemeinmedizinischen Institute haben (wo sie vorhanden sind) Strukturen rund um die Universitäten aufgebaut.

In dünnbesiedelten Regionen bleibt die Aufgabe, medizinischen Nachwuchs zu gewinnen, anspruchsvoll. Eines der Befragungsergebnisse, der „Heimat“-Effekt, wonach Studierende ganz überwiegend in den Regionen und Bundesländern arbeiten möchten, aus denen Sie stammen, wiegt für dünnbesiedelte Regionen doppelt schwer. Mittelfristig angelegte, gezielte Initiativen und Kooperationen zu einem frühen Zeitpunkt erscheinen für solche Regionen mit einem hohen Nachwuchsbedarf sinnvoll¹⁰. Denn neben dem „Heimataffekt“ sind weitere Faktoren belegt. Erfahrungen aus großen Flächenländern wie USA oder Australien zeigen, dass Studierende, die frühzeitig eine landärztliche Versorgung kennengelernt haben, sich später eher für eine Tätigkeit im ländlichen Raum interessieren.¹¹

Ein gutes Einkommen, geregelte und flexible Arbeitszeiten und Einkommenssicherheit – allesamt in der Befragung mit Werten von jeweils über 80 % als wichtig eingestuft – reichen nicht aus, um künftige Ärztinnen und Ärzte für ländliche Regionen und kleine Ortsgrößen zu gewinnen. Ein weiterer Aspekt ist die von fast allen Studierenden gewünschte Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hierfür sind entsprechende Rahmenbedingungen, wie z. B. Kinderbetreuung, anzubieten.

Die medizinische Versorgung wird selbst als Teil einer lokalen Infrastruktur wahrgenommen, wie Kindergärten, Schulen, mittelständische Unternehmen und Einkaufsmöglichkeiten vor Ort. Insofern fällt Gemeinden, Kommunen und Landkreisen hier die schwierige Aufgabe zu, Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. zu erhalten.

¹⁰ Die Abbildungen 5 ff weiter unten im Bericht weisen die Mobilität der Studierenden aus.

¹¹ Henry JA, Edward BJ, Crotty B: Why do medical graduates choose rural careers? In: Rural and Remote Health 9:1083, 2009; Curran V, Rourke J: The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Medical Teacher, 2004 May, 26 (3), 265-72.

1.

Versorgungsforschung als interdisziplinäres Projekt: Die Perspektive der Universität Trier

Eine zentrale Aufgabe von Universitäten und 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 sehr konkrete Fragen geht – etwa darum, ob und wie die künftige ärztliche Versorgung sichergestellt ist und mit welchen Schwierigkeiten hier zu rechnen ist.

Die Auswahl dieser Probleme basiert natürlich auf Präferenzen 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 der Verwendung ihre Ergebnisse, die der „Minimierung des Leids“ für alle dienen soll. Anders ausgedrückt: Wissenschaft soll einen Beitrag dazu leisten, die Lebensverhältnisse der sie tragenden und alimentierenden Gesellschaft insgesamt zu verbessern. Für Wissenschaft im Sinne von Popper gilt aber auch, dass die eigentliche Forschung nicht nur frei von Werturteilen, Wünschen und Präferenzen zu sein hat, sondern ausschließlich einer überprüfbareren 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 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, das bereits morgen widerlegt sein kann. 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 leistet 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 und der Medizinstudenten 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.

2.

Ausgangslage und Problemstellung

Die wohl bedeutendste sozioökonomische Entwicklung, die auf unsere Gesellschaft zukommt, ist der demographische Wandel: Die Bevölkerung wird insgesamt älter und die Bevölkerungszahl wird abnehmen. Dabei wird diese Entwicklung in ländlichen Regionen früher beginnen als in städtischen Gebieten. Bis zum Jahr 2020 wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands verglichen mit dem heutigen Aufbau wenig ändern – danach aber umso stärker.

Gerade die Versorgung der älteren Patienten wird regional wie auch bundesweit in zunehmendem Maße 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, Gefäß-erkrankungen, 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 als Menschen mit geriatritypischer Multimorbidität definiert, 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.¹²

Das Morbiditätsspektrum unterliegt bereits jetzt einem 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 potentiellem 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.¹³ 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 Selbstständigkeit. 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 Prävention und Gesundheitsförderung bedarf vor allem angesichts der hier nicht ausgeschöpften Potenziale dringend einer Korrektur.“¹⁴ Dabei soll die ambulante Behandlung – soweit wie möglich – Vorrang vor der stationären Therapie haben. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit soll durch geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden.

¹² Vgl. 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>.

¹³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 234.

¹⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 31.

Die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor soll gefördert werden.¹⁵ 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 der Ressourcenbedarf und die 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 erkaufte werden muss“ und die „durch höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre in immer größerem Maße in Krankheit und Behinderung verbracht werden.“¹⁶

Die kurative Medizin ist zwar in zunehmendem Maße 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 die 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.“¹⁷

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 neunziger 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.¹⁸

Welche These längerfristig 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.

Trotz rückläufiger Bevölkerungszahlen werden deshalb die Konsultationszahlen bzw. der Bedarf nach ambulanter und stationärer Behandlung absehbar wohl nicht sinken, sondern eher noch steigen. 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 Angebotsseite und damit auch die Ärzteschaft diesem demographischen Wandel. Die Hälfte

¹⁵ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.) (2009): Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz.

¹⁶ Niehaus, F.: Alter und steigende Lebenserwartung, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006, S. 3 und S. 14.

¹⁷ Niehaus, F.: Alter und steigende Lebenserwartung, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006, S. 14.

¹⁸ Vgl. DZA (Hrsg.): Alterssurvey, Schwerpunkt „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“, 2005, <http://www.bmfsfj.de/BMFSF/Service/Publikationen/publikationen,did=35236.html>.

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 Chefarzdebene. 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 weiter 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 Maße 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. Allerdings stieg die Zahl der Absolventen 2007 wieder auf 9.574 und lag laut Angaben des Statistischen Bundesamtes 2013 bei 16.292. Daneben zeichnet sich ein zweiter Trend inzwischen sehr deutlich ab: Medizin wird weiblich, der Frauenanteil im Medizinstudium liegt mittlerweile bei rund 65 %.

Nun sagen solche Zahlen 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: Steigende Studenten und 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. Bereits bei der ersten Befragung hat sich aber gezeigt, dass viele der künftigen Ärzte später befristet oder auch dauerhaft in Teilzeit arbeiten wollen und daran hat sich auch nichts geändert. Wenn diese Vorstellungen tatsächlich realisiert werden, ist es durchaus fraglich, ob der künftige Wiederbesetzungsbedarf bei freien Arztstellen selbst bei gestiegenen Absolventenzahlen gedeckt werden kann.

3. Berufsmonitoring

Ausbildung und Beruf sind schon aufgrund ihrer Dauer höchst bedeutsame Faktoren in der Biographie. Berufliche Sozialisation trägt wesentlich zur Ausbildung und Verfestigung der persönlichen Identität bei – und dies gilt umso mehr, je länger die Ausbildung dauert und je anspruchsvoller und verantwortungsvoller die spätere Tätigkeit ist, aber auch je mehr Handlungs- und Gestaltungsautonomie sie impliziert.

Gerade der Beruf als Arzt hatte hier lange Zeit eine besondere Position, die ihn 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 Sinne) neben der spirituellen zu den frühesten Formen der Rollendifferenzierung in einfachen Gesellschaften, wenn auch in der Person des Schamanen zunächst in Personalunion ausgeübt, körperliche Heilung und seelisches Heil waren kaum trennbar verwoben. Und auch die moderne Medizin hat diesen Nexus nicht ganz auflösen können, gerade bei an sich 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 entsprechend des bisherigen Selbstverständnisses der Ärzte mehr als reiner Broterwerb und bedarf 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.“¹⁹

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 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. sowie jede Berufsrolle mit einem relativ klar definierten Anforderungsprofil und Zuständigkeitsbereich versehen – richten nicht nur Patienten sehr vielfältige Erwartungen, auch viele der bislang tätigen Ärzte haben ein Standesdenken und Selbstverständnis ihrer Arbeit, das als auch durch die Ärztekammern kodifiziertes 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

¹⁹ Fuchs, Ch.; Gerst, Th.; Medizinethik in der Berufsordnung. <http://www.bundesaerzte-kammer.de/page.asp?his=1.100.1142>

Menschen, die erwerbstätig sind, erleben, ist der Konflikt zwischen diffusen Elternrollen und spezifischen Berufsrollen. Eine Rolle, von der die Kinder legitimerweise (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 hintenanstellt, 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 (also der Vater) der außerfamiliären Erwerbsarbeit nachgeht. In der Vergangenheit wurde dieses Modell ja auch von großen Mehrheiten 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 junge 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 dem 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 sich für den Arztberuf abzeichnet.

Ein attraktives Arbeitsmodell für Frauen, die Arbeit und Familie vereinbaren möchten, ist eine Tätigkeit in Teilzeit. Dies führt allerdings in der Tendenz ebenfalls zu einer Angebotsverknappung, Arbeitskräfte und Vollzeitäquivalente fallen hier auseinander. So zeigte sich beispielsweise, 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%.²⁰

Neben den Aspekten eines Berufes, die prägend sind für die persönliche Identität und 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 dabei grundsätzlich durchaus vielfältig. Ausbildungsadäquate Beschäftigungsmöglichkeiten 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 kehrt sich die Situation gegenwärtig um: Bereits jetzt und künftig in zunehmendem Maße 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 zeichnet sich bereits jetzt ab, 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.

¹⁹ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 231.

„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.“²¹ Man kann hier hinzufügen: Ärzte werden auch ihre Vorstellungen hinsichtlich Arbeitsregion und Arbeitsort besser durchsetzen können.

Noch eine weitere Anmerkung zu den Vorstellungen der von uns befragten Studenten 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 zum Ausdruck kommenden Beschreibungen der Realität tatsächlich zutreffend sind, entscheidend ist vielmehr, dass die betreffenden Studenten 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.“²² Ob also, um hier exemplarisch nur ein Ergebnis zu zitieren, in den Kliniken tatsächlich (noch) ein an Diskriminierung grenzender Umgang mit Ärztinnen durch Vorgesetzte bei Schwangerschaft zu beobachten ist, ist nicht entscheidend. Wesentlich ist, dass Studentinnen 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 – wie einleitend schon angemerkt – 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. Das Berufsmonitoring Ärzte ist deshalb nur ein Baustein eines größeren Untersuchungsdesigns, das auf weitere Gesundheitsberufe ausgeweitet wird. Mit der Pflege, einem Bereich der genauso wichtig ist wie der der ärztlichen Versorgung, haben wir in diesem Jahr begonnen.

²¹ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 231.

²² Thomas, W. I.: *The Child in America*, New York 1932, S. 572.

4.

Die Befragung – Methodik, Feldarbeit und Datenanalyse

Dieses Berufsmonitoring ist als Längsschnittstudie angelegt, wobei immer neue Kohorten von Medizinstudenten befragt werden. Geplant sind Befragungen in regelmäßigen Abständen, wobei wir aktuell von einem Turnus von 4 bis 5 Jahren ausgehen. Die in diesem Band vorgestellten Ergebnisse stammen aus der zweiten Befragungswelle aus dem Jahr 2014.

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 die 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. Zudem sind die Entwicklung des Designs einer solchen Untersuchung und die Koordination der Feldarbeit wesentlich einfacher, wenn man zunächst nur mit einem Partner, also genau einer medizinischen Fakultät kooperiert. Die Befragung an der Universität Mainz hatte – neben der Bedeutung der Ergebnisse insbesondere für Rheinland-Pfalz – damit auch die Funktion einer Pilotstudie für die sich anschließende bundesweite Befragung.

Diese Befragungen wurden als Online-Befragung konzipiert. Zielgruppe waren alle Medizinstudenten der jeweiligen Fakultät, grundsätzlich geplant war damit eine Vollerhebung. Die Information der Studenten erfolgte über einen E-Mail-Verteiler der jeweiligen Fakultät. Die Ausschöpfungsquote hing und hängt damit wesentlich davon ab, wie vollständig und aktuell dieser E-Mail-Verteiler ist. Die Alternative der Ziehung von Adressen aus der Datei des Studentensekretariats mit schriftlichem Anschreiben wurde aus organisatorischen und finanziellen Gründen nicht realisiert. Dieses Design haben wir auch bei der zweiten Welle 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 1. Welle heraus, dass diese Verteiler universitätsabhängig von sehr unterschiedlicher Qualität waren und wir erstens keinerlei Angaben darüber machen können, wie viele eingeschriebene Medizinstudenten 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 2. Welle leider nichts geändert. Um das letztgenannte Problem aber wenigstens zu minimieren, haben sich die Fakultäten bereit erklärt, die Studenten 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.

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 Medizinstudenten an deutschen Universitäten – darstellt. Die Ergebnisse entstammen keiner Zufallsauswahl und können deshalb auch nicht im mathematisch-statistischen Sinn auf die Grundgesamtheit generalisiert werden.²³

Da viele der Fragen der zweiten Welle bereits in der Pilotstudie in Rheinland-Pfalz und in der 1. Welle im Feld eingesetzt worden sind und sich die meisten Fragen als valide erwiesen haben, wurde für die 2. Welle auf einen weiteren Pretest in der Zielpopulation verzichtet. Es fanden aber im Oktober und November 2013 sog. Expertenpretests mit Vertretern der KBV, des MFT, der bvmd und Marburger Bundes statt, die in einigen Modifikationen und Ergänzungen des ursprünglichen Instruments resultierten.

Mitte April 2014 wurden die Dekane der Medizinischen Hochschulen von der KBV postalisch über die geplante Befragung informiert und um Unterstützung bei der Durchführung gebeten.

²³ 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.

Die eigentliche Befragung startete am 23. April 2014, die teilnehmenden Fakultäten haben zu diesem Termin eine entsprechende E-Mail an ihre Medizinstudenten versendet. Ende April hatten bereits rund 8000 Medizinstudenten den Fragebogen beantwortet.²⁴ In einer Nachfassaktion erhielten alle Universitäten am 5. Mai 2014 eine zweite E-Mail.

Die Befragung endete am 18. Mai 2014. Zu diesem Zeitpunkt hatten 11.462 Studenten den Fragebogen (mehr oder weniger) vollständig ausgefüllt.²⁵ Laut Statistischem Bundesamt haben im Jahr 2012 85.009 Personen in Deutschland Medizin studiert²⁶, 75.272 Studenten waren deutsche Staatsbürger. Die Befragung hat mithin 13,5 % der Gesamtpopulation und 14,6 % der deutschen Studenten erreicht.²⁷ 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 Studenten diese E-Mail tatsächlich gelesen haben.²⁸

Das ambitionierte Vorhaben einer Vollerhebung konnte schon aufgrund der bereits genannten Feldprobleme nicht realisiert werden, die Teilnehmerschaft stellt eine selbstselektive Stichprobe dar und ist nicht das Ergebnis einer zufälligen Auswahl. Die Ergebnisse können deshalb auch nicht mit Hilfe inferenzstatistischer Verfahren auf die Grundgesamtheit generalisiert werden, 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.

Für die Datenerfassung wurde die Online-Befragungssoftware „EFS-Survey“ der Firma Questback/Unipark verwendet.²⁹ 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 werden, denn in Anbetracht der Fallzahlen führen auch kleine Abweichungen der Beobachtungswerte von den Erwartungswerten zu signifikanten Ergebnissen. Wir haben deshalb bei den bivariaten Analysen zur besseren Les- und Interpretierbarkeit häufig 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 22. Die Prozentangaben in den Tabellen sind Spaltenprozentwerte.

²⁴ So wie bei allen Online-Befragungen, die wir bislang durchgeführt haben, haben die weitaus meisten Befragten den Fragebogen jeweils in den ersten drei Tagen nach Erhalt der E-Mail ausgefüllt.

²⁵ Die Fragen wurden teilweise sehr selektiv beantwortet, so dass häufig valide Angaben nur für rund 10.000 bis 11.000 Studenten vorliegen.

²⁶ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html>.

²⁷ Wir gehen davon aus, dass sich ausländische Studenten 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 88,5 % der Studenten die deutsche Staatsbürgerschaft, in der Stichprobe dagegen 95,9 %.

²⁸ An unserer eigenen Universität in Trier haben bis zur verbindlichen Einführung von Universitäts-E-Mailadressen für jeden eingeschriebenen Studenten viele Studenten nicht das Angebot unseres Rechenzentrums, sondern Provider wie GMX, Web.de oder Yahoo genutzt – mit teilweise sehr exotischen E-Mail-Adressen.

²⁹ <http://www.unipark.info/1-o-online-befragungssoftware-fuer-studenten-und-universitaeten-unipark-home.html>.

ÜBERBLICK	
Ziel der Befragung	Informationen über Berufsperspektiven der Medizinstudenten und die derzeit wahrgenommenen Hürden für eine spätere ambulante Berufsausübung.
Konzeption, Durchführung, Analyse	Universität Trier
Zeitraum der Online-Befragung	April und Mai 2014
Art der Befragung	Online-Befragung mit Unterstützungsleistung der Dekane bzw. Studiendekane der Medizinischen Fakultäten, Information über E-Mail-Verteiler der Fakultäten.
Link	http://www.unipark.de/uc/medizinstudierende/
Zielgruppe	Alle Medizinstudenten bundesweit
FELDPHASE	
Herbst/Winter 2013	Fragebogenkonferenzen in der KBV unter Mitwirkung von Universität Trier, KBV, MFT, bvmd und Studentenvertretung des Marburger Bundes
Mitte April 2014	Die Dekane der Medizinischen Hochschulen werden postalisch über die Befragung informiert und um Unterstützung bei der Durchführung gebeten.
23.04.2014	Start der Online-Befragung
05.05.2014	Nachfassaktion per E-Mail bei den Dekanaten bzw. Studiendekanaten der Medizinischen Hochschulen, die ihre Unterstützung bis dahin nicht angeboten haben.
18.05.2014	Die Feldzeit endet. Über 11.000 Personen haben an der Befragung teilgenommen.

Die vorliegende Befragung ist im Übrigen nicht nur die bislang umfangreichste quantitative Erhebung in diesem Bereich, sondern auch die größte qualitative. Wir haben – wie schon im Jahr 2010 – eine Fülle von teilweise sehr ausführlichen und reflektierten Kommentaren erhalten, die über 400 Din-A-4 Seiten füllen und überaus deutlich zum Ausdruck bringen, welche Befürchtungen 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.

5. Ergebnisse

5.1 Strukturdaten

Tabelle 1 zeigt, dass Regensburg faktisch gar nicht in der Stichprobe vertreten ist, Bonn und Oldenburg leider nur mit statistisch nicht mehr auswertbaren und interpretationsfähigen Fallzahlen. Ansonsten ist der Rücklauf zufriedenstellend,

so dass wir – wie auch schon in der ersten Welle – für die beteiligten Fakultäten auch standortbezogene univariate Analysen erstellen konnten. Lediglich 34 Studenten haben zu ihrem Studienort keine Angaben gemacht.

Tabelle 1: STUDIENORTE

ORT	UNIVERSITÄT	BUNDESLAND	N	%
Aachen	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule	Nordrhein-Westfalen	302	2,6
Berlin	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Berlin	495	4,3
Bochum	Ruhr-Universität Bochum	Nordrhein-Westfalen	127	1,1
Bonn	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn	Nordrhein-Westfalen	28	0,2
Dresden	Technische Universität Dresden	Sachsen	72	0,6
Düsseldorf	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen	585	5,1
Erlangen	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	Bayern	312	2,7
Essen	Universität Duisburg-Essen	Nordrhein-Westfalen	348	3,0
Frankfurt/Main	Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main	Hessen	428	3,7
Freiburg	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	Baden-Württemberg	620	5,4
Gießen	Justus-Liebig-Universität Gießen	Hessen	318	2,8
Göttingen	Georg-August-Universität Göttingen	Niedersachsen	414	3,6
Greifswald	Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	Mecklenburg-Vorpommern	344	3,0
Halle (Saale)	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Sachsen-Anhalt	216	1,9
Hamburg-Eppendorf	Universität Hamburg	Hamburg	529	4,6
Hannover	Medizinische Hochschule Hannover	Niedersachsen	394	3,4
Heidelberg	Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg	Baden-Württemberg	534	4,7
Homburg	Universität des Saarlandes	Saarland	256	2,2
Jena	Friedrich-Schiller-Universität Jena	Thüringen	131	1,1
Kiel	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel	Schleswig-Holstein	384	3,4
Köln	Universität zu Köln	Nordrhein-Westfalen	333	2,9
Leipzig	Universität Leipzig	Sachsen	166	1,4
Lübeck	Universität zu Lübeck	Schleswig-Holstein	283	2,5
Magdeburg	Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	Sachsen-Anhalt	286	2,5
Mainz	Johannes Gutenberg-Universität Mainz	Rheinland-Pfalz	307	2,7
Mannheim	Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg	Baden-Württemberg	29	0,3
Marburg	Philipps-Universität Marburg	Hessen	368	3,2
München (TU)	Technische Universität München	Bayern	347	3,0
München (LMU)	Ludwig-Maximilians-Universität München	Bayern	721	6,3
Münster	Westfälische Wilhelms-Universität	Nordrhein-Westfalen	440	3,8

ORT	UNIVERSITÄT	BUNDESLAND	N	%
Oldenburg	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	Niedersachsen	17	0,1
Regensburg	Universität Regensburg	Bayern	2	0,01
Rostock	Universität Rostock	Mecklenburg-Vorpommern	237	2,1
Tübingen	Eberhard Karls Universität Tübingen	Baden-Württemberg	434	3,8
Ulm	Universität Ulm	Baden-Württemberg	215	1,9
Witten-Herdecke	Universität Witten/Herdecke	Nordrhein-Westfalen	76	0,7
Würzburg	Julius-Maximilians-Universität Würzburg	Bayern	330	2,9
Keine Angabe			34	0,3
N			11.462	100,0

Abbildung 1: STANDORTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN



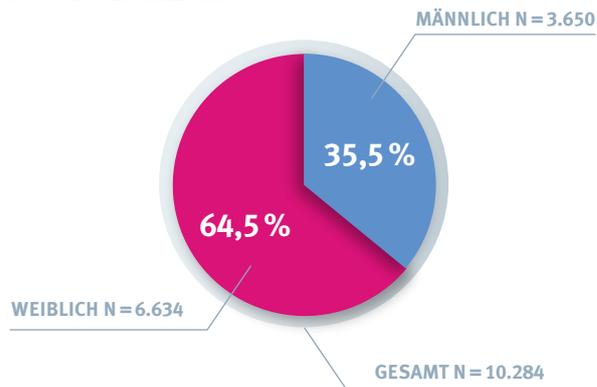
Abbildung 1 zeigt die Studienorte mit Regel- und Modellstudiengängen (Näheres dazu findet sich in Kapitel 4.2 Studium).

Quelle: Medizinischer Fakultätentag MFT

Medizin wird wie einleitend erwähnt weiblich. Das Medizinstudium ist für Frauen offenkundig deutlich attraktiver als viele andere Studiengänge. Bezogen auf alle Medizinstudenten waren 2012 60,7% bezogen auf die Studenten mit deutscher Staatsangehörigkeit 61,9% Frauen, ausweislich der 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks aus dem Jahr 2012 beträgt der Frauenanteil in allen Studiengängen dagegen nur 47%. Hinsichtlich dieses wichtigen Strukturmerkmals entspricht die Stichprobe der Grundgesamtheit recht gut (**Frage 38**).

Das Alter der Befragten schwankt zwischen 18 und 56, das Durchschnittsalter beträgt 24,9 Jahre, der Median und Modus jeweils 24 (**Frage 39**). Hier gibt es keine Abweichungen vom Altersdurchschnitt aller Studenten in Deutschland, der bei 24,4 Jahren liegt. Die befragten Studenten haben – entsprechend ihres Alters – zwischen 1965 (N = 1) und 2014 die allgemeine Hochschulreife erworben, die große Masse zwischen 2007 und 2013 (Modus und Median und arithmetisches Mittel 2009).

Tabelle 2: GESCHLECHT



Rund 96% der Teilnehmer der Befragung haben die deutsche Staatsbürgerschaft (**Frage 41**). Entsprechend der Bevölkerungszahlen der Bundesländer stammen die weitaus meisten Studenten aus Westdeutschland (**Tabelle 3**), ein Drittel aus ländlichen Gegenden (**Tabelle 4**).³⁰

Tabelle 3: HERKUNFTSBUNDESLAND

	%	BUNDESLAND	N	%
Süddeutschland	30,1	Baden-Württemberg	1.564	16,4
		Bayern	1.306	13,7
		Hessen	659	6,9
Westdeutsche Flächenstaaten	49,9	Niedersachsen	879	9,2
		Nordrhein-Westfalen	2.365	24,8
		Rheinland-Pfalz	393	4,1
		Saarland	138	1,4
		Schleswig-Holstein	322	3,4
Ostdeutschland	12,2	Brandenburg	255	2,7
		Mecklenburg-Vorpommern	220	2,3
		Sachsen	267	2,8
		Sachsen-Anhalt	201	2,1
		Thüringen	223	2,3
Stadtstaaten	7,8	Berlin	407	4,3
		Bremen	83	0,9
		Hamburg	250	2,6
N			9.532	100,0

³⁰ Alle Angaben zum Herkunftsort (Wohnortgröße, Bundesland, Region) haben wir aus der Postleitzahl des Wohnortes abgeleitet.

Abbildung 2: HERKUNFTSLÄNDER DER STUDENTEN

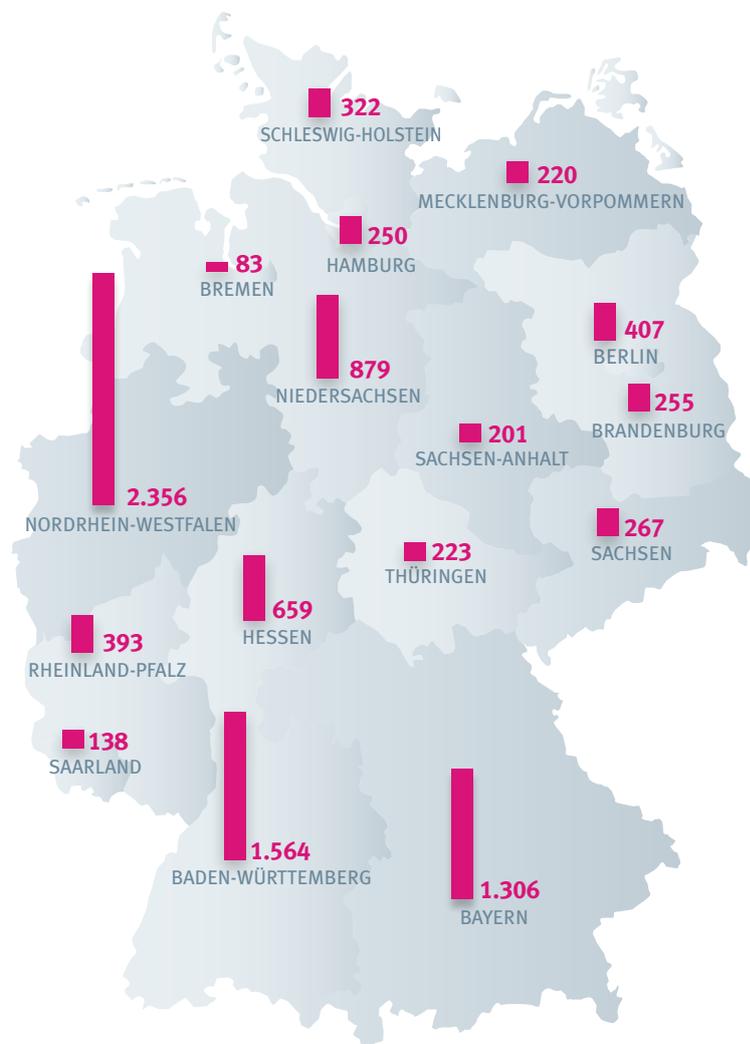


Tabelle 4: HERKUNFTSORT, GRÖSSE

	%	EINWOHNER	N	%
Dorf	14,3	bis 2.000	683	7,2
		2.000 bis 5.000	683	7,2
Kleinstadt	7,6	5.000 bis 10.000	724	7,6
Mittelstadt	38,1	10.000 bis 50.000	2.737	28,7
		50.000 bis 100.000	891	9,3
Großstadt	20,7	100.000 bis 500.000	1.974	20,7
Metropole	19,3	500.000 oder mehr	1.839	19,3
		N	9.531	100,0

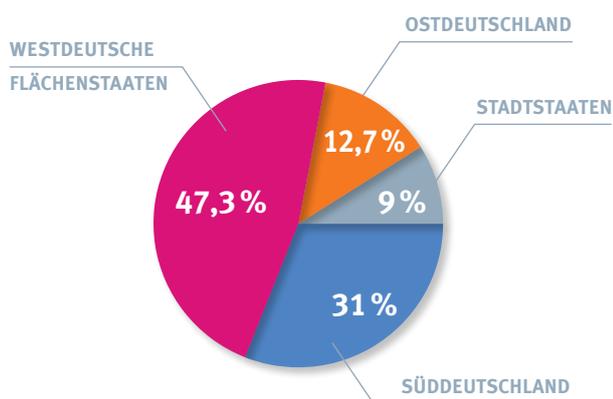
Tabelle 5: HERKUNFTSBUNDESLAND

Studienregion	HERKUNFTSREGION			
	Süddeutschland	Westdeutschland	Ostdeutschland	Stadtstaaten
Süddeutschland	73,2	14,3	8,2	12,7
Westdeutschland	18,1	74,5	22,0	28,2
Ostdeutschland	5,0	5,7	58,6	14,3
Stadtstaaten	3,7	5,6	11,2	44,7
N	2.867	4.753	1.164	740

N = 9.524, Sig. = .000, Cramer's V = .505

Wir haben die Studienorte analog zu den Herkunftsländern zu Regionen zusammengefasst. 31% der Befragten studieren in Süddeutschland, 47,3% in westdeutschen Flächenstaaten, 12,7% in Ostdeutschland und 9,0% in den Stadtstaaten.

Tabelle 5.1: STUDIENORTE/HERKUNFTSBUNDESLAND



Die Tabellen zeigen die drei schon in der letzten Befragung deutlich gewordenen Trends, die sich allmählich zu stabilen Mustern verfestigen:

1. Die Studenten studieren heimatnah, die anteilig jeweils größten Gruppen haben ihre Herkunftsregion für das Medizinstudium nicht verlassen. Sie studieren mehrheitlich entweder in ihrem Heimatbundesland oder an Universitäten in der Nähe ihres Wohnortes außerhalb ihres Heimatbundeslandes (für Bremen und Brandenburg – jeweils ohne eigene Universität mit einem Medizinstudiengang – lässt sich dies sehr gut zeigen: 66,3% der Bremer Studenten studieren in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen, 76,1% der Brandenburger Studenten in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen.
2. Studenten aus den Stadtstaaten 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 Studenten aus der ehemaligen Bundesrepublik eher unattraktiv und es studieren vergleichsweise nur wenige Personen aus den (allesamt nördlich gelegenen) Stadtstaaten in Süddeutschland. Welche Implikationen diese offenkundige Heimatverbundenheit für die spätere Wahl von Arbeitsorten hat, werden wir in einem der folgenden Kapitel darstellen.

5.2 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 1,1 liegt oder ein entsprechend anrechenbarer Schul- oder Berufsausbildungsabschluss. Der 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 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 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.

Gut ein Drittel der Studenten befindet sich im ersten Teil des Studiums (1. bis 4. Semester), die Hälfte im klinischen Teil (5. bis 10. Semester) und 16% in der Abschlussphase (11. Semester oder mehr, Frage 2). Dieser formalen, an Semesterzahlen orientierten Einteilung entspricht die Eingruppierung in Studienabschnitte durch die Studenten selbst nach Vorklinik, Klinik, Famulatur oder PJ (Frage 4).

Tabelle 6: SEMESTERZAHL

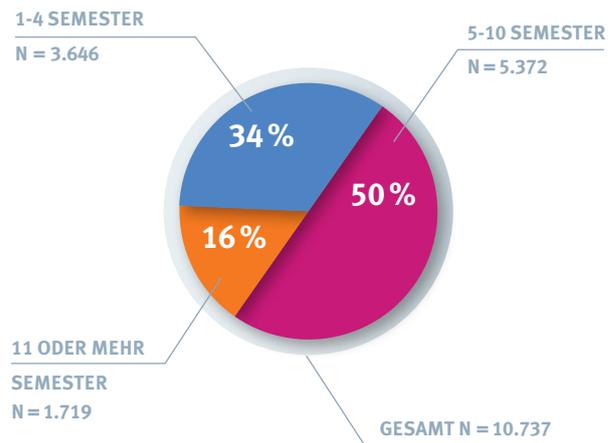
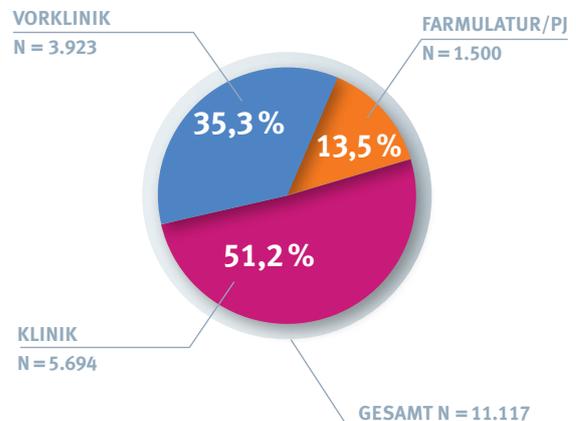


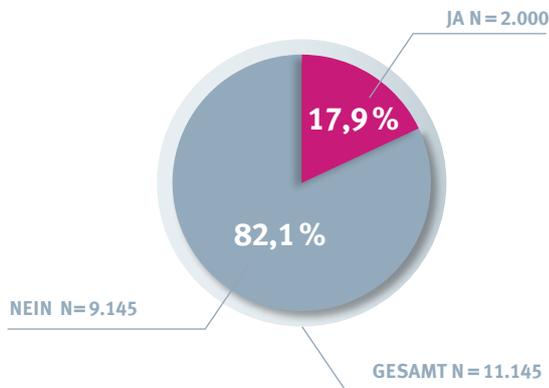
Tabelle 7: STUDIENABSCHNITT



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 wollen die Studenten zu einem früheren Zeitpunkt im Studium auch praktisch ausbilden.

Knapp ein Fünftel der befragten Studenten studiert in einem Modellstudiengang (Frage 3). Studenten in Modellstudiengängen befinden sich erwartungsgemäß im Vergleich zu ihren Kommilitonen in herkömmlichen Studiengängen häufiger in niedrigeren Semestern und sind auch entsprechend jünger. Die Anteile von Frauen und Männern unterscheiden sich dagegen nicht.

Tabelle 8: MODELLSTUDIENGANG



Ein Fünftel der Befragten ist aufgrund der Abiturnote direkt zum Studium zugelassen worden, die Hälfte durch Auswahlverfahren der Universität und ein Viertel durch Wartezeiten oder sonstige Zulassungen, wobei häufig Losverfahren, Zweitstudium, Nachrückverfahren, ein Quereinstieg und Härtefallregelungen genannt wurden. Zudem haben sich auch einige Studenten eingeklagt (Frage 6).

Tabelle 9: ZULASSUNG ZUM STUDIUM

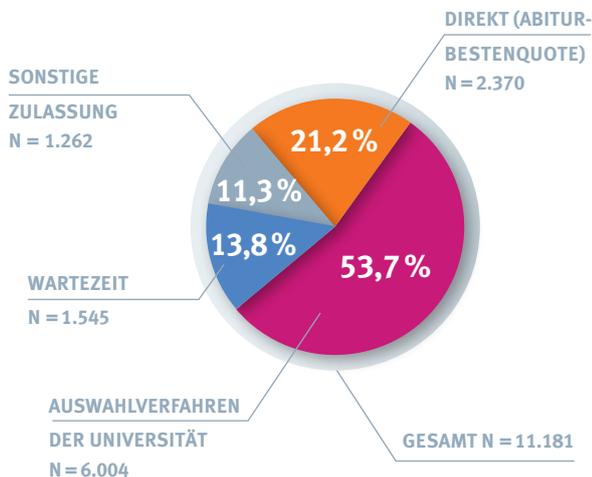
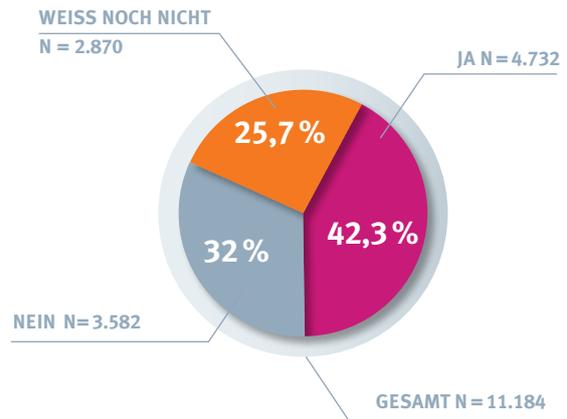


Tabelle 10: VORAUSSICHTLICHE STUDIENDAUER: ABSCHLUSS DES STUDIUMS IN DER REGELSTUDIENZEIT?



Diese drei Gruppen (Abiturbestenquote, Auswahlverfahren und Wartezeit oder sonstige Zulassung) unterscheiden sich erwartungsgemäß signifikant hinsichtlich ihres Alters. Während das Durchschnittsalter bei Studenten, die direkt oder über Auswahlverfahren der Universität zugelassen wurden, rund 24 Jahre beträgt, liegt dies bei Studenten, die auf anderen Wegen zugelassen wurden, bei rund 29 Jahren. Zudem sind anteilig mehr Frauen (23,1%) als Männer (16,9%) über die Abiturbestenquote zugelassen worden.

Das Studium der Medizin ist sehr zeit- und lernaufwendig und es stellt sich (auch) in der politischen Diskussion immer wieder die Frage nach der Studiendauer und der Bemessung von Regelstudienzeiten. Von den befragten Studenten selbst rechnet weniger als die Hälfte damit, dass Studium in der Regelstudienzeit abschließen zu können (Frage 5).

Die Art der Zulassung zum Studium spielt bei der Einschätzung dieser Frage keine Rolle, in allen drei Gruppen rechnen rund 42% damit, ihr Studium in der Regelstudienzeit abschließen zu können. Auch das Geschlecht hat keinen allzu starken Einfluss – die Männer sind mit einem Anteil von rund 46% etwas zuversichtlicher als die Frauen, die nur zu 41% glauben, in der Regelstudienzeit den Abschluss zu schaffen.

Erwartungsgemäß ist aber der Studienabschnitt von Bedeutung. Studenten höherer Semester sind zuversichtlicher, mit der Regelstudienzeit auszukommen als Studenten im vorklinischen Teil des Studiums. Diese sind dagegen am häufigsten noch unsicher, ob sie es schaffen werden, aber nur ein gutes Zehntel rechnet in dieser Phase des Studiums bereits ausdrücklich damit, die Regelstudienzeit zu überschreiten.

Zudem scheint auch der Studienort – mithin also die jeweilige Fakultät – von Bedeutung zu sein. Es ist zumindest auffällig, dass Studenten an süddeutschen, also bayrischen und baden-württembergischen Universitäten signifikant häufiger skeptisch sind, ob sie das Studium in der Regelstudienzeit absolvieren können.

Tabelle 11: VORAUSSICHTLICHE STUDIENDAUER UND STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

Regelstudienzeit?	STUDIENABSCHNITT		
	Vorklinik	Klinik	Famulatur/PJ
Ja	35,8	46,2	44,2
Nein	12,6	39,6	54,6
Weiß ich noch nicht	51,6	14,2	1,2
N	3.920	5.689	1.499

N = 11.108, Sig. = .000, Cramer's V = .337

Tabelle 12: STUDIENDAUER UND STUDIENREGION (ANGABEN IN PROZENT)

Regelstudienzeit?	STUDIENREGION			
	Süddeutschland	Westdeutschland	Ostdeutschland	Stadtstaaten
Ja	37,2	44,2	45,8	45,3
Nein	34,5	30,5	30,4	34,0
Weiß ich noch nicht	28,4	25,3	23,8	20,7
N	3.472	5.310	1.416	976

N = 11.174, Sig. = .000, Cramer's V = .054

5.3 Vorerfahrungen im medizinischen Bereich

Die Hälfte der Befragten hat 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% haben Eltern oder andere Verwandte, die selbst auch Mediziner sind oder waren (**Frage 9**). Fasst man alle diese Angaben zusammen, dann haben insgesamt 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. Im Vergleich zu der ersten Befragung sind diese Strukturen sehr stabil geblieben – die Verteilungen unterscheiden sich kaum.

Das bedeutet, dass die große Mehrheit der Studenten durchaus nicht unvorbereitet ein Medizinstudium aufgenommen, sondern konkrete Vorstellungen davon entwickelt hat, was ein Studium der Medizin und eine Tätigkeit als Arzt 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 weiterhin leichte Unterschiede (44% bei den Männern vs. 38% bei den Frauen).

Im Vergleich zur letzten Befragung bestehen immer noch Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den Vorerfahrungen insgesamt, allerdings sind diese nunmehr weniger deutlich. Bestand im Jahr 2010 noch eine Differenz von 17 Prozentpunkten (Männer 85%, Frauen 68%), so beträgt diese nun nur noch 12 Prozentpunkte (Männer 79%, Frauen 67%). Die Abschaffung des Pflichtdienstes für Männer macht sich hier bereits bemerkbar. 2010 hatten 71% der Männer und 48% der Frauen praktische Erfahrungen vor Beginn des Studiums gesammelt. 2014 waren es nur noch 61% der Männer und 45% der Frauen. Man sieht hier, dass die Werte bei den Frauen vergleichsweise stabil, bei den Männern aber rückläufig sind.

Tabelle 13: VORERFAHRUNGEN MIT DEM MEDIZINISCHEN BEREICH

	N	%	BERUFSVERERBUNGS- QUOTE %	VORERFAHRUNGEN INSGESAMT %
Praktische Erfahrungen vor Studium	5.603	50,7		71,3
Eltern sind Mediziner	2.651	24,1	40,0	
Andere Verwandte sind Mediziner	3.358	30,5		
Möglichkeit der Praxisübernahme	1.527	13,9		

Tabelle 14: VORERFAHRUNGEN UND ZULASSUNG ZUM STUDIUM (ANGABEN IN PROZENT)

VORERFAHRUNGEN	DIREKT (ABITURBESTENQUOTE)	AUSWAHLVERFAHREN	WARTEZEIT
Ja	59,3	68,1	88,7
Nein	40,7	31,9	11,3
N	2.319	5.896	2.733

N = 10.938, Sig. = .000, Cramer's V = .234

Tabelle 15: VORERFAHRUNGEN IM MEDIZINISCHEN BEREICH

	N	%
Zivildienst, FSJ, Praktikum	2.684	50,7
Rettungsdienst	943	17,8
Pflegeausbildung	777	14,7
Sonstige medizinische Ausbildung (z. B. MFA)	496	9,4
Sonstige	394	7,4
N	5.294	100,0

Tabelle 16: VORERFAHRUNGEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH
FSJ, Praktikum	47,4	27,4
Rettungsdienst	12,3	25,4
Zivildienst	1,3	28,3
Pflege	19,0	9,4
Sonstige med. Ausbildung	12,6	5,3
Sonstige	7,4	4,2
N	2.835	2.141

N = 4.976, Sig. = .000, Cramer's V = .468

Bei der Berufsvererbungsquote unterscheiden sich die Studenten, die auf verschiedenen Wegen zum Studium zugelassen wurden, nicht – die Quote beträgt in allen Fällen rund 40%. Sehr deutliche Unterschiede bestehen aber bei den Vorerfahrungen insgesamt. Studenten, die erst nach einer Wartezeit zum Studium zugelassen wurden, weisen deutlich häufiger Vorerfahrungen im medizinischen Bereich auf.

Dies ist wiederum darauf zurückzuführen, dass Studenten mit Wartezeiten oder sonstigen Zulassungen vor ihrem Studium signifikant häufiger als die anderen einen Dienst oder eine Ausbildung absolviert haben (79,2% vs. 45,8% durch Auswahlverfahren und 29,5% durch Abiturbestenquote). Wir haben diese Vorerfahrungen entsprechend der offenen Nennungen in Frage 10 kategorisiert und unterscheiden zwischen einer Ausbildung in der Pflege (Altenpflege, Krankenpflege und

Kinderkrankenpflege), einer sonstigen Ausbildung im medizinischen Bereich (MFA, PTA, OTA, Physiotherapie u. ä.), einer Ausbildung im Rettungsdienst, Zivildienst, FSJ oder Praktikum und sonstigen Erfahrungen. Wenn Studenten mehrere Vorerfahrungen aufweisen – etwa neben bzw. nach dem FSJ oder Zivildienst eine Ausbildung – haben wir die höherwertige verwendet, um Doppelzählungen zu vermeiden.

Zwischen Männern und Frauen bestehen bei dieser Frage deutliche Unterschiede (wir haben für diese Tabelle zwischen Zivildienst einerseits und FSJ und Praktika andererseits unterschieden). Männer haben Erfahrungen insbesondere im Rettungsdienst, Zivildienst und während eines FSJ gemacht, letzteres aber anteilig deutlich seltener als die Frauen. Diese haben zudem deutlich häufiger als die Männer eine Pflegeausbildung oder sonstige Ausbildung im medizinischen Bereich.

5.4 Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit

Neu in der Befragung 2014 ist ein Fragenblock (**Frage 16**), in dem wir – bezogen auf die spätere Wahl eines bestimmten Fachgebiets – Erwartungen und Bewertungen erhoben haben, die sich auf das Jobprofil, Einkommenserwartungen, das Verhältnis von Arbeit, Familie und Freizeit und das Berufsprestige beziehen. Die quantitative Bedeutung dieser Faktoren ist recht unterschiedlich, in einigen Fällen haben wir nahezu Konstanten abgefragt, in anderen Fällen besteht deutlich mehr Varianz. Das Thema „Einkommen“ haben wir bereits 2010 intensiver untersucht und in der vorliegenden Welle dazu nur eine Frage gestellt. Die künftigen Ärzte erwarten

ein ihrer Tätigkeit und insbesondere der damit verbundenen Verantwortung und zeitlichen Belastung angemessenes Einkommen, wobei die Referenzgruppe zu Recht nicht die Bevölkerung insgesamt (und damit das deutsche Durchschnittseinkommen) ist, sondern andere Akademiker: „Im Vergleich mit dem Durchschnitt mögen Ärzte gut verdienen, vergleiche ich die Verdienste allerdings mit Freunden, die einen weitaus einfacheren Weg durchgemacht haben (Schule, Studium) und jetzt weniger Arbeitsbelastung haben als die meisten mir bekannten Ärzte, fühlt man sich nicht gerecht behandelt“ (vgl. ausführlicher dazu die Ergebnisse der 1. Welle).

Tabelle 17: ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

IN KLAMMERN N	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Familie und Beruf gut vereinbaren (10.806)	94,7	69,3	25,5	4,5	0,7
Auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu sein (10.819)	94,4	50,0	44,4	5,5	0,2
Abwechslungsreicher Arbeitstag (10.810)	92,4	43,0	49,4	7,4	0,2
Geregelte Arbeitszeiten (10.796)	84,1	39,7	44,4	14,5	1,5
Arbeitszeiten flexibel gestalten (10.805)	83,8	45,9	37,9	14,6	1,6
Gute Verdienstmöglichkeiten (10.796)	82,2	27,9	54,3	16,6	1,2
Möglichkeiten der Kinderbetreuung während der Weiterbildung (10.792)	80,9	44,8	36,1	14,9	4,2
Behandeln eines breiten Spektrums an Krankheiten im Beruf (10.804)	74,1	24,4	49,7	24,9	1,0
Neben der Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen (10.794)	72,1	22,2	49,9	23,7	4,2

Fortsetzung Tabelle 17: ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

IN KLAMMERN N	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Arbeiten in Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen (10.798)	63,6	15,4	48,2	34,7	1,7
Tätigkeit in eigener Praxis (10.768)	60,3	21,1	39,2	33,4	6,3
Arbeiten in Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe (10.776)	50,7	10,8	39,9	44,5	4,8
Positive Wahrnehmung des Fachgebietes in der Medizin (10.817)	38,7	5,1	33,6	47,4	13,9
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien (10.806)	35,4	10,8	24,6	48,3	16,4
Positive Darstellung des Fachgebietes in Medien (10.817)	22,6	2,6	20,0	53,5	4,2

Wir haben die Items aus **Frage 16** mit Hilfe einer Faktorenanalyse (genau: einer Hauptkomponentenanalyse) analysiert und verdichtet. Mit dieser Analyse können die den Fragen zugrunde liegenden Einstellungen (oder „Faktoren“) identifiziert werden. Wenn Items zu einem Faktor gehören und eine bestimmte Einstellung repräsentieren, dann sollten sie auf den jeweiligen Faktor „laden“, d. h. hoch mit ihm 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 fünf zentrale Faktoren identifiziert, nämlich Familie und Freizeit, Berufsprestige und Einkommen, Teamorientierung, Abwechslung im Beruf und Wissenschaftsorientierung. Dabei ist der Faktor Familie ist für 87,8% wichtig und damit mit Abstand auch der bedeutsamste, Prestige und Einkommen dagegen werden nur von einem guten Drittel als wichtig eingestuft.³¹

³¹ Die Items, die die jeweiligen Faktoren repräsentieren wurden zur Ermittlung eines globalen Skalenwertes addiert, durch die Gesamtzahl der Nennungen geteilt und gerundet. Die so errechneten Zahlen haben die gleiche Dimension wie die Ausgangsskala im Fragebogen (von „sehr wichtig“ bis „unwichtig“).

Tabelle 18: ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN UND FAKTORLADUNGEN

WIE WICHTIG IST ES IHNEN BEI DER WAHL FÜR EIN FACHGEBIET, ...	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
	FAMILIE UND FREIZEIT	BERUFS- PRESTIGE UND EINKOMMEN	TEAM- ORIENTIE- RUNG	ABWECHS- LUNG IM BERUF	WISSEN- SCHAFT
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	.813				
Arbeitszeiten flexibel gestalten zu können	.805				
Geregelte Arbeitszeiten zu haben	.757				
Dass Möglichkeiten der Kinderbetreuung während der Weiterbildung bestehen	.692				
Dass ihr Fachgebiet in den Medien positiv dargestellt werden		.878			
Gute Verdienstmöglichkeiten zu haben		.450			
Im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten			.819		
Im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten			.761		
Im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln				.806	
Einen abwechslungsreichen Arbeitstag zu haben				.753	
An Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein					.700
In Ihrem Fachgebiet auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu sein					.624

Die Items, Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .818, Sig. Bartlett; .000³²

Bei der Bedeutung dieser Faktoren bestehen teilweise durchaus deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Beiden Geschlechtern gleich wichtig ist die Abwechslung im Beruf. Frauen sind geringfügig teamorientierter und (auf insgesamt hohem Niveau) deutlich stärker an Familie und Teilzeitarbeit interessiert. Männer legen mehr Wert auf Prestige und Einkommen und sind stärker wissenschaftsorientiert. Ergebnisse der ersten Welle, wonach Männer stärker an einer Karriere interessiert sind als Frauen (die sich auch mit anderen Befunden der geschlechtsdifferenzierten

Arbeitsmarkt und Berufsforschung decken), werden hier mit anderen Indikatoren repliziert. Studenten mit stärkerer Wissenschaftsorientierung sind deutlich häufiger als die Vergleichsgruppe interessiert an einer angestellten Tätigkeit im Krankenhaus (81,1% vs. 70,1%) oder in der Forschung (36,1% vs. 5,6%) und seltener an einer Niederlassung als Hausarzt (31,1% vs. 44,5%). Dahinter steht offenkundig die Vorstellung, dass eine wissenschaftlich interessante und anspruchsvolle medizinische Tätigkeit in der Forschung (was nicht überraschend ist) und im Krankenhaus, (eher) nicht aber

³² Der „Bartlett-Test auf Sphärizität“ prüft auf der Grundlage der Korrelationskoeffizienten in der Stichprobe die Hypothese, dass die Werte der Korrelationskoeffizienten in der Grundgesamtheit gleich 0 sind und kein Zusammenhang zwischen den Items besteht. Da der Wert mit .000 hoch signifikant ist, kann davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang zwischen den Items besteht. Das KMO-Maß gibt an, wie gut die Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse geeignet ist. Es kann Werte von 0 bis 1 annehmen, wobei 0 eine Nichteignung anzeigt und Werte ab 0,5 als brauchbar für eine Faktorenanalyse gelten. Wir haben für die vorliegende Analyse Faktorladungen ab .4 akzeptiert, soweit diese inhaltlich sinnvoll interpretiert werden konnten, was bei der Wichtigkeit guter Verdienstmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Wichtigkeit des Berufsprestiges der Fall war. Vgl. zu Hauptkomponentenanalyse Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R.: Multivariate Analysemethoden, 12. Auflage, Heidelberg 2008, S.323-387.

in der hausärztlichen Praxis zu erwarten ist. Letztere Erwartung spiegelt sich auch in Einschätzungen der hausärztlichen Tätigkeit als wenig interessant und abwechslungsreich, bei der man nur mit einem engem Krankheits- und Behandlungsspektrum rechnen kann (**Frage 26**), die insbesondere von Studenten mit ausgeprägter Wissenschaftsorientierung geteilt wird. Hier ist Aufklärungsarbeit durchaus notwendig und sinnvoll, denn beide Vorstellungen sind in der extremen Zuspitzung – das Krankenhaus als Hort der Wissenschaft mit einer großen Bandbreite an interessanten Krankheitsfällen und der Hausarzt, der mit einfachsten Mitteln banale Krankheiten behandelt – falsch und werden der differenzierten Berufswirklichkeit nicht gerecht.

Der Studienabschnitt hat auf die Wichtigkeit dieser Faktoren keinen Einfluss – mit zwei Ausnahmen, die für die spätere Tätigkeit aber von erheblicher Bedeutung sind: Familie und geregelte Arbeitszeiten sind für 83,4% der Studenten im vorklinischen Teil und für 91,6% im PJ wichtig. Wir weisen hier nochmals auf die hohe Bedeutung des Angebots einer Kinderbetreuung in der Weiterbildung hin. Die Wissenschaftsorientierung sinkt dagegen von 62,2% auf 48,2%, was insbesondere dem stark nachlassenden Interesse der Teilnahme an Studien geschuldet ist. Man will bei der Behandlung auf dem Stand der Forschung sein, sich aber in der Berufspraxis, die eindeutig kurativ orientiert ist, nicht (unbedingt) an Studien beteiligen. Dies ist nur das Interesse einer Minderheit von gut 30%.

Tabelle 19: ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT: FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT)

IN KLAMMERN N	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Familie und Freizeit (10.727)	87,8	38,7	49,1	11,4	0,8
Abwechslung im Beruf (10.789)	75,5	20,3	55,3	24,1	0,4
Wissenschaftsorientierung (10.801)	54,5	9,9	44,6	42,8	2,7
Teamorientierung (10.825)	46,3	7,2	39,2	49,4	4,3
Prestige und Einkommen (10.763)	34,1	1,8	32,2	58,1	7,8

Tabelle 20: WICHTIGKEIT DER FAKTOREN ZU BERUFSERWARTUNGEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

FAKTOR	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ WEIBLICH-MÄNNLICH
Familie und Freizeit*	93,1	78,7	14,4
Abwechslung im Beruf	75,2	75,8	-0,6
Wissenschaftsorientierung*	50,3	60,8	-10,5
Teamorientierung*	47,3	44,5	2,8
Prestige und Einkommen*	30,2	40,2	-10

*Hochsignifikanter Unterschied

5.5 Beruf und Familie

Wie eben bereits dargestellt, ist es für insgesamt rund 95 % der Befragten wichtig ist, Familie und Beruf gut miteinander vereinbaren (**Frage 16**) und entsprechend flexibel bei den Arbeitszeiten sein zu können - auch hier zeigen sich keinerlei Veränderungen zur ersten Befragung 2010, im Gegenteil. Wir haben das Thema Arbeitszeit zwar nicht mehr so explizit angesprochen wie 2010, gleichwohl aber mit über 1.000 Eintragungen eine Fülle teilweise sehr deutlicher und reflektierter Kommentare zu dem Themenkomplex Arbeitszeit-Freizeit, Beruf und Familie erhalten. Medizin ist inzwischen mehrheitlich weiblich, aber es sind nicht nur die Frauen – wie man vielleicht vermuten würde – denen dies ein Anliegen ist. Zwischen den Geschlechtern gibt es vielmehr nach wie vor kaum einen Unterschied, 96 % der Frauen und 92 % der Männer legen Wert auf ein ausgeglichenes Verhältnis von Arbeit und Familienleben. Dieses Thema wird in der Diskussion inzwischen 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 Studenten 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 37** zeigen, bei der dieses Thema erneut immer wieder angesprochen wurde und großen Raum einnahm. Typische Kommentare waren z. B.:

„Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Frauen (mehr Betreuungsmöglichkeiten, Kitas, etc), mehr Männer in Elternzeit“

„Im Bereich Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen muss noch einiges getan werden. An das Krankenhaus angeschlossene Kinderbetreuung wäre sinnvoll.“

„Kinderbetreuung sicherstellen, sodass Familie und Beruf gut vereinbar sind! - Teilzeitarbeit ermöglichen und

sicherstellen, sodass Mütter ihrer ärztlichen Tätigkeit auch nachgehen können dürfen!“

„Ich wünsche mir für die Zukunft: Vereinbarkeit von Berufsleben und Familienplanung (Möglichkeiten der passageren Halbtagsstelle, Angestelltenverhältnisse in Praxen, unbefristete Verträge, Kinderbetreuung).“

„Als Berufseinsteigerin ist für mich neben dem Klima in der Klinik (Umgang miteinander!!) der wichtigste Faktor die Verträglichkeit von Beruf und Familie/Freizeit. Vielleicht nicht direkt bei der ersten Stelle, aber sobald Nachwuchs auf dem Weg ist. Generell sind für mich geregelte Arbeitszeiten, keine Zwangsüberstunden, Schaffbarkeit des Arbeitsalltags in 8 Stunden viel wichtiger als mehr Gehalt.“

„Das Arbeiten im Krankenhaus sollte viiiiiiel kinderfreundlicher werden! Es studieren zum Großteil Frauen Medizin und es ist nur in den wenigsten Fachgebieten erwünscht, Mitarbeiter als Teilzeitkraft einzustellen. Es geht nicht nur (schon auch!) um den Umfang der Kinderbetreuung, sondern vor allem um die Flexibilität der Mütter.“

„Ich würde mir wünschen, dass es besser möglich wird Beruf und Familie zu vereinbaren. Dazu gehören flexible Arbeitszeiten, weniger Überstunden, die Möglichkeit Teilzeit zu arbeiten, einen einfachen Wiedereinstieg in den Beruf und ein gutes Betreuungsangebot für Kinder an den Kliniken. Auch wäre es wünschenswert, wenn es auch in Bereichen wie der Chirurgie möglich ist und vor allem besser angesehen, wenn eine Frau in den Mutterschutz geht (oder auch Männer in Elternzeit) und dies nicht ihre Karrieremöglichkeiten zerstört. Ich werde genau aus diesen Gründen nicht die Chirurgie wählen, obwohl dort meine Interessen liegen. Doch ich habe gesehen, dass es dort zurzeit nicht möglich ist Familie und Karriere zufriedenstellend zu vereinbaren.“

„Es studieren mittlerweile mehr Frauen als Männer Medizin und das sollte auch in den Krankenhäusern berücksichtigt werden. Es fehlen meiner Ansicht nach angeschlossene Kita-Plätze sowie Teilzeit bzw. 3/4-Stellen. Andere Länder sind hier schon ein bisschen weiter und bieten mehr Möglichkeiten an. Ich würde mir wünschen dass es hier auch so ist!“

„Als Frau ist es mir besonders wichtig, dass mehr klinikeigene Kindertagesstätten und Kindergärten zur Verfügung gestellt werden. Diese sollen den besonderen Anforderungen, zum Beispiel durch längere Öffnungszeiten und die Möglichkeit der Wochenendbetreuung, angepasst sein.“

„Neben dem Beruf muss es ein Leben geben. Wer heute noch 20 Überstunden die Woche macht ist selber schuld. Klar, kann man mal länger bleiben, aber das muss auch die Ausnahme sein. Außerdem sind Überstunden von der ersten Minute an zu bezahlen oder mit Freizeitausgleich zu vergüten. Was in der regulären Arbeitszeit nicht geschafft wird bleibt halt liegen. Dann werden Patienten halt nicht aufgeklärt und in der Folge nicht operiert. Wenn es genügend Verlust gibt, begreift das Krankenhaus ja vielleicht mehr Personal einzustellen. Es wäre wünschenswert, dass sich alle Kollegen an ihre Arbeitszeiten halten würden und das ‚zu viel‘ an Arbeit halt nicht gemacht wird, damit sich etwas ändert.“

„Es müssen insgesamt DRINGEND adäquate Teilzeitmodelle für Klinik und Praxis gefunden werden - ich habe vor kurzem von einer Freundin erfahren, dass ihr in einer großen Klinik in der Stadt (200.000 Einwohner) angeboten wurde 50 % wie folgt zu arbeiten: 1/2 Jahr 100 % plus unbezahlte Überstunden, halbes Jahr frei!! Ihre beiden Kinder steckt sie, wenn sie 50-60 Std. die Woche arbeitet wohin??? Das ist verrückt! Wir Frauen sind in der Mehrzahl mittlerweile - wir sind Fachkräfte UND Mütter. Beides braucht Deutschland! Wird dies nicht anerkannt, dann prophezeie ich zukünftigen Ärztemangel in Deutschland! Das ist für uns ein großes Thema und kam in Ihrer Befragung zu kurz!!“

„Ärzte in Deutschland sollten zeitlich entlastet werden, damit es attraktiv ist in Deutschland zu arbeiten. Andere europäische Staaten bieten wesentlich gesundheitsfreundlichere Arbeitszeiten und Arbeitsumstände!“

„Der Arztberuf muss familienfreundlicher werden. Teilzeit muss weiter ausgebaut werden und Arbeitsplätze und das Arbeitsumfeld familienfreundlich gestaltet werden. Als Familie mit beiden Elternteilen im Arztberuf und Kindern ist es schwierig, kleine Orte zu finden in deren Nähe beide Elternteile einen Arbeitsplatz bekommen und die Unterbringung der Kinder in Kindergarten und Schule gesichert ist.“

Der Kommentar verweist auf zwei Probleme, die noch nicht gelöst bzw. noch gar nicht diskutiert werden und insbesondere die Nachbesetzung von Arztstellen – ambulant wie stationär – in ländlichen Räumen betreffen. Das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist nicht nur der Organisation der Arbeit und der Arbeitszeiten geschuldet, und auch nicht unbedingt den fehlenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten als solchen, wie der Kommentar nahelegt, denn diese gibt es inzwischen vielerorts durchaus, sondern den in der Regel – übrigens auch in Städten – immer noch suboptimalen Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen. Wenn eine Kindertagesstätte mit Ganztagesplätzen bereits um 16.30 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 81 % - eine vom Arbeitgeber organisierte Möglichkeit der Kinderbetreuung während der Weiterbildung wichtig. 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.

Kaum Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern auch bei der Frage nach dem Kinderwunsch (**Fragen 42 und 43**). Zunächst kann man feststellen, dass 4,9 % der Befragten Kinder haben (Frauen 5,4 %, Männer 4,0 %), die Population der Medizinstudenten unterscheidet sich damit nicht von ihren Kommilitonen anderer Fächer, bundesweit haben laut der 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks 2012 5 % aller Studenten Kinder. 87,4 % der Medizinstudenten möchten später Kinder haben (Frauen 88,0 %, Männer 86,4 %).

Der zuletzt zitierte Kommentar verweist zudem auf das Problem der Arbeitsplätze für die Partner von Ärztinnen. Anders als befürchtet dürfte eben dies gerade dann kein grundsätzliches Problem darstellen, wenn beide Partner Ärzte sind, da diese insbesondere in den ländlichen Regionen gesucht werden. Bei den derzeitigen Geschlechterverhältnissen an den medizinischen Fakultäten, die wie alle Universitäten und sonstigen gemischtgeschlechtlichen Ausbildungsinstitutionen auch die größten Heiratsmärkte im soziologischen Sinn darstellen,

5.6

Facharztausbildung

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 entsprechend geschlechtsspezifisch aufbereiteten Ergebnisse auch dieser Studie zeigen dies sehr deutlich.

Die Entscheidung für künftige Lebensorte wird damit ganz wesentlich auch von der Frage bestimmt, welche Möglichkeiten die regionalen Arbeitsmärkte für nichtärztliche Akademiker bieten. Hier haben viele Landregionen ein strukturelles Defizit, über das bislang kaum diskutiert wurde. Die Entscheidung, in Städten und Großstädten leben zu wollen, ist 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.

Welche Facharztausbildungen kommen in Frage? Wir haben, wie auch schon 2010, 14 Gebietsbezeichnungen vorgestellt (**Frage 12**). Im Jahr 2010 haben wir die die Studenten 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 Studenten 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 Studenten 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 Studenten entscheiden müssen und Multioptionalität gerade keine echte 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 Facharztausbildung wurde in zwei Varianten gestellt, nämlich als wiederum Multiple-Choice-Frage mit maximal drei Optionen (so wie 2010), nun aber auch als Single-Choice, wobei die eine oder die andere Fassung zufällig eingespielt wurde (was bei Online-Befragung problemlos möglich ist). Außerdem haben wir auch alle Studienteilnehmer danach gefragt, welche Facharztausbildungen definitiv nicht für sie in Frage kommen (**Frage 13**).

Wir sind dabei von der Annahme ausgegangen, dass Studenten 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.

Mit Blick auf das Rekrutierungspotential für die Allgemeinmedizin konnten wir mit diesem Vorgehen mithin vier Gruppen identifizieren, nämlich:

1. Den harten Kern der an Allgemeinmedizin (aktuell) stark interessierten Studenten (Single Choice-Frage), die sich eindeutig für eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin entschieden haben (zum Zeitpunkt der Befragung, diese Entscheidung kann bis zum Beginn der Weiterbildung natürlich jederzeit geändert werden). Dies sind rund 9 %.
2. An Allgemeinmedizin Interessierte (Multiple Choice-Frage), für die dieses Fach eine Option neben anderen ist. Dabei handelt es sich um ein gutes Drittel der Befragten.
3. Die nicht grundsätzlich abgeneigten Studenten, die Allgemeinmedizin 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 umfasst diese Gruppe rund 56 %.
4. Die grundsätzlich nicht an Allgemeinmedizin interessierten Studenten. Dies sind knapp 20 %.

Unter allen Weiterbildungsmöglichkeiten mit Abstand am beliebtesten ist die Innere Medizin, dann folgt die Allgemeinmedizin. Nimmt man die Kinder- und Jugendmedizin, die auf Platz 3 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 Facharztausbildung in Innerer Medizin eine Tätigkeit als Hausarzt nicht ausschließen. Um es gleich vorwegzunehmen: Dies ist bei 44,2 % Studenten, die eine Facharztausbildung in Innere Medizin erwägen, der Fall.

Bei sonstigen Facharztausbildungen wurden 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, plastische Chirurgie, Psychosomatik, Reha und Physikalische Medizin, Rheumatologie, Sportmedizin, Strahlentherapie, Tropenmedizin, Umweltmedizin und Zahnheilkunde. Am häufigsten allerdings waren hier die Nennungen Pathologie (149) und Rechtsmedizin/Forensik (141). Interessanterweise wurde auch die Dermatologie gelegentlich eingetragen, obwohl der Facharzt für Hautkrankheiten in der vorgegebenen Liste genannt wurde. Bei den Präferenzen für Facharztausbildungen 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 sehr deutlich Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Psychiatrie und Psychotherapie. „Männerfächer“ dagegen Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Radiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie und Urologie. Die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen bei der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendmedizin, der Anästhesiologie und der Orthopädie und Unfallchirurgie.

Tabelle 21: FACHARZTAUSBILDUNG (SINGLE CHOICE, N = 5.486)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?	N	%
Innere Medizin	887	16,3
Kinder- und Jugendmedizin	514	9,4
Allgemeinmedizin	488	8,9
Anästhesiologie	468	8,5
Chirurgie	457	8,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	371	6,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	321	5,9
Neurologie	331	5,7
Psychiatrie und Psychotherapie	199	3,6
Radiologie	132	2,4
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	73	1,3
Urologie	68	1,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	63	1,1
Augenheilkunde	57	1,0
Sonstige	362	6,6
Weiß ich noch nicht	713	13,0

Tabelle 22: FACHARZTAUSBILDUNG (MULTIPLE CHOICE, MAXIMAL 3 OPTIONEN, N =5.506)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG KOMMT FÜR SIE IN FRAGE?	N	%
Innere Medizin	2.508	45,6
Allgemeinmedizin	1.897	34,5
Anästhesiologie	1.451	26,4
Kinder- und Jugendmedizin	1.452	26,4
Chirurgie	1.387	25,2
Neurologie	1.195	21,7
Orthopädie und Unfallchirurgie	1.039	18,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.007	18,3
Psychiatrie und Psychotherapie	772	14,0
Radiologie	665	12,1
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	425	7,7
Urologie	334	6,2
Augenheilkunde	274	5,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	269	4,9
Weiß ich noch nicht	452	8,2

Tabelle 23: NO-GO-FACHRICHTUNGEN (MULTIPLE CHOICE, N = 11.008)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE DEFINITIV NICHT IN FRAGE?	N	%
Haut und Geschlechtskrankheiten	6.256	56,8
Augenheilkunde	5.826	52,9
Psychiatrie und Psychotherapie	4.833	43,9
Urologie	4.731	43,0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4.355	39,6
Orthopädie und Unfallchirurgie	4.324	39,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4.273	38,8
Chirurgie	4.013	36,5
Radiologie	3.882	35,3
Kinder- und Jugendmedizin	2.764	25,1
Neurologie	2.244	20,4
Allgemeinmedizin	2.186	19,9
Anästhesiologie	1.995	18,1
Innere Medizin	1.149	10,4

Tabelle 24: FACHARZTAUSBILDUNG (SINGLE-CHOICE) NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ W-M
Allgemeinmedizin*	10,3	7,1	3,2
Anästhesiologie*	6,7	11,8	-5,1
Augenheilkunde	1,0	1,0	0
Chirurgie*	7,5	9,5	-2,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	8,5	1,3	7,2
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,4	1,3	0,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten*	1,4	0,8	0,6
Innere Medizin*	14,2	20,3	-6,1
Kinder- und Jugendmedizin*	11,7	5,5	6,2
Neurologie	5,9	5,4	0,5
Psychiatrie und Psychotherapie	3,8	3,4	0,4
Radiologie	2,1	3,7	-1,6
Orthopädie und Unfallchirurgie*	5,3	9,0	-3,7
Urologie	1,0	1,6	-0,6
Das weiß ich noch nicht	13,3	11,9	1,4

*Hochsignifikanter Unterschied

Tabelle 25: FACHARZTAUSBILDUNG (MULTIPLE-CHOICE) NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG KOMMT FÜR SIE IN FRAGE?	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFFERENZ W-M
Allgemeinmedizin*	36,4	32,1	4,3
Anästhesiologie*	23,2	33,4	-10,2
Augenheilkunde	4,7	5,4	-0,7
Chirurgie*	22,7	29,5	-6,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	25,3	5,4	19,9
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	7,2	8,6	-1,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten*	5,6	3,7	1,9
Innere Medizin*	43,0	52,7	-9,7
Kinder- und Jugendmedizin*	30,1	19,1	11,0
Neurologie	21,4	22,4	-1,0
Psychiatrie und Psychotherapie*	15,7	11,4	4,3
Radiologie*	9,4	17,8	-8,4
Orthopädie und Unfallchirurgie*	15,2	25,2	-10,0
Urologie*	5,5	7,8	-2,3
Sonstiges	13,4	12,0	1,4
Das weiß ich noch nicht	8,1	8,0	0,1

*Hochsignifikanter Unterschied

Bei dem Interesse an einer Spezialisierung in Allgemeinmedizin spielt es übrigens keine Rolle, ob die Universität über einen Lehrstuhl oder ein Institut für Allgemeinmedizin verfügt oder nicht.³³ 9,7% der Studenten an Fakultäten ohne eine solche Spezialisierung und 8,1% an denjenigen mit einem entsprechenden Angebot würden sich aktuell definitiv für Allgemeinmedizin entscheiden, für 35,7% bzw. 33,3% ist die Allgemeinmedizin eine Option neben anderen.

Im Studienverlauf ist ein Rückgang der Attraktivität einiger Facharzttrichtungen zu beobachten. Besonders deutlich ist dies bei der Chirurgie und (bei Multiple-Choice) auch bei der Kinderheilkunde und der Neurologie der Fall. Zum Rückgang der Attraktivität der Chirurgie haben wir ebenfalls 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 jemand die Arbeitsbedingungen hinterfragt. Was nützen mir die paar Mark fünfzig

³³ Nach den Informationen, die uns der Medizinische Fakultätentag diesbezüglich zur Verfügung gestellt hat, haben die Universitäten Aachen, Berlin, Düsseldorf, Dresden, Essen, Frankfurt, Göttingen, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Jena, Magdeburg, Marburg, München (TU), Rostock, Ulm und Witten-Herdecke entsprechende Einrichtungen.

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.“

Mit Blick auf die problematische Situation gerade in der Allgemeinmedizin erfreulich ist dagegen die Tatsache, dass – anders als 2010 – die Präferenzen nunmehr im Studienverlauf eher zunehmen, zumindest aber stabil zu sein scheinen und die Präferenzen für die Innere Medizin sogar deutlich zunehmen. Bei aller späteren Differenzierung gerade dieses Gebiets besteht hier – wie schon angemerkt – immerhin eine größere Chance, Interesse für die Allgemeinmedizin zu wecken oder

zu stärken. Wir können nach der ersten Wiederholungsbefragung bei den Präferenzen für Allgemeinmedizin noch nicht von einer Trendwende sprechen, dazu bedarf es weiterer Messungen, aber es zeigt sich immerhin eine erfreuliche und erwünschte Tendenz zu einer nun im Vergleich zu 2010 größeren Attraktivität der Allgemeinmedizin. Zudem zeigt sich im Studienverlauf wie erwartet ein deutlicher Rückgang der noch unentschlossenen oder orientierungslosen Studenten ohne Präferenz von fast 17 % auf 4 %.

Der bei der Multiple-Choice-Frage beobachtbare Rückgang bei der Attraktivität der jeweiligen Facharzttrichtungen war zu erwarten und ist zurückzuführen auf die im Studium (notwendig) zunehmende Fokussierung auf eine Facharztausbildung, denn irgendwann müssen sich die Studenten ja auch für eine entscheiden. Dabei haben Studenten im Abschnitt „Vorklinik“ im Durchschnitt 2,8 Fachrichtungen genannt (2010: 3,1), Studenten im Abschnitt „Klinik“ 2,7 (2010: 2,8) und die Studenten im letzten Studienabschnitt 2,2 Fachrichtungen (2010: 2,3). Wir haben diesbezüglich mithin recht stabile Werte.

Tabelle 26: FACHARZTAUSBILDUNG (SINGLE-CHOICE) NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?	VORKLINIK	KLINIK	PJ	DIFF. PJ-VORKLINIK
Allgemeinmedizin	7,9	9,3	9,5	1,6
Anästhesiologie	9,4	7,6	9,6	0,2
Augenheilkunde	0,9	1,0	1,5	0,6
Chirurgie*	11,4	7,0	5,6	-5,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	4,9	5,9	8,2	3,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,6	1,7	2,0	1,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,7	1,2	2,0	1,3
Innere Medizin*	10,7	19,0	19,6	8,9
Kinder- und Jugendmedizin	9,9	8,6	11,0	1,1
Neurologie	6,7	5,1	5,2	-1,5
Psychiatrie und Psychotherapie*	4,3	3,5	2,6	-1,7
Radiologie*	1,6	2,8	3,3	1,7
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,8	6,6	6,9	0,1
Urologie*	0,4	1,5	2,4	2,0
Sonstige	6,8	6,6	6,4	-0,4
Das weiß ich noch nicht*	16,9	12,8	4,1	-12,8

*Hochsignifikanter Unterschied

Tabelle 27: FACHARZTAUSBILDUNG (MULTIPLE-CHOICE) NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG KOMMT FÜR SIE IN FRAGE?	VOR-KLINIK	VORKLINIK 2010	KLINIK	KLINIK 2010	PJ	PJ 2010	DIFF. PJ-VOR-KLINIK	DIFF. PJ-VOR-KLINIK 2010
Allgemeinmedizin	33,8	31,9	35,4	30,1	33,9	27,8	0,1	-4,1
Anästhesiologie*	27,0	29,2	26,5	27,6	24,4	23,5	-2,6	-5,7
Augenheilkunde*	5,3	5,1	5,2	5,6	3,4	4,1	-1,9	-1,0
Chirurgie*	31,9	35,7	22,5	23,5	18,8	21,2	-13,1	-14,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe*	19,2	19,9	19,1	21,5	13,5	12,5	-5,7	-7,4
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde*	7,7	6,4	8,3	6,8	5,5	4,0	2,2	-2,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,0	4,1	5,5	5,7	4,7	4,1	0,7	0,0
Innere Medizin*	37,7	63,1	50,2	47,0	49,6	55,4	11,9	-7,7
Kinder- und Jugendmedizin*	30,3	35,7	25,8	27,2	17,8	17,1	-12,5	-18,6
Neurologie*	26,9	25,2	20,5	18,7	12,9	13,0	-14,6	-12,2
Psychiatrie und Psychotherapie*	15,9	18,9	13,6	12,4	10,9	10,3	-5,0	-8,6
Radiologie*	12,1	11,1	12,7	12,6	9,3	10,5	-2,8	-0,6
Orthopädie und Unfallchirurgie*	24,3	23,2	16,9	17,3	12,0	13,5	-12,3	-9,7
Urologie*	3,8	3,6	8,0	6,3	6,4	4,6	2,6	1,0
Sonstiges*	14,3	14,1	12,3	12,2	11,8	12,7	-2,5	-1,4
Das weiß ich noch nicht*	12,2	-	7,1	-	2,1	-	-10,1	-

*Hochsignifikanter Unterschied

Mithin gilt, dass es bei unterstellten konstanten Präferenzen für Weiterbildung einen harten Kern stark interessierter Studenten für die Allgemeinmedizin von gut 10 % gibt, was sich auch mit den aktuellen Weiterbildungsquoten deckt. Dieser Anteil ist, wie wir gleich noch zeigen werden, allerdings zu niedrig um den Stand 2009/2010 zu halten. Neben den stark interessierten Studenten 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

stärker beworben werden. Dabei ist aber darauf zu achten ist, die definitiv nicht Interessierten nicht durch gut gemeinte, aber auch nicht oder kaum zu vermeidende Maßnahmen nachhaltig zu verprellen, da sich dies für die Allgemeinmedizin und deren Status eher als nachteilig erweisen dürfte. Insbesondere eine Verpflichtung zur Absolvierung von Teilen der Famulatur und des PJ in der Allgemeinmedizin wird sehr kritisch gesehen. Wir haben dazu bereits jetzt eine ganze Reihe entsprechender Kommentare erhalten:

„Der Versuch uns Studenten für die Allgemeinmedizin durch immer mehr Pflichtveranstaltungen (Blockpraktika, Pflichtfamulatur, PJ(hoffentlich nicht)) zu begeistern, wird in meinen Augen als sehr negativ empfunden und ist nicht der richtige Weg.“

Tabelle 28: OPTIONEN FÜR DIE FACHARZTAUSBILDUNG NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

NENNUNGEN	VORKLINIK	KLINIK	PJ
0	9,0	4,2	2,2
1	5,5	10,0	22,9
2	20,4	26,3	33,3
3 oder mehr	65,1	59,5	41,6
∅	2,8	2,7	2,2

N = 5.434, Sig. = .000, Gamma = -.165

„Ich würde mir wünschen, dass es KEIN PJ-Tertial in der Allgemeinmedizin gibt; man ist so schon genug in seiner Wahl eingegrenzt.“

„Ich halte es für ausgesprochen kontraproduktiv, StudentInnen über Zwangsmaßnahmen wie Pflichtfamulaturen in die Allgemeinmedizin treiben zu wollen.“

„Der Pflicht-Famulatur Monat Allgemeinmedizin ist eher abschreckend für das Fach als förderlich. Absolut sinnlos ebenso wie das angedachte Pflicht-Allgemeinmedizin PJ. Durch Zwänge bekommt man die Mediziner nicht in die Richtung. Eher bessere Vergütung, bessere Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie.“

„Allein Studenten zu Praktika/Famulaturen im Bereich der Allgemeinmedizin zu zwingen, bringt keinen positiven Effekt. Im Gegenteil, die meisten Studenten meines Umfelds entwickeln nun eine noch stärkere Abneigung gegen das Fach. Entscheidend sind: Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Abrechnung, Regressforderungen, etc.) und Bezahlung verbessern (solange ein HA für Untersuchungen raufzahlt, oder für einen Hausbesuch ein Taschengeld bekommt, wird der Beruf nur von einigen wenigen Studenten gewählt werden).“

„Und mehr Einblicke in den Alltag eines Allgemeinmediziners finde ich grundsätzlich gut. Aber bitte ohne Zwang - eine Pflichttertial Allgemeinmedizin im PJ bspw schreckt eher ab, als das es hilft.“

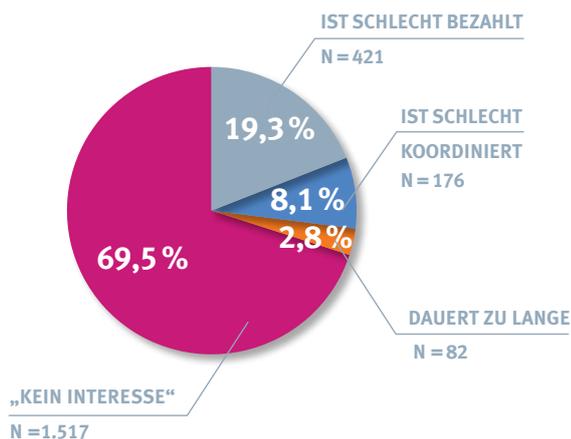
„Das aktuelle Werben für die Allgemeinmedizin, inkl. zusätzlicher Pflichtfamulaturen etc. macht meinen Kommilitonen und mir das Fachgebiet eher madig.“

Diese Kritik kommt, wie man erwarten dürfte, insbesondere, aber eben nicht ausschließlich von Studenten, die definitiv keine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin anstreben. Dies sind – wie schon erwähnt – knapp 20 %. Die Allgemeinmedizin rangiert damit im unteren Bereich der Skala gleichsam uninteressanter Weiterbildungsmöglichkeiten. An der Spitze findet sich die Dermatologie.

Die Gründe, die für nicht vorhandenes Interesse an dieser Weiterbildung genannt wurden, sind mehrheitlich tautologisch und wurden in **Frage 14** in verschiedenen Formulierungen mit „Kein Interesse“ benannt (z. B. „Das Fach interessiert mich nicht!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!“, aber auch „Allgemeinmedizin ist zum Kotzen“ oder „Schreckliches Fach“). Daneben spielt die nach Meinung der Studenten – schlechte Bezahlung noch eine Rolle, während die Dauer der Weiterbildung (anders als wir vorab vermutet hatten) keinen wichtigen Hinderungsgrund darstellt.

In Anbetracht der Quote von nur 20 %, die eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin definitiv ausschließen, sind diese Ergebnisse eigentlich auch völlig unproblematisch. Nicht jeder künftige Arzt muss Allgemeinmediziner werden, auch andere Fachrichtungen werden dringend gebraucht und Interessenpluralität ist deshalb grundsätzlich auch sehr begrüßenswert.

Tabelle 29: GRÜNDE GEGEN EINE WEITERBILDUNG IN ALLGEMEINMEDIZIN (MULTIPLE CHOICE, N = 2.182)



Problematisch sind allerdings einige der genannten Gründe gegen eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin, weil sie deutlich machen, dass das Fach ein – zumindest bei Teilen der Studenten – grundsätzliches und erhebliches Imageproblem aufweist:

„Laaaaaaaaaangweilig!“

„Langweiliges Fach, Tätigkeit uninteressant, keine operativen Möglichkeiten, wenn es interessant wird: Überweisung.“

„Allgemeinmedizin ist langweilig und für mich nicht die Vorstellung von Medizin. Wissen von allem was aber nix richtig.“

„Zu langweilig, wenn es interessant wird, muss man zum FA weiterschicken.“

„Extrem niedrige Anforderungen.“

„Monotoner Alltag, Beschäftigung mit banalen Fällen.“

„Wenn ich eh eine Weiterbildung machen sollte dann eine richtige.“

„Das ist was für die Dummen, ich brauche was vernünftiges.“

Wir werden diesen Aspekt des schlechten Images der Allgemeinmedizin in einem der folgenden Kapitel nochmals aufgreifen. Wir sehen dieses Imageproblem insofern mit einer gewissen Sorge, als dieses vermutlich auch ein Grund dafür ist, dass sich auch Studenten, die während des Studiums eine Weiterbildung nicht ausschließen, dann doch für ein anderes Fach entscheiden und die Weiterbildungsquote für Allgemeinmedizin seit Jahren bei 11% - also in etwa dem Wert, den wir auch in dieser Befragung für die Studenten im PJ, die stark an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin interessiert sind, ermittelt haben - stagniert. Zudem sind solche negativen (und falschen) Stereotype keine gute Basis für eine spätere interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese Weiterbildungsabsichten der Studenten (nicht nur für die Allgemeinmedizin, 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 Ärztestatistik haben wir für die aktuelle Modellrechnung³⁴ die Präferenzen aus der Single-Choice-Frage der Studenten verwendet. Als Referenz haben wir aus Gründen der Vergleichbarkeit wiederum auf die Zahlen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer mit Stand 31.12.2009³⁵ 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 dieser Statistik waren Ende 2009 in Deutschland 325.945 Ärzte berufstätig, davon allerdings 95.417 ohne Gebietsbezeichnung.³⁶ Wir beziehen uns bei dem Vergleich zwischen den Präferenzen der Medizinstudenten und der aktuellen Struktur der ärztlichen Versorgung auf die Facharztgruppen, die in der Befragung auch genannt wurden. Die Fallzahl beträgt damit 235.850.³⁷

³⁴ Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich um eine Modellrechnung und nicht um eine Prognose handelt.

³⁵ <http://www.bundesärztekammer.de/downloads/Stat09Tabo3.pdf>.

³⁶ 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.

³⁷ Die Präferenzen für die „Innere Medizin“ unterschätzen die tatsächliche Motivation für diese Fachrichtung(en), da bei „Sonstige“ vergleichsweise häufig Spezialisierungen der Inneren Medizin, z. B. die Kardiologie genannt wurden. Dies bedeutet umgekehrt auch, dass die unter „Sonstige Fachrichtungen“ erfassten Präferenzen die Bereitschaft zur Wahl einer eher seltenen Disziplin – etwa der Nuklearmedizin – überschätzen.

Der Vergleich zeigt bei welchen Fachrichtungen der gegenwärtige Bestand ersetzt oder mehr als ersetzt werden kann und wo es – immer bei Unterstellung konstanter Präferenzen – bei der Rekrutierung künftig wohl eher Engpässe geben wird. Wir haben dazu die Präferenzen im PJ genutzt, durch die relativen Häufigkeiten der jeweiligen Facharztzahlen geteilt und mit 100 multipliziert. Der Wert von 148,6% für Neurologie bedeutet, dass rund 49% mehr Studenten des letzten Studienabschnitts Neurologen werden wollen als nach Stand 2009/10 gebraucht werden. Umgekehrt bedeutet ein Wert von 46,6% bei den Allgemeinmedizinern, dass künftig dann nur rund 47% der 2009 besetzten Stellen in der Allgemeinmedizin wiederbesetzt werden können. Gut jede zweite Stelle bleibe dann mithin rein rechnerisch unbesetzt.

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 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 bei weitem nach wie vor nicht aus, um den Bestand bei den Allgemeinmedizinern zu halten. Wir müssen hier unter den gegebenen Umständen weiterhin eine recht große Unterdeckung konstatieren. Die Allgemeinmedizin – und dies ist das eigentlich bedenkliche Ergebnis der Befragung – rangiert, gemessen an dem objektiven Bedarf, immer noch ganz am Ende der Facharztausbildungen. Versorgungsdefizite sind mithin nach wie vor absehbar, auch wenn sich, wie eben ausgeführt, möglicherweise eine Trendwende abzeichnen könnte.

Tabelle 30: MODELLRECHNUNG: PRÄFERENZEN UND WIEDERBESETZUNGSQUOTEN

FACHARZT FÜR:	PRÄFERENZ LAUT BEFRAGUNG			ÄRZTESTATISTIK DER BÄK 2009 (N = 235.850)		
	VORKLINIK	KLINIK	PJ	N	%	WIEDERBESETZUNGS- QUOTE IN PROZENT (PJ/ÄRZTESTATISTIK)
Pädiatrie	9,9	8,6	11,0	12.216	5,2	211,5
Orthopädie	6,8	6,6	6,9	10.837	4,6	150,0
Neurologie	6,7	5,1	5,2	8.175	3,5	148,6
Anästhesiologie	9,4	7,6	9,6	18.868	8,0	120,0
Frauenheilkunde	4,9	5,9	8,2	16.369	6,9	118,8
Radiologie	1,6	2,8	3,3	6.806	2,9	113,8
Urologie	0,4	1,5	2,4	5.117	2,2	109,1
Innere Medizin	10,7	19,0	19,6	42.703	18,1	108,3
Hautkrankheiten	0,7	1,2	2,0	5.250	2,2	90,9
HNO	0,6	1,7	2,0	5.631	2,4	83,3
Psychiatrie	4,3	3,5	2,6	8.297	3,5	74,3
Chirurgie	11,4	7,0	5,6	19.549	8,3	67,5
Augenheilkunde	0,9	1,0	1,5	6.756	2,9	51,7
Allgemeinmedizin	7,9	9,3	9,5	48.219	20,4	46,6

Hinsichtlich der in Kapitel 4.4 (Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit) vorgestellten Faktoren unterscheiden sich die Studenten mit verschiedenen Präferenzen für die spätere Facharztausbildung ebenfalls teilweise recht deutlich, so dass man hier durchaus auch von Fachprofilen sprechen könnte. Die Wichtigkeit der 5 Faktoren Familie und Freizeit, Berufsprestige und Einkommen, Teamorientierung, Abwechslung im Beruf und Wissenschaft ist nicht gleich verteilt, sondern weist spezifische Muster auf. Für die an Allgemeinmedizin stark interessierten Studenten sind Familie und Freizeit sowie Abwechslung im Beruf wichtig, Berufsprestige, Teamorientierung und die Beteiligung an Studien sind dagegen von nachgeordneter Bedeutung. Diese Aspekte sind dagegen für künftige

Chirurgen von relativ deutlich größerer Wichtigkeit, während im Vergleich zu den an Allgemeinmedizin interessierten Studenten die Familienorientierung weniger stark ausgeprägt ist. Dabei unterscheiden sich – anders als bei den meisten anderen Fachgebieten – die an Allgemeinmedizin interessierten Frauen bei keinem dieser Faktoren von den Männern. Ansonsten gilt in vielen Fällen, dass Frauen anteilig signifikant häufiger an Familie und Freizeit, Männer an Einkommen und Berufsprestige interessiert sind.

Wir haben für alle Profile die jeweils signifikanten Abweichungen vom Populationsanteilswert (95 %-Konfidenzintervall) berechnet und in **Tabelle 31** kenntlich gemacht.

Tabelle 31: PRÄFERIERTE FACHARZTAUSBILDUNG UND WICHTIGKEIT VON FAKTOREN ZU SPÄTEREN BERUFSERWARTUNGEN (ANGABEN IN PROZENT)

FACHARZTAUSBILDUNG (SINGLE CHOICE)	FAMILIE UND FREIZEIT	BERUFSPRESTIGE UND EINKOMMEN	TEAM-ORIENTIERUNG	ABWECHSLUNG IM BERUF	WISSENSCHAFT
Allgemeinmedizin	93,9	36,2	36,6	85,2	35,4
Anästhesiologie	85,1	30,3	58,2	77,4	52,2
Augenheilkunde	94,6	42,9	19,6	42,9	58,2
Chirurgie	74,6	42,9	47,8	84,8	68,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	95,9	30,8	42,9	67,6	47,5
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	90,3	40,8	42,5	72,6	54,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	95,0	36,1	26,2	66,1	48,4
Innere Medizin	86,9	35,7	49,4	81,9	58,7
Kinder- und Jugendmedizin	94,9	24,1	50,5	78,8	51,0
Neurologie	86,7	30,6	56,0	80,1	71,0
Psychiatrie und Psychotherapie	85,5	21,1	47,2	64,3	54,1
Radiologie	90,6	50,0	33,1	63,0	55,9
Orthopädie und Unfallchirurgie	82,9	36,3	48,4	76,8	54,2
Urologie	86,2	35,3	40,9	68,3	54,5
Gesamt	87,8	34,1	46,3	75,5	54,5

Abweichungen vom Populationsmittelwert nach oben (schwarz) oder unten (kursiv, grau): 95 %-Konfidenzintervall

5.7 Arbeitgeber und Niederlassung

Medizinstudenten bzw. künftige Ärzte haben auf einem sich wandelnden Arbeitsmarkt eine Reihe von Optionen für die spätere Berufstätigkeit. Die Attraktivität dieser Optionen ist allerdings recht unterschiedlich. Am beliebtesten ist eine Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus. Absolut unattraktiv ist dagegen eine Beschäftigung bei einer Krankenkasse (**Frage 11**). An diesen Präferenzen hat sich seit 2010 nichts geändert. Die Studenten wollen später in der individuell-kurativen Medizin arbeiten, andere Optionen sind demgegenüber von sehr nachgeordneter Bedeutung.

Bei insgesamt 9 Optionen ergibt sich ein arithmetisches Mittel von rund 4 und ein Modus von 3, die Masse der Studenten hat mithin drei bis vier Optionen für die spätere Tätigkeit im Blick. Der Tabelle lassen sich – wie schon im Jahr 2010 – verschiedene Trends entnehmen:

1. Die Studenten wollen später als Ärzte in der Versorgung kranker Menschen 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 89 % eine attraktive Option. Eine Niederlassung als Haus- oder Facharzt ist dagegen nur für 74 % denkbar.³⁸ Eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (MVZ oder Praxis) ist für 65 % eine Perspektive. 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 ein recht nachhaltiges Image-Problem und wird eher als Behörde oder als Verwaltungseinrichtung denn als Institution der wohnortnahen Gesundheitsversorgung angesehen.
3. Eine Niederlassung als Facharzt ist deutlich attraktiver als die Niederlassung als Hausarzt. Nur 4,4 % der Studenten, für die die Niederlassung eine Option ist, würden sich nicht als Facharzt niederlassen. Dagegen lehnen 51,2 % eine Niederlassung als Hausarzt ab.

Die Daten zeigen überaus eindeutig, dass junge Menschen ein Medizinstudium in der Erwartung aufnehmen, später als Ärzte in der ambulanten oder stationären Versorgung zu arbeiten. Lediglich für 72 Befragte (= 0,7 %) ist dies keine Option. Das Medizinstudium soll – so die Erwartung – für diese Arbeit vorbereiten und qualifizieren und weniger für versorgungsfernere Tätigkeiten etwa in der Industrie, der Gesundheitspolitik oder Verwaltung.

Zwischen Männern und Frauen gibt es nahezu durchgängig signifikante Unterschiede hinsichtlich der Attraktivität künftiger Tätigkeiten (wenn auch auf sehr unterschiedlichem Niveau) – mit zwei Ausnahmen: Die Tätigkeit als Facharzt in eigener Praxis ist für beide Geschlechter gleich attraktiv, die Tätigkeit für eine Krankenkasse für beide gleich unattraktiv.

Frauen ziehen nach wie vor häufiger als Männer eine angestellte Tätigkeit 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 nach wie vor 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.

³⁸ Analog zu dem Interesse an Allgemeinmedizin ist es auch bei dieser Frage ohne Bedeutung, ob die Universität eine Professur oder ein Institut für Allgemeinmedizin hat. 39 % der Studenten einer Universität mit und 37 % derjenigen einer Universität ohne Allgemeinmedizin sind an einer Niederlassung als Hausarzt interessiert.

Tabelle 32: NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

	%	N	% (2010)	N (2010)
Angestellter Arzt im Krankenhaus	76,0	10.926	77,3	8.434
Facharzt in eigener Praxis	74,1	8.082	74,5	8.610
Angestellter Arzt in Praxis	55,7	6.048	48,9	5.614
Angestellter Arzt im MVZ	52,8	5.731	55,6	6.390
Hausarzt in eigener Praxis	37,3	4.056	38,0	4.358
Angestellter Arzt in der Forschung	22,2	2.412	23,6	2.707
Angestellter Arzt im ÖGD	16,2	1.747	18,9	2.173
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie	9,6	1.044	12,5	1.437
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	4,3	467	5,5	592
Niederlassung generell	74,3	8.514	77,7	8.873
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt	89,3	8.514	92,9	9.923
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung	65,4	7.494	67,3	7.677

Tabelle 33: NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH	DIFF. WEIBLICH-MÄNNLICH
Angestellter Arzt im Krankenhaus*	74,0	79,7	-5,7
Facharzt in eigener Praxis	73,8	74,8	-1,0
Angestellter Arzt im MVZ*	57,3	46,1	11,2
Angestellter Arzt in Praxis*	64,3	41,2	23,1
Hausarzt in eigener Praxis*	39,2	36,3	2,9
Angestellter Arzt in der Forschung*	18,9	27,1	-8,2
Angestellter Arzt im ÖGD*	16,6	15,4	1,2
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie*	6,5	14,9	-8,4
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	4,0	4,9	-0,9
Niederlassung generell	77,4	78,2	-0,8
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt*	94,7	90,9	3,8
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung*	75,3	56,7	18,6

*Hochsignifikanter Unterschied

Wie auch schon 2010 zeigt sich: Im Studienverlauf 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 Studenten im PJ insgesamt in der Tendenz weniger attraktiv als für Studienanfänger.

Exemplarisch dazu kann der folgende, sehr ausführliche Kommentar gelesen werden, der die Befürchtungen der künftigen Ärztergeneration sehr deutlich illustriert:

„Die Tatsache, dass man die Patienten nicht nach Krankheitsbild, sondern nach dem Katalog der Krankenkassen zu behandeln hat, sowie die enorme finanzielle Bürde einer eigenen Praxis machen Existenzängste, bevor man überhaupt mit Arbeiten begonnen hat. Auch ob die Banken willig sind, grundsätzlich bezahlbare Kredite für die ach so dringend benötigten Ärzte und ihre Praxis zu gewähren, gilt wohl nur für Absolventen Mitte 20. Und falls ich eine Finanzierung bekomme muss ich wohl Angst haben, dass ich den niemals abzahlen kann um schwarze Zahlen zu schreiben, außer vielleicht ich vernachlässige mein Kind und arbeite von früh bis spät abends. Meine Idee ist es daher, mindestens in einer

Gemeinschaftspraxis, besser noch in einem MVZ zu arbeiten, wo man sich die Angestellten, Praxisgebühren, ggf. Geräte teilen kann und auch die Abrechnung von einer unabhängigen Stelle machen lässt. Das hätte gleich mehrere Vorteile: dem Wahnsinn entgehen, monatliche Neuerungen in der Abrechnung neu erlernen zu müssen und zusätzlich zu den langen Sprechzeiten Zeit mit der Abrechnung zu verbringen, niedrigere Kosten für Praxis und Angestellte und - bei einer Gemeinschaftspraxis z. B. - die Möglichkeit, sich mit unregelmäßigen Arbeitszeiten abzuwechseln. Ob ich mit dieser Vorstellung im Traumland unterwegs bin, weiß ich nicht. Alles in allem gibt es von öffentlicher Seite aus meiner Sicht keinerlei Unterstützung in den bisher genannten Punkten! Die lange Arbeitszeit bei z. B. niedergelassenen Allgemeinmediziner ist bei mir an der Uni der Hauptgrund dafür, weshalb sich niemand für diesen Zweig interessiert, an zweiter Stelle steht die vergleichsweise schlechte Bezahlung. Diese beiden Gründe sind auch ein Grund für mich, nicht im Krankenhaus bleiben zu können, selbst wenn ich wollte - als allein erziehende Ärztin sollte man meinen, bei einer Teilzeitstelle (z. B. 60 - 80 Prozent) genügend verdienen zu können. In München ist das schlichtweg nicht machbar oder Augenwischerei, und dann werden Frauen ja auch wieder schlechter bezahlt als Männer!

Tabelle 34: NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	VORKLINIK	KLINIK	PJ	DIFF. PJ-VORKLINIK
Angestellter Arzt im Krankenhaus*	75,2	76,5	76,7	1,5
Facharzt in eigener Praxis*	76,8	73,3	69,3	-7,5
Angestellter Arzt im MVZ*	44,5	56,4	61,2	16,7
Angestellter Arzt in Praxis*	60,0	57,6	60,6	0,6
Hausarzt in eigener Praxis*	39,6	37,3	30,8	-9,2
Angestellter Arzt in der Forschung*	28,2	19,7	16,1	-12,1
Angestellter Arzt im ÖGD*	18,5	15,1	14,2	-2,3
Angestellter Arzt in der Pharma-industrie*	11,0	9,1	7,7	-3,3
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	4,5	4,1	4,1	-0,4
Niederlassung generell*	77,6	75,9	71,3	-6,3
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt*	90,0	91,9	91,7	1,7
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung*	62,6	69,0	69,7	6,8

*Hochsignifikanter Unterschied

5.8

Arbeitsorte
und Regionen

Als Assistenzarzt mit /ohne Teilzeit hat man einen derart hoch qualifizierten Abschluss, verdient aber weniger als jeder bessere Büroangestellte ohne Studium. Und der hat meist auch noch Gleitzeit! Ich wünsche mir, dass die Ärzte nach Region bezahlt werden, da könnte man sicherlich Unsummen einsparen bzw. gerechter verteilen. Oder zumindest von der Stadt oder dem Landkreis eine finanzielle Unterstützung bei den Wohnungspreisen bekommen. Es gibt Wohnungen für Bahnangestellte, für Beamte, Versicherungsangestellte - aber nicht für Ärzte mit ihren Familien.“

Nach wie vor wirken auch das immer noch praktizierte System der sog. Wirtschaftlichkeitsprüfungen und daraus möglicherweise resultierende Regresse abschreckend, und zwar sehr nachhaltig:

„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.“

„Die Allgemeinmedizin hat einen viel zu schlechten Stand. Die Arznei-richtmittelgrößen sind bei einer überalterten Landbevölkerung für jeden Landarzt geradezu lächerlich. Spätestens nachdem Seminar Gesundheitsökonomie war jedem Studenten unseres Kurses klar, dass es finanzieller, beruflicher und freizeittechnischer Selbstmord wäre eine hausärztliche Praxis auf dem Lande zu übernehmen. So wie die Dinge liegen kommt kein Mediziner aufs Land, da helfen auch keine Studienförderprogramme. Wenn dann muss die sprechende und beratende Funktion des Arztes auch entsprechend vergütet werden und lächerliche Arznei-richtmittelgrößen dringendst korrigiert werden.“

„Mich hat das Allgemeinmedizin-Blockpraktikum in einer Landarzt-Praxis wirklich überzeugt, obwohl ich zuvor totaler Gegner von hausärztlicher Versorgung war. Der persönliche Umgang, die Tatsache, dass man seine Patienten und ihre Familie kennt, die abwechslungsreiche Arbeit und vieles andere hat mich überzeugt. Was ich jedoch sehr abschreckend empfand und für mich einen riesigen schwarzen Schatten wirft und massiv wirkt, sind die möglichen Regressforderungen.“

Der zuletzt zitierte Kommentar greift auch ein weiteres zentrales Thema auf, nämlich das des Wohn- und Arbeitsortes. 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 Studenten (auch oder ausschließlich) das Ausland als späteren Arbeits- und damit auch als Lebensort ins Auge fassen (Frage 17). Hier lässt sich feststellen: Das Ausland hat an Attraktivität eingebüßt und ist nur noch für 48,6% eine Option. Im Vergleich zu 2010 ist dies ein Rückgang von 15 Prozentpunkten.

Auch andere Bundesländer sind insgesamt aber nicht mehr so attraktiv. Hier stellen wir einen Rückgang von 13 Prozentpunkten fest. Mithin zeigt sich eine gewisse 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 angestellte Tätigkeit im ambulanten oder stationären Sektor in einem Bundesland am ehesten zu gewinnenden Studenten sind Landeskinder, gefolgt von den künftigen Ärzten, die in dem jeweiligen Bundesland studiert und ihre Facharztausbildung gemacht haben.

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 4,8% wollen überhaupt nicht in Deutschland arbeiten. Allerdings erfreuen sich verschiedene Regionen innerhalb Deutschlands nach wie vor einer sehr unterschiedlichen Beliebtheit.

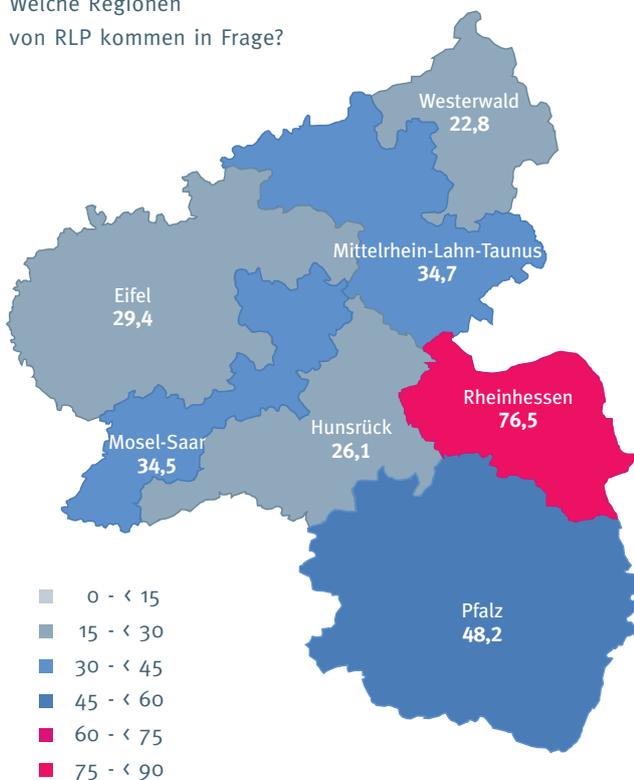
Bei einer Tätigkeit in Deutschland zeigt sich, wie schon erwähnt, im Vergleich zu 2010 in verstärktem Maß – übrigens ebenso wie bei der Wahl des Studienortes – eine ausgeprägte Heimatorientierung der Studenten. Hier zeigt sich die wohl grundsätzliche Tendenz, dass bekannte Strukturen und Regionen (wenn die Rahmenbedingungen nicht gar zu abschreckend sind) unbekannteren 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.

Tabelle 35: SPÄTERE ARBEITSORTE (ANGABEN IN PROZENT)

	JA	JA (2010)	NEIN	NEIN (2010)	N	N (2010)
Heimatsbundesland	84,5	86,3	15,5	13,7	10.708	10.375
Nähere Heimatregion	77,9	79,5	22,1	20,5	10.753	10.413
Anderes Bundesland	64,3	77,4	35,7	22,6	10.710	10.383
Ausland	48,6	63,7	51,4	36,3	10.732	10.435
Region rund um die Universität	64,3		35,7		10.573	

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

Man studiert im Land bzw. heimatnah und arbeitet nach Möglichkeit später auch dort. Das 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 Differenzierungen 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.³⁹ 34,7 % der Studenten 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 Rheinhesen, in der auch die Universität Mainz liegt und die im 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 Großerholungsraum anzubieten hat. Die Flussregionen Rhein-Mosel-Saar-Lahn rangierten im Mittelfeld, wenig beliebt sind dagegen die Hochflächen der Mittelgebirge Eifel, Hunsrück und Westerwald.

³⁹ Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass die dabei analysierten Relationen für andere Bundesländer und Regionen wesentlich anders sind.

Attraktiver sind also urbanisierte Regionen und solche, die als landschaftlich reizvoll gelten – etwa die Flussregionen an Rhein und Mosel -, während rurale Gebiete mit kleinteiliger, dörflicher Siedlungsstruktur wenig anziehend sind (wir werden dies auch noch bei der Frage nach der Größe der Wohn- und Arbeitsorte sehen).

Andererseits zieht es gerade diese Studenten 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

Tabelle 36: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN UND HERKUNFTSREGION (ANGABEN IN PROZENT)

	SÜD-DEUTSCHLAND	WEST-DEUTSCHLAND	OST-DEUTSCHLAND	STADTSTAATEN	N/SIG.
Heimatregion	80,9	77,1	70,5	87,1	9.493/.000
Heimatbundesland	91,0	84,2	72,1	87,4	9.640/.000
Anderes Bundesland	58,1	66,2	67,3	67,1	9.459/.000
Ausland	51,2	46,2	37,6	57,9	9.470/.000
Region um die Universität	66,8	64,7	60,1	61,8	9.452/.000

Tabelle 37: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER BUNDESLÄNDER UND REGIONEN (NUR LANDESFREMDE STUDENTEN, ANGABEN IN PROZENT)

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

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 Studenten aus Stadtstaaten kaum attraktiv. Die geringste Varianz besteht bei der Attraktivität der (den Studenten vertrauten) Region rund um die Universität, was wiederum 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.

In **Frage 18** haben wir alle Studenten, die in **Frage 17** angegeben hatten, dass auch andere Bundesländer als ihr Herkunftsbundesland als Arbeitsort in Frage kämen, gefragt, welche das sind. Hier zeichnet sich ein deutliches West-Ost-Gefälle ab. Wenn andere Bundesländer überhaupt in Frage kommen, dann sind nach wie vor insbesondere die großen west- und süddeutschen Bundesländer und die großen Stadtstaaten Berlin und Hamburg beliebt und attraktiv. Eine oder mehrere Regionen aus dieser Spitzengruppe kommen für knapp 60 % als Arbeitsort in Frage. Regionen des Mittelfeldes – mittelgroße Flächenländer in Westdeutschland und Bremen – sind für ca. 45 % eine Option. In Ländern der Schlussgruppe (Ostdeutsche Bundesländer und das Saarland) will dagegen weiterhin nur ein Drittel der Befragten arbeiten.

Abbildung 4: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER BUNDESLÄNDER: (NUR LANDESFREMDE STUDENTEN)

- Spitzengruppe
- Mittelfeld
- Schlussgruppe



Tabelle 38: ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN UND HERKUNFTSREGION (ANGABEN IN PROZENT)

	SÜDDEUTSCH- LAND	WESTDEUTSCH- LAND	OSTDEUTSCH- LAND	STADT- STAATEN	N/SIG.
SPITZENGRUPPE (Süddeutschland, NRW, Metropolen)	57,3	63,3	58,1	64,1	9.532/.000
MITTELFELD (Westdeutschland)	36,0	55,4	46,2	45,3	9.532/.000
SCHLUSSGRUPPE (Ostdeutschland, Saarland)	22,4	28,3	57,0	37,2	9.532/.000

In Frage 18 haben wir alle Studenten, die in Frage 17 angegeben hatten, dass auch andere Bundesländer als ihr Herkunftsbundesland als Arbeitsort in Frage kämen, gefragt, welche das sind. Hier zeichnet sich ein deutliches West-Ost-Gefälle ab. Wenn andere Bundesländer überhaupt in Frage kommen, dann sind nach wie vor insbesondere die großen west- und süddeutschen Bundesländer und die großen Stadtstaaten Berlin und Hamburg beliebt und attraktiv. Eine oder mehrere Regionen aus dieser Spitzengruppe kommen für knapp 60 % als Arbeitsort in Frage. Regionen des Mittelfeldes – mittelgroße Flächenländer in Westdeutschland und Bremen – sind für ca. 45 % eine Option. In Ländern der Schlussgruppe (Ostdeutsche Bundesländer und das Saarland) will dagegen weiterhin nur ein Drittel der Befragten arbeiten.

Wie nun wirkt sich die Herkunft der Studenten 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 festgestellten drei zentralen Trends hat sich nichts geändert:

1. Länder der Spitzengruppe sind bundesweit mehrheitlich attraktiv – deshalb sind sie ja in der Spitzengruppe, Studenten aus allen Regionen Deutschlands können sich vorstellen, dort zu arbeiten.
2. Studenten aus Ostdeutschland wollen zwar mehrheitlich nicht im Ausland arbeiten, haben aber hinsichtlich einer Tätigkeit in Deutschland keine ausgeprägten Präferenzen und sind hier flexibler.
3. Studenten aus Westdeutschland wollen nicht im Osten arbeiten.

Zur Klärung der Frage, wie groß das Rekrutierungspotential der einzelnen Bundesländer ist, müssen natürlich auch die Studenten 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 Studenten als Arbeitsorte attraktiv sind. Die Karte in Abbildung 5 ist dann so zu lesen, dass 94 % der Studenten aus Baden-Württemberg sich auf jeden Fall oder mit großer Wahrscheinlichkeit vorstellen können, später auch in ihrem Herkunftsbundesland zu arbeiten. Für knapp 50 % ist Bayern auch eine Option, für 28 % Berlin und für 8 % Sachsen-Anhalt.

Die Abbildungen 5 bis 20 zeigen damit nochmals sehr deutlich, dass – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau – die Herkunftsbundesländer sehr attraktiv sind und sich die Studenten ansonsten eher in der näheren Region rund um ihr Heimatbundesland orientieren – abgesehen von denjenigen aus Hamburg und Berlin. Dabei haben aber im Vergleich zu 2010 bereits die Nachbarländer und erst recht weiter entfernt liegende Bundesländer an Beliebtheit verloren.

Die Abbildungen 21 bis 36 zeigen zweitens, aus welchen Regionen die jeweils betrachteten Bundesländer grundsätzlich und in welchem Ausmaß Personal rekrutieren können, wenn die in dieser Befragung erhobenen Präferenzen stabil bleiben. Die 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 Streuverluste den Aufwand von Werbe- und Informationskampagnen deutlich übersteigen.

Abbildung 5:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **BADEN-WÜRTTEMBERG**

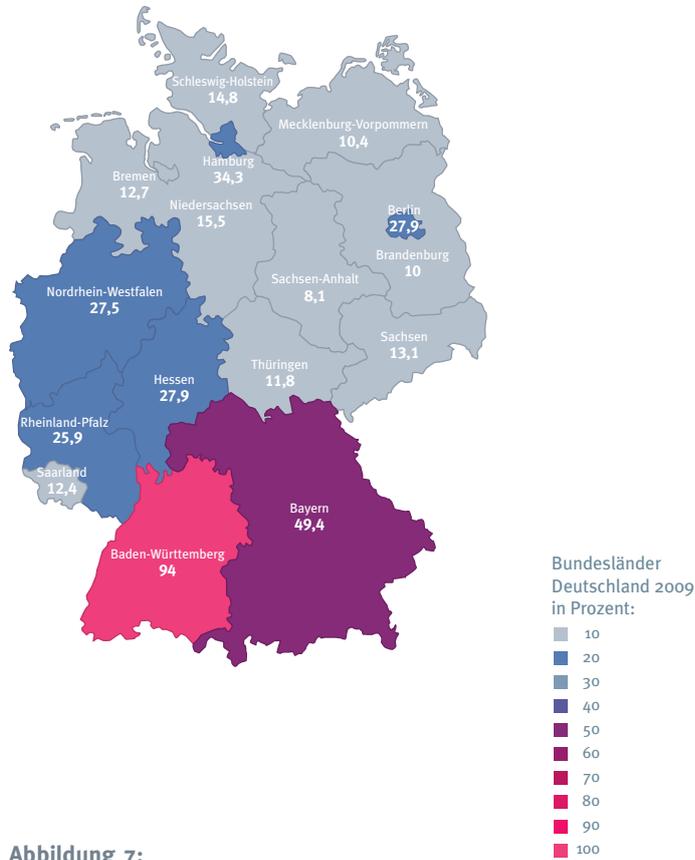


Abbildung 6:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **BAYERN**

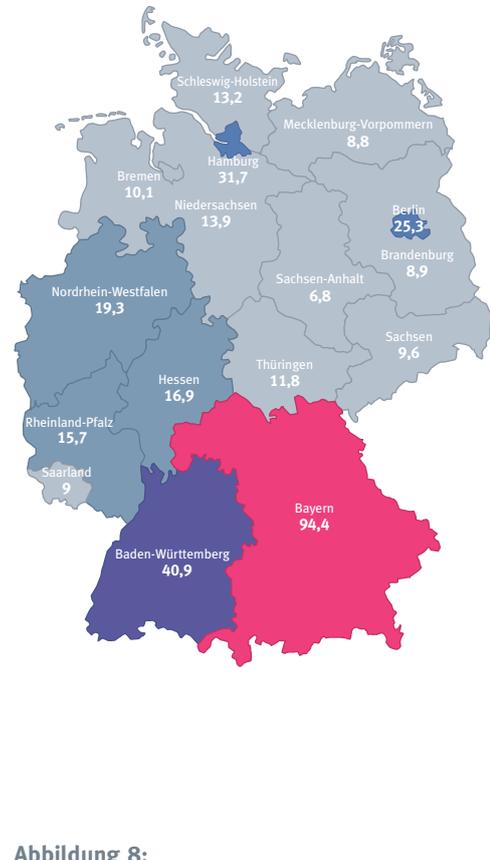


Abbildung 7:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **BERLIN**

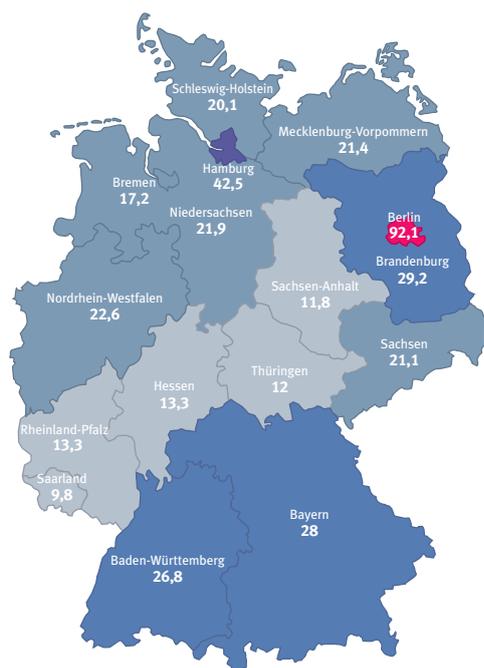


Abbildung 8:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **BRANDENBURG**

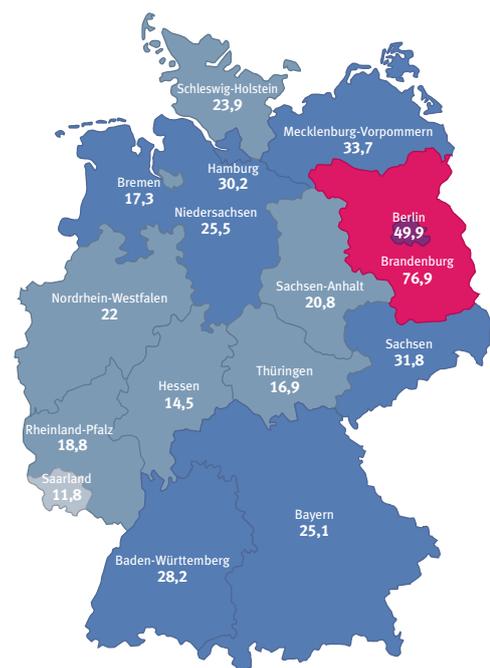


Abbildung 9:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **BREMEN**

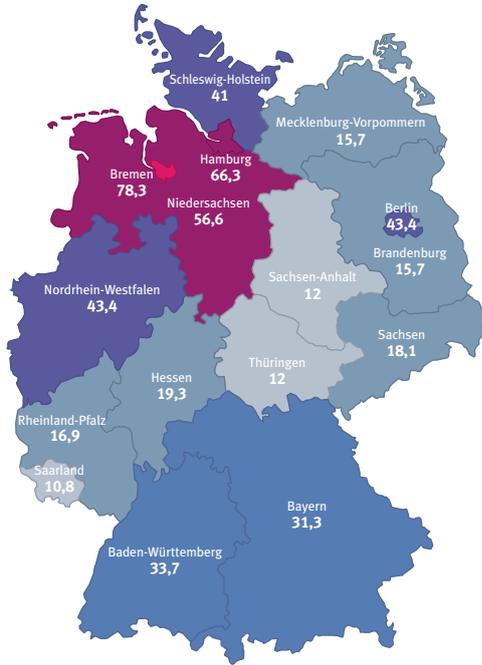
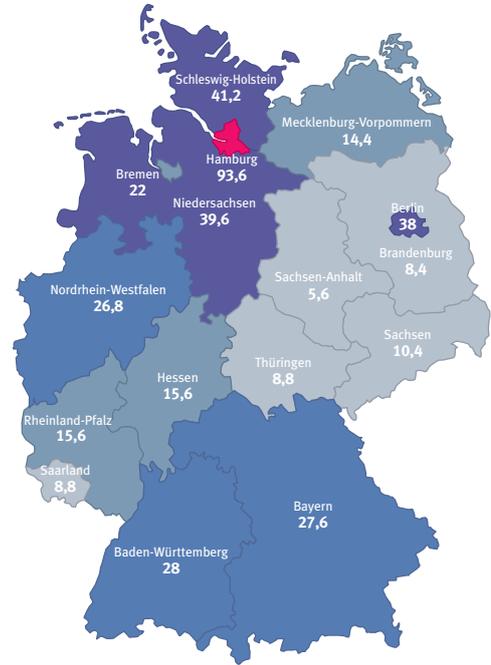


Abbildung 10:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **HAMBURG**



Bundesländer
Deutschland 2009
in Prozent:



Abbildung 11:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **HESSEN**

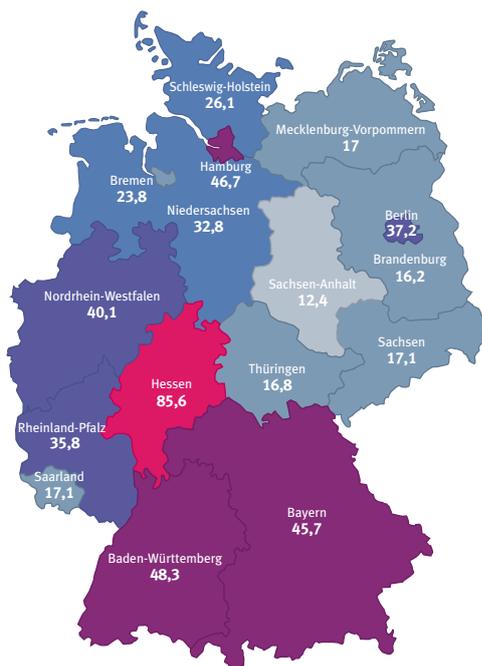


Abbildung 12:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN
AUS **MECKLENBURG-VORPOMMERN**

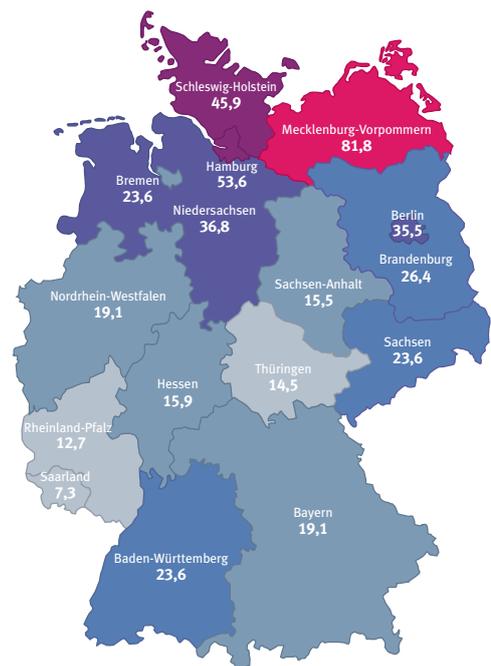


Abbildung 13:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS NIEDERSACHSEN

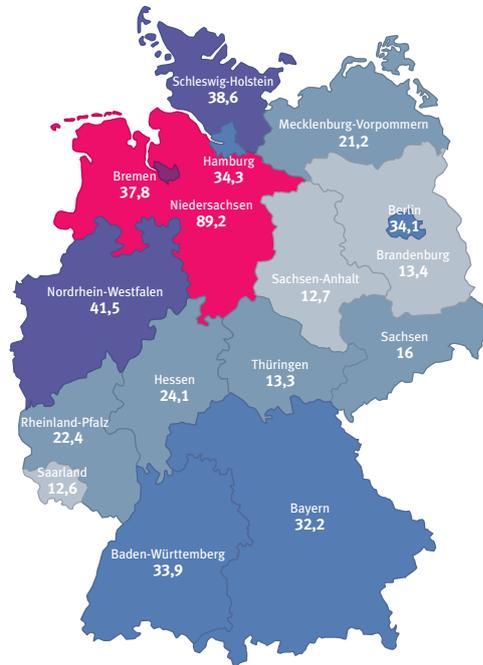


Abbildung 14:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS NORDRHEIN-WESTFALEN

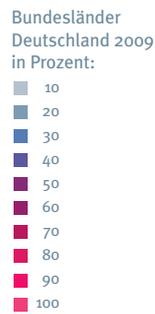
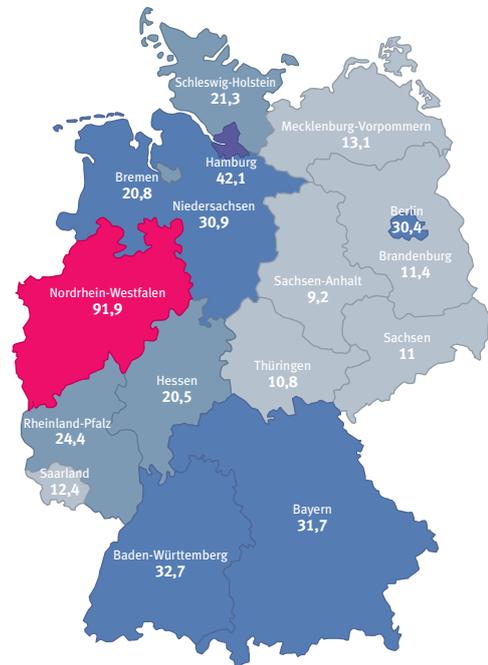


Abbildung 15:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS RHEINLAND-PFALZ

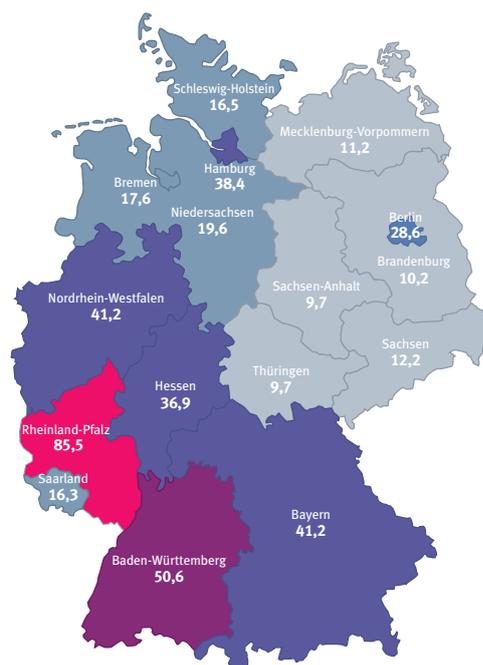


Abbildung 16:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS DEM SAARLAND

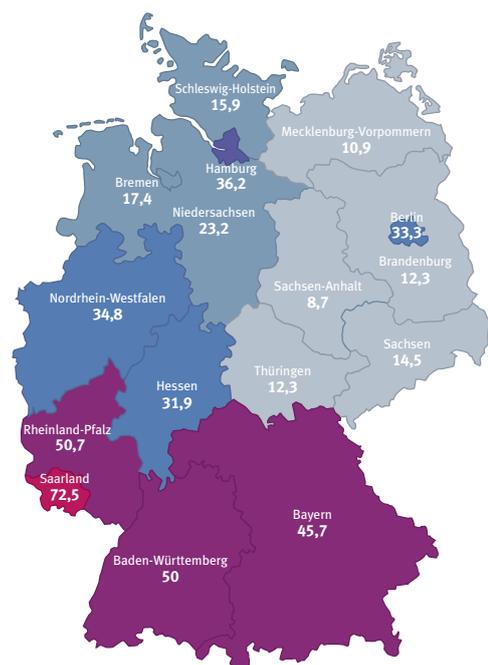


Abbildung 17:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **SACHSEN**

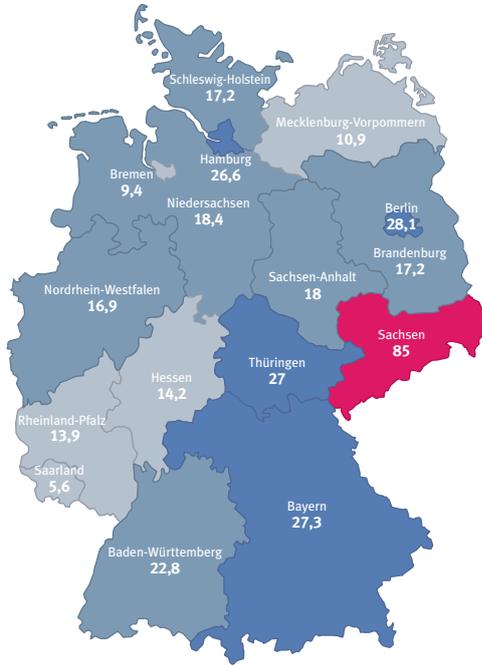
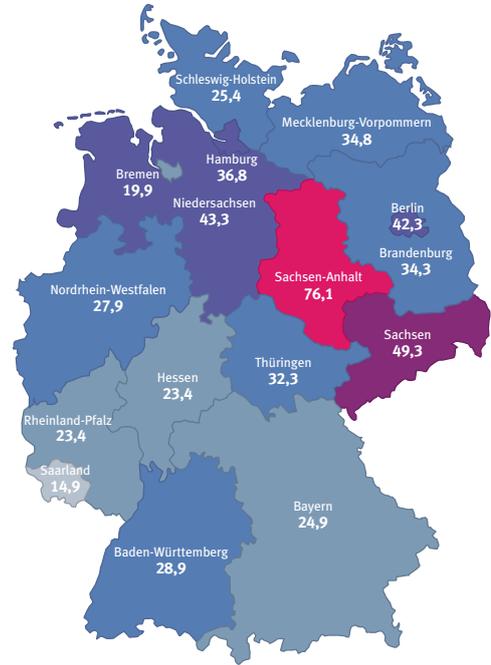


Abbildung 18:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **SACHSEN-ANHALT**



Bundesländer
Deutschland 2009
in Prozent:



Abbildung 19:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **SCHLESWIG-HOLSTEIN**

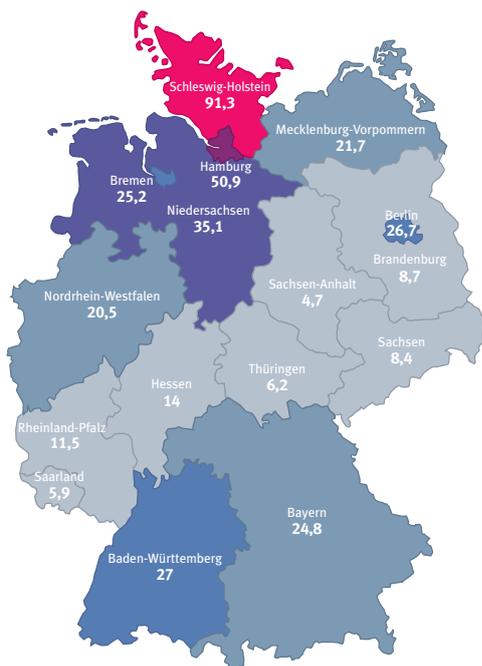


Abbildung 20:
ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER
FÜR STUDENTEN AUS **THÜRINGEN**

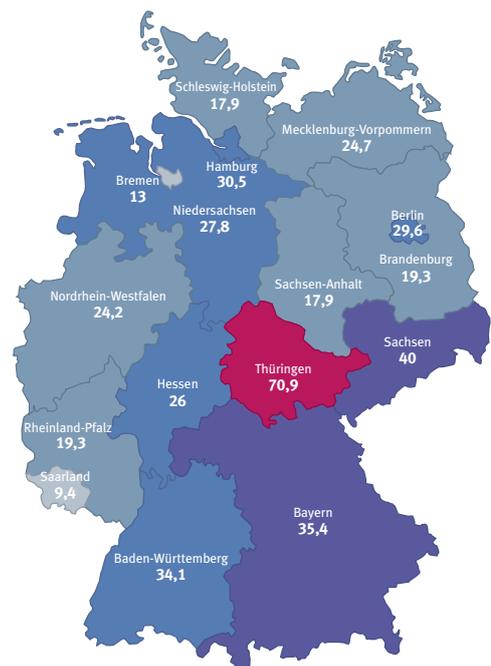


Abbildung 21:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BADEN-WÜRTTEMBERG

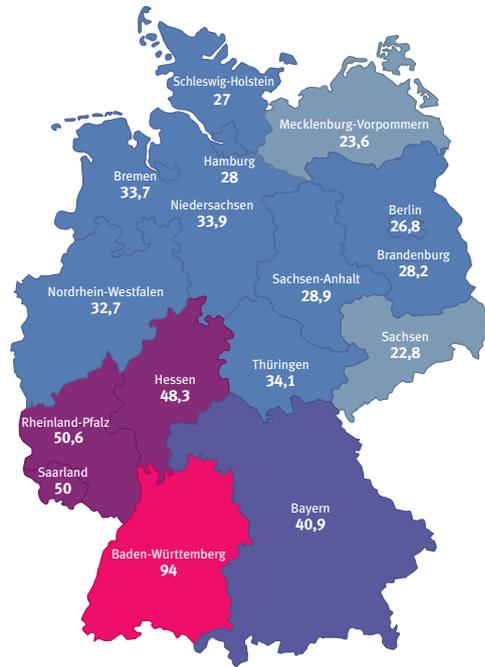
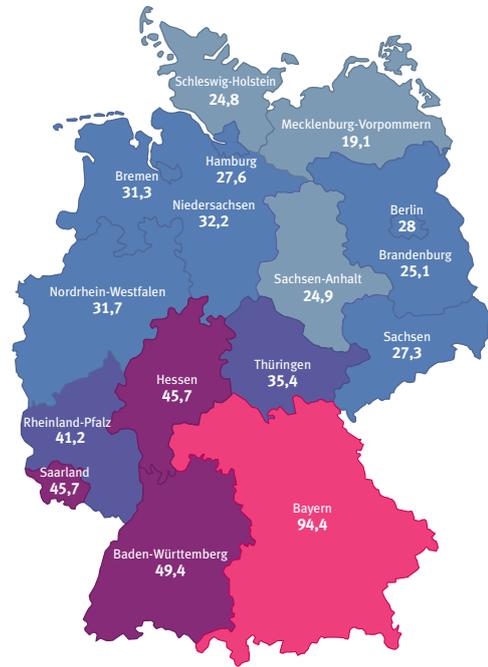


Abbildung 22:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BAYERN



Bundesländer
Deutschland 2009
in Prozent:



Abbildung 23:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BERLIN

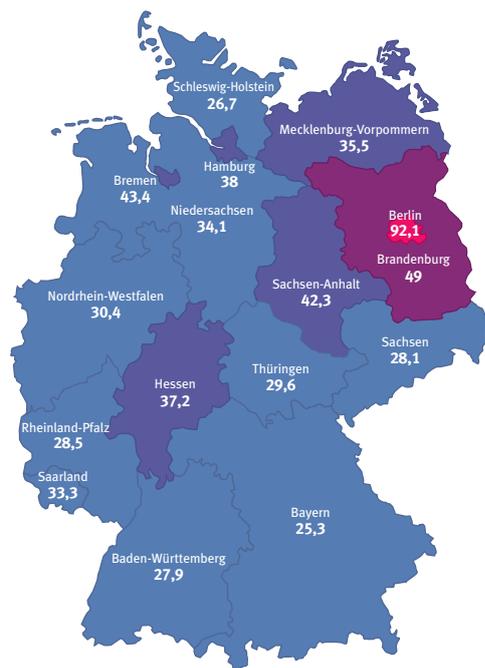


Abbildung 24:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BRANDENBURG

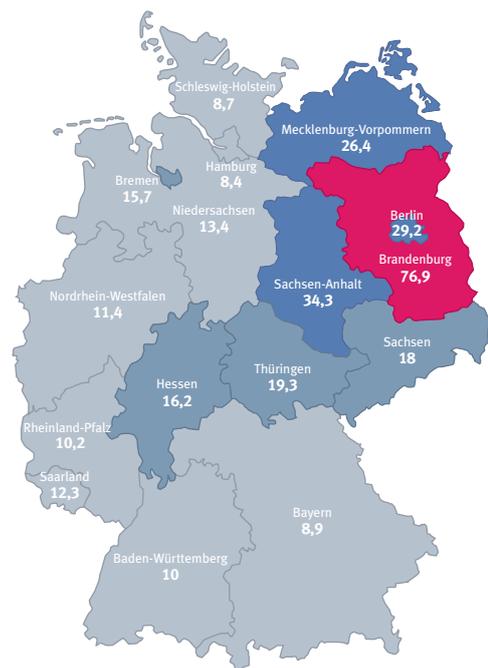


Abbildung 25:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BREMEN

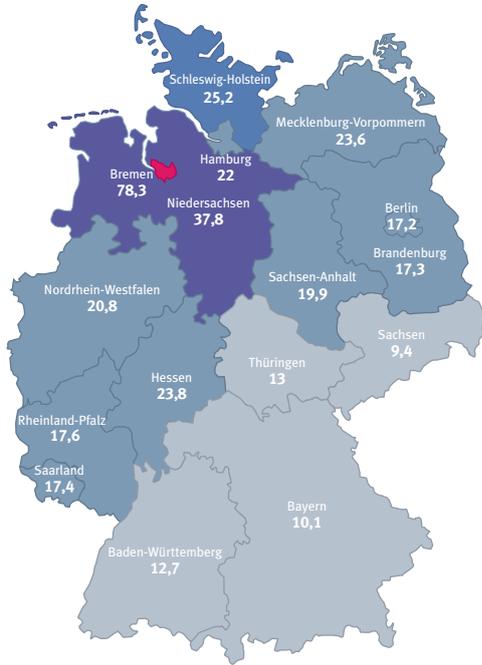
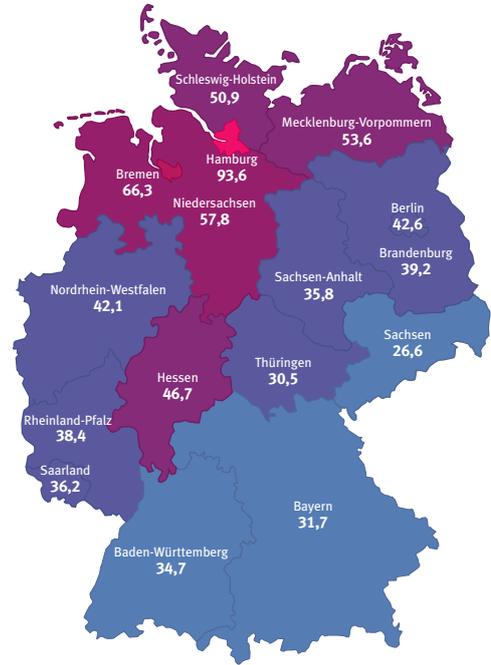


Abbildung 26:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
HAMBURG



Bundesländer
 Deutschland 2009
 in Prozent:



Abbildung 27:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
HESSEN

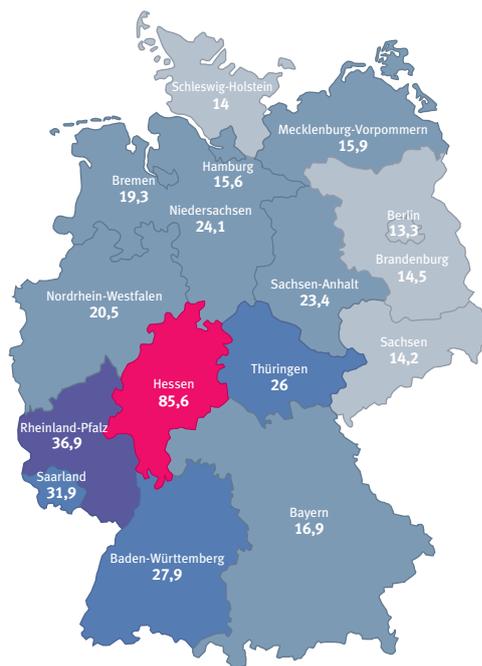


Abbildung 28:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
MECKLENBURG-VORPOMMERN

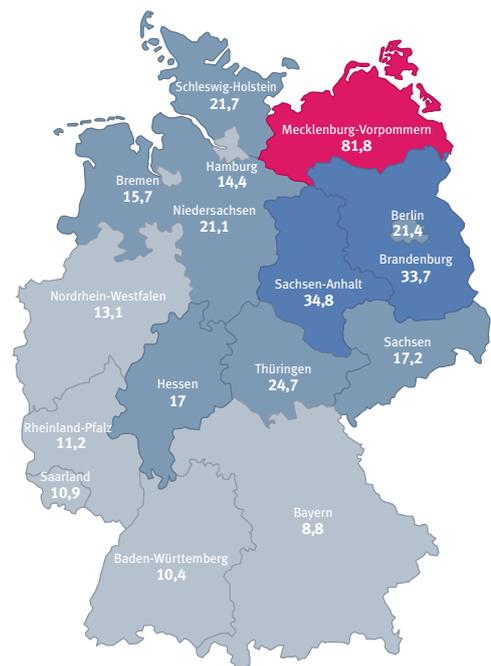


Abbildung 29:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
NIEDERSACHSEN

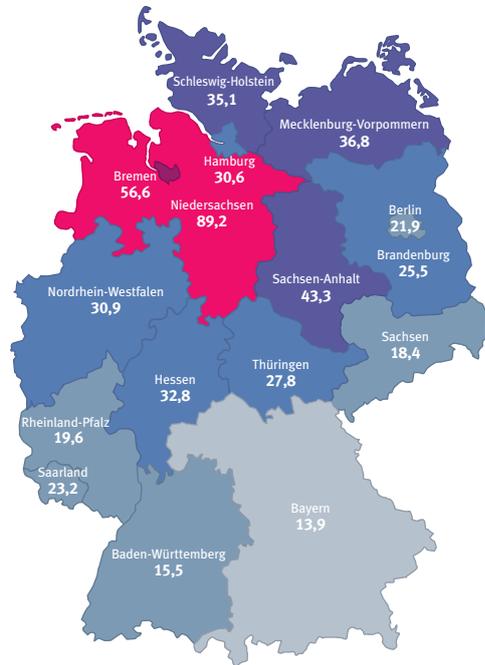
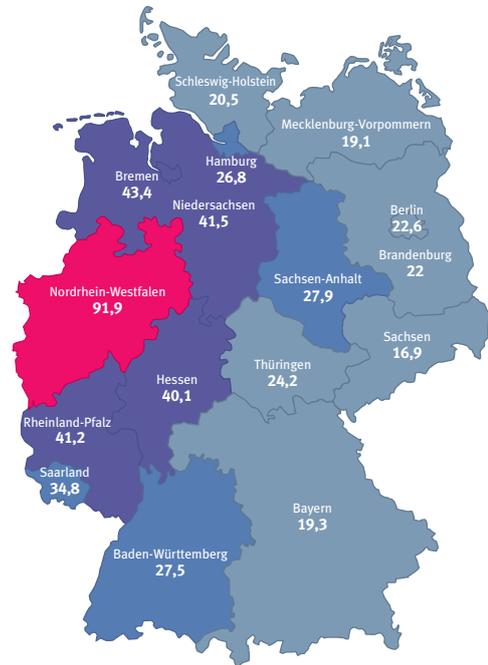


Abbildung 30:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
NORDRHEIN-WESTFALEN



Bundesländer
Deutschland 2009
in Prozent:



Abbildung 31:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
RHEINLAND-PFALZ

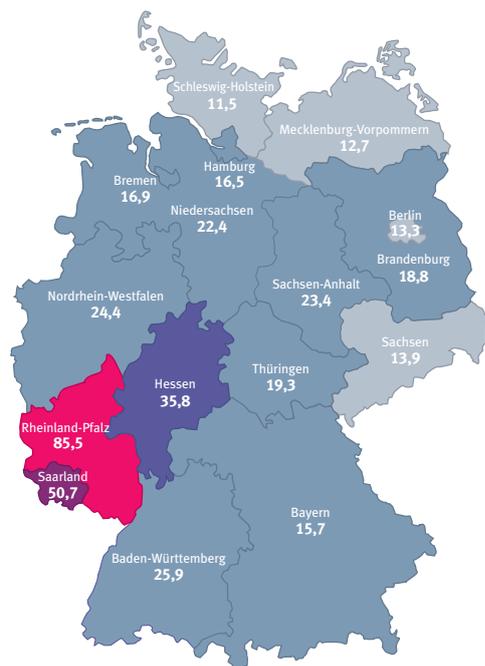


Abbildung 32:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SAARLAND

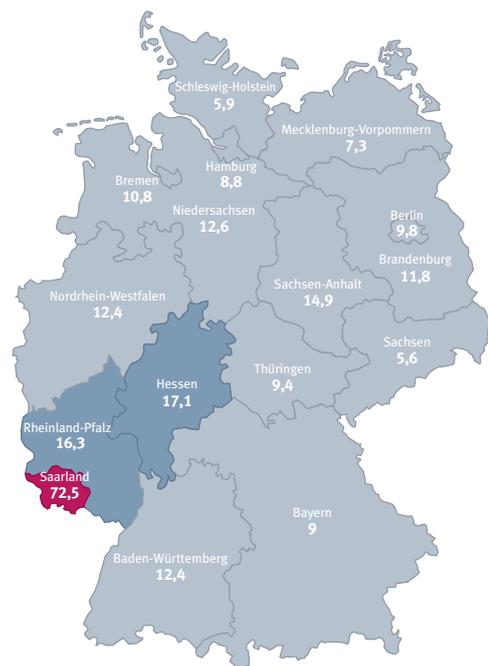


Abbildung 33:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SACHSEN

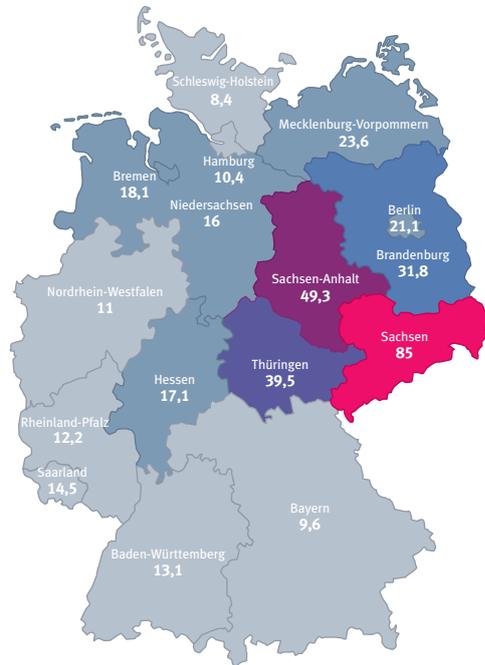
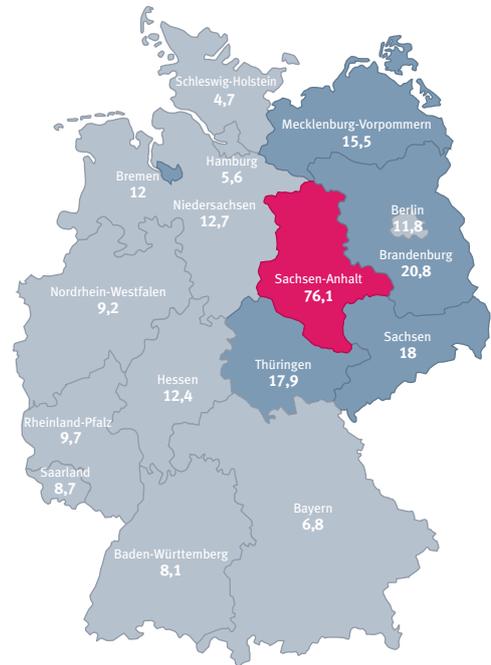


Abbildung 34:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SACHSEN-ANHALT



Bundesländer
 Deutschland 2009
 in Prozent:

- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60
- 70
- 80
- 90
- 100

Abbildung 35:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SCHLESWIG-HOLSTEIN

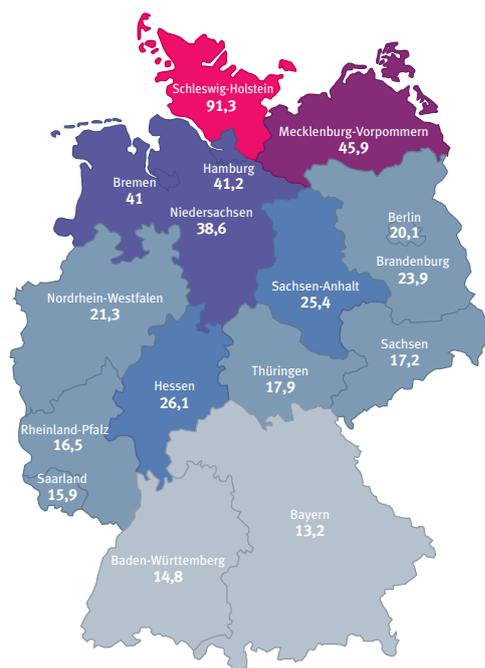
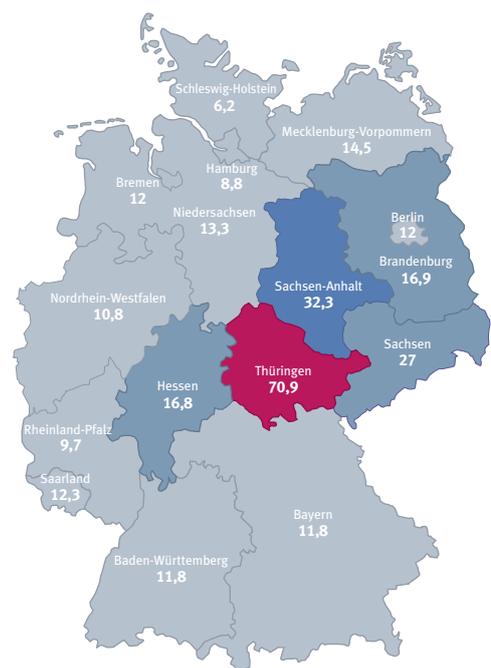


Abbildung 36:
ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
THÜRINGEN



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 gutes Drittel (37 %, 2010 33 %) hat in dieser Hinsicht keine Vorbehalte, fast zwei Drittel dagegen schon. Die unbeliebten Orte lassen sich eindeutig benennen: Es sind die sehr kleinen und kleinen Landgemeinden. Ein Originalkommentar aus dem Jahr 2010 hat seine Aktualität 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. Im Vergleich zu 2010 zeichnet sich allerdings ein Rückgang bei der Aversion gegen kleine Landgemeinden ab.

In Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern wollen 41,3 % nicht leben und arbeiten. In Orten mit bis zu 10.000 Einwohnern 33,4 % nicht. Das gleichsam platte Land ist mithin für nahezu die Hälfte der Studenten eine „No-Go-Area“ (wenn auch mit einer vielleicht etwas rückläufigen Tendenz), ländliche Regionen inklusive der ländlichen Mittelzentren, also der Kreisstädte, die häufig weniger als 10.000 Einwohner haben, kommen für ein gutes Drittel der Befragten nicht in Betracht. Bei dieser Aversion gegen das Land spielt wiederum die regionale Herkunft und sozialräumliche Sozialisation eine entscheidende Rolle. Ländlich sozialisierte Studenten würden signifikant häufiger auch auf dem Land leben und arbeiten. Das Geschlecht hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss: Frauen sind deutlich eher bereit, auch aufs Land zu gehen als Männer. Dagegen spielt der Studienabschnitt bei dieser Frage keine Rolle.

Tabelle 39: AVERSION GEGEN BESTIMMTE ARBEITSORTE (ORTSGRÖSSEN, IN KLAMMERN ZAHLEN VON 2010)

EINWOHNER	N	%	LANDKREISE %	LANDGEMEINDEN BIS 5.000 EW %
bis 2.000	5.320 (5.761)	49,1 (54,3)	33,4 (35,1)	41,3 (45,3)
2.000 bis 5.000	4.521 (4.874)	41,7 (46,0)		
5.000 bis 10.000	3.730 (3.857)	35,4 (36,4)		
10.000 bis 50.000	2.265 (2.139)	20,9 (21,5)		
50.000 bis 100.000	1.261 (1.125)	11,6 (11,3)		
100.000 bis 500.000	921 (850)	8,5 (8,0)		
mehr als 500.000	1.895 (1.719)	17,5 (16,2)		

Tabelle 40: 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
Ja	81,6	82,4	81,2	70,5	60,6	40,6	47,7
Nein	18,4	17,6	18,8	29,5	39,4	59,4	52,3
N	683	683	724	2.737	891	1.974	1.839

Sig. = .000, Cramer's V = .219

Tabelle 41: ARBEITEN IN LANDKREISEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN GEMEINDEN BIS 10.000 EINWOHNER	WEIBLICH	MÄNNLICH
Ja	28,4	42,7
Nein	71,6	57,3
N	6.634	3.650

Sig. = .000, Phi = .145

Tabelle 42: ARBEITEN IN LANDGEMEINDEN NACH GRÖSSE DES HERKUNFTSORTES (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN GEMEINDEN 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
Ja	74,2	75,8	72,5	61,1	52,7	52,2	45,4
Nein	25,8	24,2	27,5	38,9	47,3	47,8	54,6
N	683	683	724	2.737	891	1.974	1.839

Sig. = .000, Cramer's V = .203

Tabelle 43: ARBEITEN IN LANDGEMEINDEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

ARBEITEN IN GEMEINDEN BIS 5.000 EINWOHNER	WEIBLICH	MÄNNLICH
Ja	63,2	50,1
Nein	36,8	49,9
N	6.634	3.650

Sig. = .000, Phi = .127

5.9

Versorgungsformen und Versorgungsmodelle: Der Informationsstand 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 verschiedene Versorgungsformen und –modelle und gerade die freiberufliche Tätigkeit bedarf auch einiger betriebswirtschaftlicher Kenntnisse. Aber gerade auf diese Aspekte der späteren Berufstätigkeit bereitet das Medizinstudium in seiner jetzigen Form offenkundig nicht optimal vor, viele der Befragten beklagen hier Defizite wie die folgenden:

„Die Niederlassung gerade als Hausarzt wird im Studium einem zu wenig näher gebracht. Man bekommt kein Bild was es bedeutet. Es geistern so viele Geschichten von zu wenig Verdienst, ewigen Arbeitszeiten und viel zu viel Bürokratie durch die Gegend. Man hat keine Möglichkeit sich eine transparente Übersicht darüber zu verschaffen was wirklich auf einen zukommt und wieviel man verdient. Die Ärzte am Klinikum haben ja auch keine Ahnung davon. Und Niedergelassene lassen sich auch nur selten wirklich darüber aus. Man sollte gezeigt bekommen wie das ganze strukturiert ist und welche Bürokratie wirklich auf einen zukommt und wie ich dann mein Geld verdienen kann. Ganz sachlich, ohne persönliche Färbung.“

„Zum Thema Praxis bzw. Niederlassung würde ich mir wünschen mehr Informationen im Studium zu erhalten. Gut durchdachte Teilzeitmodelle und bessere Kinderbetreuungsmöglichkeiten.“

„Ich traue mir eine Niederlassung kaum zu, weil ich das Gefühl habe, ohne ein extra Studium zu den Finanzen dies gar nicht zu können. Außerdem hätte ich Angst, durch Regresse oder Unwissenheit in diesem riesigen Wirrwarr von Paragraphen, Abrechnungen, Neuerungen, Gängelungen durch die Krankenkassen, ... finanziell zu scheitern.“

„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 Facharzt Ausbildung 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. Es kann nicht sein, dass man sich seine Kompetenzen in diesem Bereich irgendwie zusammensuchen muss. Für diejenigen, die eine Niederlassung erwägen, sollte es eine geregelte Ausbildung geben.“

„Das Thema Niederlassung spielt im Studium eine untergeordnete Rolle. Während man recht gut auf die Arbeit des Stationsalltags vorbereitet wird, erfährt man viel zu wenig zum Thema Abrechnung, juristische Hintergründe und Personalmanagement in einer Praxis. Ohne Änderung der Lehrinhalte des Studiums wird das (vor allem zukünftig zunehmend bedeutsam werdende) Problem der ärztlichen Unter-/ Fehlversorgung in einigen ländlichen Regionen nicht zu lösen sein.“

„Das Thema Niederlassung, Hausarzt und Praxisführung (auch mit wirtschaftlichen Aspekten) kommt im Studium leider viel zu kurz bis gar nicht dran. Mich interessiert z. B. auch der monatliche Verdienst eines Hausarztes um hier sich auch ein besseres Bild zu machen. Für den klinischen Bereich ist das ja über den Marburger Bund ohne Probleme bei den Tarifverträgen ersichtlich. Man findet im Internet hierzu tausende von zahlen und Kommentare von jammern über Armut bis hin zum Reichtum.“

„Niederlassung wird im Studium kaum bis gar nicht thematisiert im Sinne von, was sind die Grundlagen, wie läuft das, was muss man beachten usw. Allgemein wird wenig über den Beruf als Arzt gesagt, das Hauptaugenmerk liegt auf der Tätigkeit nicht dem drum herum. Bsp. Wie läuft die Facharzt Ausbildung, wie lange, was muss man wissen, was sind Weiterbildungspunkte usw.“

„Ich denke, dass die Niederlassung für Ärzte wieder attraktiver werden muss, und dass im Studium besser über die Möglichkeit und Chancen informiert werden sollte. Das Hausarztpraktikum während Block E war eine der besten und interessantesten Veranstaltungen, aber ich hatte immer den Eindruck, dass der Arzt, die Praxis eher als Klotz am Bein empfindet, zu viel Bürokratie, zu viel Organisation, schlechte Arbeitsbedingungen und viel zu schlechte Bezahlung. Der Grund für mich zu sagen, ich möchte nicht in eine Praxis ist der, dass ich genau davor Angst hätte, die Arbeit dort fand ich großartig.“

„Viele sind schlecht informiert und haben keine Ahnung vom Alltag in der Hausarztpraxis. Sie denken, es sei langweilig und man würde nichts dabei verdienen. Ich denke das nicht, aber ich weiß auch ein bisschen besser Bescheid, weil ich 2 Jahre in einer gut funktionierenden Praxis angestellt war und mir das große Lust gemacht hat, später wieder dort zu arbeiten. Sicher sein kann man sich natürlich nie.“

„Viel zu viele Studenten haben keine Ahnung, was Ärzte in der hausärztlichen Versorgung alles wissen und können und schätzen diesen Zweig der Medizin völlig ungerechtfertigt viel zu gering.“

„Im Studium wird wenig über andere Modelle der Versorgung berichtet, die über die Grenzen einer Universität hinausgehen. Man sieht häufig nur die sehr gestressten Ärzte zwischen Forschung und Klinik und bekommt nicht mit, dass das nicht der Alltag sein muss. Als Hausarzt zum Beispiel ist man dem enormen Hamsterradphänomen der großen Kliniken z. B. nicht ausgesetzt. Trotzdem wird uns meistens erzählt wie toll die Chancen an der Uniklinik sind. In meinen Augen stimmt das nicht überein.“

„Thema Niederlassung sollte im Studium thematisiert werden. Wir hatten keine einzige Veranstaltung dazu, sehr sehr schade! Zumindest sollte es eine freiwillige Veranstaltung für Interessierte geben.“

Wenn man sich zum Thema Allgemeinmedizin, Weiterbildungsverbände etc. informiert, findet man relativ wenig Information und ist größtenteils auf sich allein gestellt.

„Punkte wie: - Wie leite ich eine Praxis - Wie verhalte ich mich als Arbeitgeber (Rechte & Pflichten) - Steuern & Abgaben - Recht!!! – Abrechnung wurden bei uns nicht gelehrt, sondern komplett außen vor gelassen. Nicht mal ein Kurs oder Seminar wurde angeboten. Das erzeugt Unsicherheit und so Ablehnung einer Niederlassung gegenüber. Die Hürden scheinen unüberwindlich.“

„Wünschenswert: mehr Infoveranstaltungen zum Thema Niederlassung(-modelle und -finanzierung), z. B.: Vortrag und Diskussionsrunde mit Niedergelassenen.“

„Ich wünsche mir mehr Aufklärung im letzten Studienjahr vor dem PJ über Möglichkeiten der Berufswahl, Gegenüberstellungen von: Praxis vs. MVZ vs. kleines Krankenhaus vs. Uniklinik.“

„Leider wird im Studium nie etwas über den Managementbereich der niedergelassenen Ärzte gelehrt: z. B. Praxisräume, Angestellte, Abrechnungssystem, Versicherung, etc.“

„Woher bekomme ich Informationen zu Fachartzkatalogen. Welche Voraussetzungen müssen für die jeweiligen Fachärzte erfüllt sein. Was wird mir wo anerkannt. Wie bekommt man eine Stelle in einem MVZ. Kann man dort auch als Assistenzarzt arbeiten? Wo werden die Stellen ausgeschrieben? Lohnt es sich heute noch sich niederzulassen ohne Startkapital, ohne Elternpraxis! Komplette eine Praxis kaufen und von vorne beginnen? Schafft man es überhaupt noch diese Schulden wieder abzubauen?“

„Niederlassung erscheint mir erstrebenswert, aber man wird zu wenig darauf vorbereitet. Kein Fach zu Wirtschaftlichkeit und Priorisierung. Probleme mit Regressforderungen, undurchsichtige Abrechnung etc.“

„Zum Thema Niederlassung/ambulante Versorgung: Es wäre wünschenswert, hierzu bereits während des Studiums ein paar Informationen/Eindrücke vermittelt zu bekommen, auch zu Organisationsstrukturen etc.“

„Natürlich, ich bin generell frustriert über die schlechte Vorbereitung auf das tatsächliche Arztleben, mit wirtschaftlichen Tipps zur Praxisführung, viel mehr praktischer Erfahrung, dass man bei Berufseinstieg nicht so völlig unwissend ist.“

„Es wäre schön, wenn man schon während des Studiums darüber informiert würde, wie die konkreten Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten in den unterschiedlichen Fachgebieten aussehen.“

„Es sollte regelmäßig im Studium oder durch extracurriculäre Veranstaltungen über berufliche Möglichkeiten und Perspektiven informiert werden, das fehlt bisher und ist völlig der Eigenregie überlassen. So kommen manche Fächer, auf denen der persönliche Fokus noch nicht lag und die noch nicht im Studienverlauf vorkamen bei den Überlegungen zur beruflichen Zukunft sicher zu kurz.“

„Informationen im Rahmen einer Vorlesung an der Universität über Niederlassungsmöglichkeiten / Berufsmarkt für Ärzte im Allgemeinen im klinischen Abschnitt wäre begrüßenswert.“

Tabelle 44: SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN (ANGABEN IN PROZENT)

	%	N
Stationäre Versorgung	65,2	6.136
Ambulante Versorgung	37,9	3.487
Gemischte Versorgungsmodelle	15,9	1.333
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung	13,0	1.043

Tabelle 45: SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH
Stationäre Versorgung*	64,3	68,0
Ambulante Versorgung*	36,8	40,0
Gemischte Versorgungsmodelle*	13,9	19,5
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung*	11,4	15,4

*Hochsignifikanter Unterschied

Tabelle 46: SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	VORKLINISCHER TEIL	KLINISCHER TEIL	PJ
Stationäre Versorgung*	62,1	64,5	73,8
Ambulante Versorgung*	38,9	37,6	37,3
Gemischte Versorgungsmodelle*	19,8	13,9	15,7
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung*	17,1	11,1	12,3

*Hochsignifikanter Unterschied

„Die medizinischen Fakultäten sollten mehrere Informationsveranstaltungen über Berufsmöglichkeiten nach dem Medizinstudium sowie über die Funktionsweise von und Arbeitsbedingungen in medizinischen Einrichtungen anbieten. Den Informierungsgrad untern Medizinstudenten erachte ich als sehr eingeschränkt.“

Diese letzte Einschätzung deckt sich mit dem entsprechenden Selbstbild der meisten Befragten. Man schätzt den eigenen Informationsstand über verschiedene Bereiche der Patientenversorgung mehrheitlich eher schlecht ein. 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 zwei Drittel 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 Studenten aber eigentlich besonders interessieren. Männer fühlen sich tendenziell etwas besser informiert als Frauen. Mit fortschreitendem Studium wird übrigens der subjektive Kenntnisstand nicht generell besser – im Gegenteil. Denn diese Tendenz gilt nur für die stationäre Versorgung, für alle anderen Bereiche sinken die Anteile der gut informierten Studenten dagegen sogar.

5.10 Informationsquellen und deren Bewertung

Neu in der zweiten Befragung sind Fragen zu den Informationsquellen der nächsten Generation von Ärzten und zwar im Hinblick auf die spätere ärztliche Tätigkeit. Diese Fragen wurden gestellt, um die Reichweite verschiedener Medien für gezielte Informationen und auch für die Ausschreibung oder generelle Bewerbung von Stellen, Arbeitgebern und Arbeitsregionen einschätzen zu können. Dabei ist allerdings nicht nur die grundsätzliche Nutzung von Interesse, sondern auch die Nutzungsintensität und das Vertrauen in die Seriosität der jeweiligen Medien wichtig. Schon die Nutzung als solche weist eine deutliche Varianz auf, die aber aus Sicht von Vertretern der älteren und typischerweise mit Blick auf den Nachwuchs kulturkritischen Generation, zu der sich fast alle Autoren dieses Berichts durchaus zählen dürfen, zumindest in Teile

durchaus erfreulich ist: Denn mit großem Abstand an der Spitze steht das direkte Gespräch mit echten Menschen, mit bereits tätigen Ärzten, die über Erfahrungen in dem interessierenden Bereich verfügen. Auf Platz Drei folgen überregionale Medien wie FAZ oder Süddeutsche – und dass man sich über Beschäftigungsmöglichkeiten und –modelle auf Webseiten von Arbeitgebern informiert (Platz Zwei), ist eine rationale Strategie. Die sog. Generation „Facebook“ zeigt mithin nicht das Informationsverhalten, dass man bei solchen stereotypen Kategorisierungen erwarten würde (wenn auch die Anteile der genutzten Medien noch optimierungsfähig sind). Soziale Netzwerke und Internetforen sind nicht die bevorzugten Informationsquellen. Allerdings werden auch das Deutsche Ärzteblatt und andere medizinische Fachzeitschriften kaum

Tabelle 47: INFORMATIONSQUELLEN ÜBER FRAGEN ZUR SPÄTEREN ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT, NUTZUNGSINTENSITÄT UND BEWERTUNG (ANGABEN IN PROZENT)

QUELLE	INFORMATION		HÄUFIGE NUTZUNG		GROSSES VERTRAUEN	
	%	N	%	N	%	N
Gespräche mit bereits tätigen Ärzten	91,5	9.849	76,8	8.222	84,6	8.520
Internetseiten von Krankenhäusern oder Klinikbetreibern	40,5	4.359	19,9	2.132	12,8	1.117
Medien wie FAZ, Süddeutsche Zeitung, Spiegel (online oder Print)	40,2	4.323	29,8	3.192	10,3	887
Dokumentationen in Fernsehen/Radio	40,0	4.303	25,2	2.693	5,5	472
Medizinportale im Internet	37,3	4.058	20,8	2.225	4,1	349
Internetforen	27,1	2.913	16,5	1.770	1,9	162
Soziale Netzwerke	25,3	2.719	19,3	2.069	1,6	136
Internetseiten von Verbänden (z. B. Marburger Bund, Hartmannbund)	21,9	2.356	11,0	1.177	12,8	1.117
Deutsches Ärzteblatt Online	17,2	1.846	10,3	1.097	15,6	1.369
Andere Medizinische Fachzeitschriften in gedruckter Form	13,9	1.491	9,1	971	11,7	1.017
Internetseiten von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen	13,3	1.429	6,3	669	8,5	731
Andere Medizinische Fachzeitschriften online	12,0	1.291	6,8	731	7,8	670
Deutsches Ärzteblatt in gedruckter Form	9,4	1.008	7,8	833	14,6	1.240
Sonstige Quellen	5,1	545	3,7	398	2,4	206

Tabelle 48: INFORMATIONSQUELLEN ÜBER FRAGEN ZUR SPÄTEREN ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT, NUTZUNGSINTENSITÄT UND BEWERTUNG NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

QUELLE	HÄUFIGE NUTZUNG			GROSSES VERTRAUEN		
	VORKLINIK	KLINIK	PJ	VORKLINIK	KLINIK	PJ
Gespräche mit bereits tätigen Ärzten*	67,2	80,6	89,1	83,7	85,8	84,2
Internetseiten von Krankenhäusern oder Klinikbetreibern*	14,3	20,7	32,0	5,4	4,0	3,8
Medien wie FAZ, Süddeutsche Zeitung, Spiegel (online oder Print)*	33,5	28,9	24,7	13,6	8,8	7,4
Dokumentationen in Fernsehen/Radio*	30,6	24,1	16,3	7,7	4,7	2,7
Medizinportale im Internet	21,9	20,3	20,4	4,7	3,8	3,4
Internetforen	17,8	16,3	14,6	2,0	2,0	1,4
Soziale Netzwerke	20,1	20,2	14,9	1,4	1,6	2,1
Internetseiten von Verbänden (z. B. Marburger Bund, Hartmannbund)*	10,3	10,7	14,4	11,6	13,0	15,3
Deutsches Ärzteblatt Online*	10,1	9,8	12,7	15,8	15,5	16,0
Andere Medizinische Fachzeitschriften in gedruckter Form*	10,8	8,5	7,0	13,7	11,1	8,7
Internetseiten von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen*	4,4	5,9	12,6	6,6	8,6	12,8
Andere Medizinische Fachzeitschriften online	7,6	6,5	6,3	8,0	8,0	6,5
Deutsches Ärzteblatt in gedruckter Form*	7,6	7,4	10,0	14,9	14,1	15,1

*Hochsignifikanter Unterschied

genutzt – und zwar weder in der Printversion noch Online. Insbesondere das Deutsche Ärzteblatt hat zumindest unter Medizinstudenten eine sehr überschaubare Reichweite. Zudem werden die meisten Medien eher sporadisch genutzt. Die einzig wirklich intensiv genutzte Informationsquelle sind Gespräche mit Ärzten und dieser Quelle bringt man mit deutlicher Mehrheit auch großes Vertrauen entgegen. Alle anderen Informationsquellen werden dagegen durchaus skeptisch bewertet. Immerhin rangiert hier das Deutsche Ärzteblatt an zweiter Stelle – allerdings mit einem sehr großen Abstand zu Platz 1.

Das Geschlecht spielt bei diesen Fragen zum Informationsverhalten kaum eine Rolle, der Studienabschnitt dagegen schon, wobei einige Informationsquellen im Lauf der Zeit häufiger, andere seltener genutzt werden. Rückläufig sind insbesondere die Nutzung medizinischer Fachzeitschriften, sozialer Netzwerke und die von Tages- oder Wochenzeitschriften. Zum Teil sehr deutlich zunehmen dagegen Gespräche mit bereits tätigen Ärzten und die Sichtung von Internetseiten von Krankenhäusern und ärztlichen Organisationen.

5.11

Das Image des Allgemeinmediziners und Hausarztes

Wir haben bereits 2010 darauf hingewiesen, dass Fernsehserien wie „Der Landarzt“ oder „Der Bergdoktor“ ein idyllisches und gleichzeitig spannendes Bild vom Leben und Arbeiten als Allgemeinmediziner auf dem Land zeichnen: Junge oder höchstens mittelalte Ärzte mit glücklicher Familie und großem Freundeskreis, die in schönen Häusern und attraktiven Gegenden leben, gut verdienen und entsprechende Autos fahren, die sich rund um die Uhr um ihre Patienten kümmern, immer wieder medizinisch oder sozial schwierige Fälle erfolgreich behandeln, Leben retten, auch seltene Krankheiten und hoffnungslos erscheinende Fälle erfolgreich behandeln und dabei dennoch ausreichend Zeit für Familie, Freunde und mannigfaltige andere Beschäftigungen haben. Auch die KBV rekurriert in ihrer Kampagne „Lass dich nieder“ auf eine dieser Serien: „Deutschland guckt den Landarzt. Ich werde einer“. Interessanterweise hat dieses so positive Bild überhaupt keine Effekte bei den künftigen Ärzten hinterlassen, was wohl im Wesentlichen daran liegt, dass die Wirklichkeit deutlich anders aussieht. Landärztemangel droht nicht erst in der näheren oder fernerer Zukunft, er ist bereits in vielen Regionen Realität – und hat unter anderem für die noch verbliebenen Landärzte eine hohe Arbeitsbelastung zur Konsequenz.

Eine Tätigkeit als Landarzt galt denn bereits 2010 auch bei den meisten künftigen Ärzten als wenig attraktiv: Den Kommentaren war zu entnehmen, dass die Tätigkeit als wenig anspruchsvoll und abwechslungsreich galt, man fürchtete, nur ältere Patienten mit einem eingeschränkten und überschaubaren Krankheitsspektrum zu behandeln, während die interessanten Fälle von Fachärzten und Krankenhäusern therapiert werden. Man fürchtete weiter die fachliche Isolierung.

Wir haben deshalb in der aktuellen Befragung genauer nachgefragt, um auf der Basis quantifizierbarer Daten eine etwas differenziertere Imageanalyse zu Allgemeinmediziner und Hausärzten durchführen zu können. Die Gründe gegen eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner spiegeln einige der eben genannten Vorstellungen wider und auch sonst haben wir eine Vielzahl entsprechender Kommentare erhalten, so z. B.:

„Allgemeinmedizin ist ein anspruchsloser Hungerjob (leider!)“

„Ich glaube, dass ein großer Punkt unserer Generation ist, dass das Gefühl besteht als Hausarzt und speziell Landarzt abgeschnitten von der Umwelt und den sozialen Netzen zu sein.“

„Nachteile für Hausärzte: - sehr hohe Verantwortung, da keine Kollegen für Rückfragen vor Ort sind - hohes finanzielles Risiko, da selbstständige Tätigkeit - wenig Kontakt zu Kollegen. Einzelkämpfertätigkeit - Viele Patienten haben eher langweilige Krankheitsbilder und eher soziale/zwischenmenschliche Probleme als medizinische. - Hausärzte verdienen auch weniger Geld (der Eindruck wird uns zumindest immer vermittelt) und Hausärzte arbeiten allein und haben langweilige, alte Patienten, so das Klischee. Es wird folglich als eine Art Blamage gesehen, wenn man nach dem Studium NUR Hausarzt wird, obwohl man es zu etwas RICHTIGEM hätte bringen können. Ich denke diese Denkweise, die an der Uni vorgelebt wird, macht den Hausarztberuf noch unattraktiver. Als einzig respektierter Grund Hausarzt zu werden, wird somit unter Studenten noch akzeptiert, wenn die Eltern eine Praxis haben, die übernommen werden muss, oder wenn man mit dem harten Arbeitsbedingungen an der Klinik nicht zurechtkommt, oder kommen will und quasi als Aussteiger sich mit NUR Hausarzt zufrieden gibt, um mehr Lebensqualität zu haben. Vorteil einer eigenen Praxis: - geregelte Arbeitszeiten - Urlaub - wenn man bereits ein erfahrener Arzt ist, ist die Verantwortung auch leichter zu tragen. Es scheint mir und vielen meiner Kollegen allerdings wichtig, sich für die Zukunft und das Alter die Möglichkeit offen zu halten sich niederzulassen. Dann aber eher als Facharzt eines anderen Fachs als Allgemeinmediziner. Chirurgie scheidet damit für viele meiner Kollegen aus. Viele Wochenenddienste und Nachtdienste ohne entsprechenden Freizeitausgleich zerstört die Familien der Ärzte.“

„Allgemeinmedizin wird im Studium schlecht vermittelt. Es ist schade für das Fach, da es ansonsten sehr schön ist. Viele wählen am Ende wahrscheinlich den FA in Allgemeinmedizin um neben dem Krankenhaus eine sehr gute Alternative zu haben.“

„Was Hausärzte und dabei vor allem Landärzte angeht: Sie haben meiner Meinung nach einen der schwierigsten Jobs im medizinischen Bereich, da sie ein breites Wissensspektrum

haben müssen, um die Patienten effektiv zu behandeln, aber dabei immer von den anderen Fachrichtungen aber auch von den Studenten belacht und heruntergekanzelt werden. Ich finde, dass man die Tätigkeit des Landarztes viel früher im Studium als eine Art Praktikum z. B. eine Woche lang mal richtig kennenlernen sollte. Ich bin mit dem Beruf groß geworden, und weiß, was es für eine Familie bedeutet, wenn der Vater Landarzt ist. Ich weiß aber auch, wie viel Gutes man damit bewirken kann und wie dankbar die Patienten sind, wenn man sich um sie kümmert. Das wiederum erfüllt einen. Viele meiner Kommilitonen wissen das jedoch nicht und haben das Bild eines Arztes im Kopf, der sich primär um laufende Nasen und depressive Muttis kümmert. Da sollte auf jeden Fall was schon in der Ausbildung geändert werden, sonst wird keiner mehr Landarzt.“

„Die Niederlassung gerade als Hausarzt wird im Studium einem zu wenig näher gebracht. Man bekommt kein Bild was es bedeutet. Es geistern so viele Geschichten von zu wenig Verdienst, ewigen Arbeitszeiten und viel zu viel Bürokratie durch die Gegend. Man hat keine Möglichkeit sich eine transparente Übersicht darüber zu verschaffen was wirklich auf einen zukommt und wieviel man verdient. Die Ärzte am Klinikum haben ja auch keine Ahnung davon. Und Niedergelassene lassen sich auch nur selten wirklich darüber aus. Man sollte gezeigt bekommen wie das ganze strukturiert ist und welche Bürokratie wirklich auf einen zukommt und wie ich dann mein Geld verdienen kann. Ganz sachlich, ohne persönliche Färbung.“

„Meine Eltern sind beide Allgemeinmediziner auf dem Land und generell gilt: Ärztekinder von Hausärzten auf dem Land werden keine Allgemeinmediziner auf dem Land! Abgesehen davon würde mein Vater schimpfen, wenn ich mich dazu entschließen würde. Ich könnte eine gut eingesessene Praxis (Neubau 2010), in der neben meinen Eltern noch 2 weitere angestellte Ärzte arbeiten, übernehmen - mich ins gemachte Nest setzen. Aber ich erlebe doch hautnah, wie viel meine Eltern arbeiten müssen und die Situation verschärft sich zunehmend, weil meinem Heimatort in den nächsten 5 Jahren 3 der 5 Praxen schließen werden. Irgendwann möchte ich auch einmal eine Familie gründen - aber wie soll ich eine so große Praxis übernehmen, wenn ich selbst Familie habe und aus momentaner Sicht niemanden finden werde, der bereit ist

einzu steigen? Mein Vater geht morgens um halb acht aus dem Haus und kommt (wenn es gut klappt) gegen 21 Uhr wieder. Ich weiß, dass er seinen Beruf mag - aber bei aller Liebe hört der Spaß bei solchen Arbeitszeiten irgendwann auf. Und dann ist sein Budget nebenbei auch noch so knapp, dass nicht einmal seine komplette Arbeit entlohnt wird! Stattdessen bekommt er nebenbei noch irgendwelche Regresse eingewürgt, weil er bspw. sein Medikamentenbudget nicht einhalten konnte. Hinzu kommt, dass der Hausarzt letztlich für Patient und Facharzt immer nur der Depp vom Dienst ist.“

Die Kommentare verweisen auf einige wichtige Aspekte, die wir in der zweiten Welle auch systematisch erhoben haben, nämlich zunächst auf die Vorstellungen, die die Studenten selbst von einer Tätigkeit als Hausarzt haben, dann das Image, welches Hausärzte nach der Wahrnehmung der Studenten bei für sie wichtigen Referenzgruppen haben, also bei Patienten bzw. der Bevölkerung, bei Kommilitonen und bei anderen Ärzten – von niedergelassenen Fachärzten bis zu den Dozenten an den medizinischen Fakultäten. Der letzte Kommentar spricht zudem noch eine Entwicklung an, die aus zwei Gründen problematisch ist, nämlich die Weiterempfehlungsbereitschaft für den Beruf bei aktuell tätigen Hausärzten. Und diese scheint in vielen (nicht in allen) Fällen schlecht zu sein. Hausärzte empfehlen dem eigenen medizinisch interessierten Nachwuchs offenbar alle möglichen Optionen, nur nicht die hausärztliche Tätigkeit – im Gegenteil. Diese Empfehlungen – auch die negativen – haben sehr nachhaltige Konsequenzen für die Weiterbildungs- und Niederlassungsentscheidung, insbesondere wenn man bedenkt, welch hohen Stellenwert Aussagen von Vertrauenspersonen (siehe Kapitel „Informationsquellen und deren Bewertung“) haben. Zweitens zeigen solche Kommentare aber auch, wie unzufrieden und frustriert viele Hausärzte systembedingt mittlerweile sind, dass sie von einem Beruf abraten, den sie in den wohl weitaus meisten Fällen aus guten Gründen gewählt und gerne ausgeübt haben. Die Qualität eines Systems oder Produkts zeigt sich insbesondere auch in der Weiterempfehlungsbereitschaft der Personen, die dieses gut kennen. Hier scheint genau diese oft nicht mehr existent zu sein.

In der Bevölkerung dagegen – hier liegt der letzte Kommentar daneben – rangieren Ärzte an der Spitze (und das Referenzmodell dürfte hier der Hausarzt sein, mit dem die weitaus

Tabelle 49: WELCHE FACHRICHTUNG WIRD IN DER BEVÖLKERUNG AM MEISTEN GESCHÄTZT?

	N	%
Chirurgie	5.132	48,9
Allgemeinmedizin/ Hausärztliche Tätigkeit	1.836	17,5
Innere Medizin	1.154	11,0
Kinder- und Jugendmedizin	587	5,6
Orthopädie und Unfallchirurgie	497	4,7
Neurologie	491	4,7
Radiologie	176	1,7
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	162	1,5
Anästhesiologie	76	0,7
Augenheilkunde	68	0,6
Psychiatrie und Psychotherapie	20	0,2
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	7	0,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7	0,1
Urologie	3	0,0
N	10.497	

meisten Menschen schon Erfahrungen gemacht haben. Das Institut für Demoskopie in Allensbach führt jährlich eine Berufsprestigemessung durch und fragte danach, welche fünf Berufe man am meisten schätzt bzw. die größte Achtung aufbringt. Seit Jahren belegen Ärzte den Platz 1 (2013: 76%), gefolgt von Krankenschwestern (63%) und Polizisten (49%).⁴⁰ An der Spitze der Wertschätzung stehen mithin drei systemrelevante Berufe (Banker wurden 2013 mit 3% am unteren Ende auf dem letzten Platz eingruppiert).

Diese Sichtweise wird von den Studenten allerdings nur bedingt geteilt, insofern scheint der zuletzt zitierte Kommentar symptomatisch zu sein. Wir hatten danach gefragt, welche Fachrichtung in der Bevölkerung nach Meinung der Studenten am meisten geschätzt wird. Zwar rangieren Hausärzte hier auf Platz 2 nach den Chirurgen, die Unterschiede sind aber mit 48,9% für die Chirurgen und 17,5% für die Hausärzte beträchtlich. Auch Studenten, die eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin anstreben, sehen dies so, wenn auch die Unter-

schiede nicht ganz so extrem sind wie in der Gesamtpopulation (46,4% und 24,3%).

Außerdem hatten wir gefragt, welche Fachrichtungen nach Einschätzung der Studenten bei Kommilitonen und praktizierenden Ärzten und Medizineren ein eher hohes, welche ein eher geringes Ansehen genießen. Auch hier rangiert die Chirurgie in der Spitzengruppe (Rang 1 bei den Kommilitonen, Rang 3 bei Ärzten), die Allgemeinmedizin aber im unteren Bereich (vorletzter Rang in beiden Referenzgruppen) und wird – allerdings sehr deutlich – hinsichtlich einer schlechten Reputation nur noch von der Dermatologie übertroffen. Auch hier unterscheiden sich in ihrer Einschätzung die an Allgemeinmedizin stark interessierten Studenten nicht von ihren Kommilitonen, die andere Weiterbildungen anstreben, 76,7% gehen davon aus, dass das Ansehen des Faches bei Medizinstudenten, 72,9%, dass dieses bei Ärzten eher gering ist (die Prozentsatzdifferenzen zu den Vergleichsgruppen sind selbst bei der großen Fallzahl dieser Stichprobe nicht signifikant).

⁴⁰ http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf.

Das schreckt zwar zumindest in diesen Fällen (bislang) nicht vor einer Weiterbildung zum Allgemeinmediziner ab, für das Selbstbild und Selbstverständnis einer Berufsgruppe sind diese Werte aber auch nicht unbedingt förderlich. Man wird Hausarzt nicht (auch) wegen des positiven sondern trotz des negativen Images, die intrinsische Motivation muss mithin sehr ausgeprägt sein.

Wir haben bei dem Imagezuschreibungen homogene Ergebnisse mit geringer Varianz – und solche homogenen und mit großer Mehrheit geteilten Einschätzungen, was die Reputation der Allgemeinmedizin in zwei für Berufsentscheidungen wichtigen Referenzgruppen betrifft, entstehen nicht ohne empirisch evidenten Grund: Die Allgemeinmedizin hat in der Medizin eine eher schlechte Reputation und ein Imageproblem und dieses Problem wird perpetuiert. Beide Reputationszuschreibungen verschieben sich im Studienverlauf zum negativen Pol hin. Rund 75 % der Studenten in der Vorklinik

bescheinigen der Allgemeinmedizin ein eher schlechtes Image bei Kommilitonen, im PJ sind es bereits 80 %, für die Referenzgruppe der Ärzte steigert sich dieser Wert von 69 % auf 76 %.

Wir haben in einem zweiten Fragenblock einige konkrete Vorstellungen über die hausärztliche Tätigkeit abgefragt, die wir aus den Kommentaren der ersten Welle abgeleitet haben. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass diese Tätigkeit gut der Hälfte der Befragten tendenziell oder explizit als eher wenig interessant und abwechslungsreich gilt. Hausärzte sind auf sich gestellt, haben wenig fachlichen Austausch mit Kollegen, verdienen eher wenig, müssen aber ständig für ihre Patienten verfügbar sein. Immerhin meint eine deutliche Mehrheit, dass sie als Fallmanager ihrer Patienten die größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung tragen, wenn auch bei der Bandbreite des Behandlungsspektrums die Meinungen wieder deutlich geteilt sind.

Tabelle 50: HOHES ODER GERINGES ANSEHEN DER FACHARZTRICHTUNGEN BEI KOMMILITONEN (ANGABEN IN PROZENT)

	N	EHER HOHES ANSEHEN	EHER GERINGES ANSEHEN
Chirurgie	9.893	89,1	10,9
Innere Medizin	9.508	87,7	12,3
Neurologie	9.288	87,3	12,7
Kinder- und Jugendmedizin	9.062	81,8	18,2
Orthopädie und Unfallchirurgie	9.274	79,7	20,3
Anästhesiologie	9.255	62,0	38,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8.831	61,3	38,7
Radiologie	9.048	52,7	47,3
Urologie	8.799	28,4	71,6
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	8.671	27,6	72,4
Psychiatrie und Psychotherapie	9.144	24,2	75,8
Augenheilkunde	8.950	23,1	76,9
Allgemeinmedizin/Hausärztliche Tätigkeit	9.674	20,7	79,3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9.281	6,7	93,3

Insgesamt hat mithin etwa die Hälfte der Befragten falsche negative Vorstellungen über die hausärztliche Tätigkeit. Hier besteht also durchaus noch Aufklärungsbedarf. Dies sehen auch einige der Studenten selbst so und beklagen den schlechten Informationsstand ihrer Kommilitonen. Zwei dafür typische Kommentare lauten:

„Viel zu viele Studenten haben keine Ahnung, was Ärzte in der hausärztlichen Versorgung alles wissen und können und schätzen diesen Zweig der Medizin völlig ungerechtfertigt viel zu gering.“

„Viele sind schlecht informiert und haben keine Ahnung vom Alltag in der Hausarztpraxis. Sie denken, es sei langweilig und man würde nichts dabei verdienen. Ich denke das nicht, aber ich weiß auch ein bisschen besser Bescheid, weil ich 2 Jahre in einer gut funktionierenden Praxis angestellt war und mir

das große Lust gemacht hat, später wieder dort zu arbeiten. Sicher sein kann man sich natürlich nie.“

Bei diesen Vorstellungen bestehen zwischen den Geschlechtern eher geringe Unterschiede. Erwartungsgemäß schätzen Studenten mit der erklärten Absicht zu einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin diese Tätigkeit auch deutlich positiver ein als ihre an anderen Weiterbildungen interessierten Kommilitonen. Erfreulich ist zudem die Tendenz, dass bei den hier erfragten etwas differenzierteren Urteilen im Studienverlauf ein Rückgang negativer Stereotype zu beobachten ist. Studenten im PJ sind deutlich häufiger als ihre Kommilitonen im ersten Studienabschnitt der Meinung, dass die hausärztliche Tätigkeit interessant und abwechslungsreich sei und Hausärzte ein großes Spektrum an Krankheiten behandeln. Gleichwohl beurteilen aber auch Studenten im PJ je nach Frage zwischen ca. 30% und 50% die hausärztliche Tätigkeit eher negativ.

Tabelle 51: HOHES ODER GERINGES ANSEHEN DER FACHARZTRICHTUNGEN BEI PRAKTIZIERENDEN ÄRZTEN (ANGABEN IN PROZENT)

	N	EHER HOHES ANSEHEN	EHER GERINGES ANSEHEN
Neurologie	8.292	88,2	11,8
Innere Medizin	8.547	87,0	13,0
Chirurgie	8.692	74,9	25,1
Kinder- und Jugendmedizin	7.983	72,5	27,5
Orthopädie und Unfallchirurgie	8.206	67,3	32,7
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.817	62,3	37,7
Radiologie	8.201	53,7	46,3
Anästhesiologie	8.357	48,1	51,9
Urologie	7.703	40,1	59,9
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	7.733	38,1	61,9
Augenheilkunde	7.890	31,8	68,2
Allgemeinmedizin/ Hausärztliche Tätigkeit	8.649	26,6	73,4
Psychiatrie und Psychotherapie	8.119	26,2	73,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8.047	13,7	86,3

Tabelle 52: VORSTELLUNGEN ÜBER DIE HAUSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

	N	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU
Die hausärztliche Tätigkeit ist interessant und abwechslungsreich	10.322	48,8	31,6	19,6
Als Hausarzt in eigener Praxis ist man sehr auf sich allein gestellt und hat wenig fachlichen Austausch mit Kollegen	10.303	51,8	30,4	17,8
Hausärzte müssen für ihre Patienten ständig verfügbar sein	10.308	51,4	28,1	20,5
Die Verdienstmöglichkeiten als Hausarzt sind zu gering	10.230	53,2	29,4	17,4
Hausärzte behandeln eine große Bandbreite von Krankheitsbildern	10.265	69,0	20	11,0
Hausärzte tragen als Fallmanager ihrer Patienten die größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung	10.294	83,9	12,1	4,1

Tabelle 53: VORSTELLUNGEN ÜBER DIE HAUSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	VORKLINIK			KLINIK			PJ		
	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU
Tätigkeit ist interessant	44,5	33,5	22,0	50,4	31,2	18,4	54,0	28,3	17,7
Hausarzt ist auf sich allein gestellt	51,4	30,2	18,4	51,8	30,4	17,9	53,4	30,5	16,1
Verdienst zu gering*	50,8	30,5	18,7	54,7	28,7	16,6	53,3	29,4	17,3
Große Bandbreite von Krankheiten*	64,4	22,0	13,6	70,8	19,3	9,9	74,5	17,1	8,4
Größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung*	81,7	13,9	4,4	85,0	11,1	4,0	85,1	11,3	3,6
Ständige Verfügbarkeit*	58,0	26,5	15,5	49,1	28,8	22,1	42,5	29,5	28,0

*Hochsignifikanter Unterschied

Tabelle 54: VORSTELLUNGEN ÜBER DIE HAUSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH			MÄNNLICH		
	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU
Die hausärztliche Tätigkeit ist interessant und abwechslungsreich*	50,2	31,1	18,7	46,2	32,7	21,1
Als Hausarzt in eigener Praxis ist man sehr auf sich allein gestellt und hat wenig fachlichen Austausch mit Kollegen*	52,1	31,6	16,2	51,0	28,2	20,8
Die Verdienstmöglichkeiten als Hausarzt sind zu gering*	51,5	31,0	17,5	56,3	26,5	17,2
Hausärzte behandeln eine große Bandbreite von Krankheitsbildern	69,3	19,9	10,8	68,3	20,0	11,1
Hausärzte tragen als Fallmanager ihrer Patienten die größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung*	85,9	11,0	3,2	80,4	14,0	5,6
Hausärzte müssen für ihre Patienten ständig verfügbar sein*	52,3	28,4	19,4	49,7	27,6	22,7

*Hochsignifikanter Unterschied

Tabelle 55: VORSTELLUNGEN ÜBER DIE HAUSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT NACH WEITERBILDUNGSINTERESSE (ANGABEN IN PROZENT)

	ALLGEMEINMEDIZIN			ANDERE		
	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU	STIMME ZU	TEILS/TEILS	STIMME NICHT ZU
Tätigkeit ist interessant und abwechslungsreich*	17,2	2,2	0,1	82,8	97,8	99,9
Als Hausarzt in eigener Praxis ist man sehr auf sich allein gestellt und hat wenig fachlichen Austausch mit Kollegen*	6,5	12,0	11,5	93,5	88,0	88,5
Die Verdienstmöglichkeiten als Hausarzt sind zu gering*	7,8	11,5	8,6	92,2	88,5	91,4
Hausärzte behandeln eine große Bandbreite von Krankheitsbildern*	1,7	4,1	1,4	88,3	98,6	95,9
Hausärzte tragen als Fallmanager ihrer Patienten die größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung*	10,1	3,5	1,4	89,9	96,5	98,6
Hausärzte müssen für ihre Patienten ständig verfügbar sein*	7,4	9,2	12,7	92,6	90,8	87,3

*Hochsignifikanter Unterschied

5.12 PJ und Famulatur

Ab dem Jahr 2019 müssen die medizinischen Fakultäten für alle Medizinstudenten einen PJ-Platz in der allgemeinmedizinischen Praxis anbieten. Dies wird – wie schon die vielen Kommentare zu diesem Thema gezeigt haben – kontrovers diskutiert. Aktuell wollen nur knapp 23 % einen Teil des PJ in einer allgemeinmedizinischen Praxis absolvieren, fast die Hälfte schließt dies dagegen definitiv aus. Dabei korreliert die Bereitschaft zu einem PJ-Abschnitt in der Allgemeinmedizin mit dem Geschlecht und ist für die Frauen eher eine Option, was sich im Übrigen mit der höheren Affinität der Frauen zur Allgemeinmedizin deckt.

Die Bereitschaft, ein praktisches Jahr in der Allgemeinmedizin zu absolvieren ist im Studienverlauf rückläufig und sinkt um 10 Prozentpunkte. Wie zu erwarten korreliert diese Bereitschaft hoch mit dem Interesse an Allgemeinmedizin generell. Rund 74 % der Befragten, die nach derzeitiger Interessenlage eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin anstreben, wollen auch einen PJ-Abschnitt in einer allgemeinmedizinischen Praxis machen, Studenten mit anderen Weiterbildungsoptionen dagegen nur zu maximal 25 %.

Ein Auslandsaufenthalt während des PJ ist für die Hälfte der Studenten in Klinik und Vorklinik definitiv eine Option, ein

Viertel ist noch unschlüssig. Tatsächlich hat aber nur ein gutes Drittel Teile des PJ tatsächlich im Ausland absolviert. Bei dem Wahlfach, in dem das PJ absolviert wird, zeigen sich recht deutliche Differenzen. Ein Viertel aller Befragten hat die Anästhesiologie gewählt, die Allgemeinmedizin rangiert dagegen im mittleren Bereich.

Tabelle 56: PJ-ABSCHNITT IN ALLGEMEINMEDIZINISCHER PRAXIS

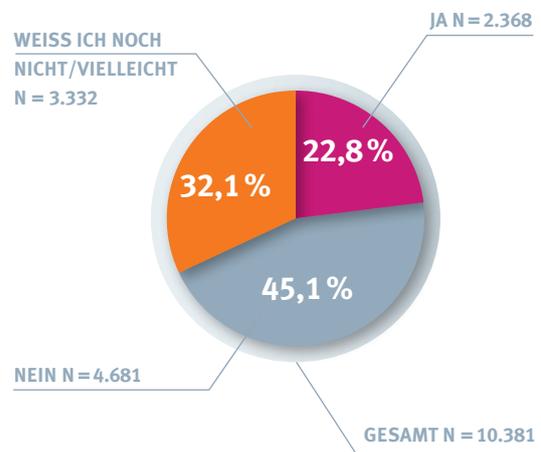


Tabelle 57: PJ-ABSCHNITT IN ALLGEMEINMEDIZINISCHER PRAXIS NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	WEIBLICH	MÄNNLICH
Ja	24,3	20,1
Nein	42,3	50,2
Weiß ich noch nicht/ vielleicht	33,4	29,7
N	6.620	3.638

N = 10.258, Sig. = .000, Cramer's V = .48

Tabelle 58: PJ-ABSCHNITT IN ALLGEMEINMEDIZINISCHER PRAXIS NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	VORKLINISCHER TEIL	KLINISCHER TEIL	PJ
Ja	34,4	17,4	21,4
Nein	25,3	53,9	62,4
Weiß ich noch nicht/ vielleicht	43,3	28,8	16,1
N	3.575	5.331	1.382

N = 10.288, Sig. = .000, Cramer's V = .215

Tabelle 59: PJ-ABSCHNITT IM AUSLAND GEPLANT? (NUR VORKLINIK UND KLINIK)

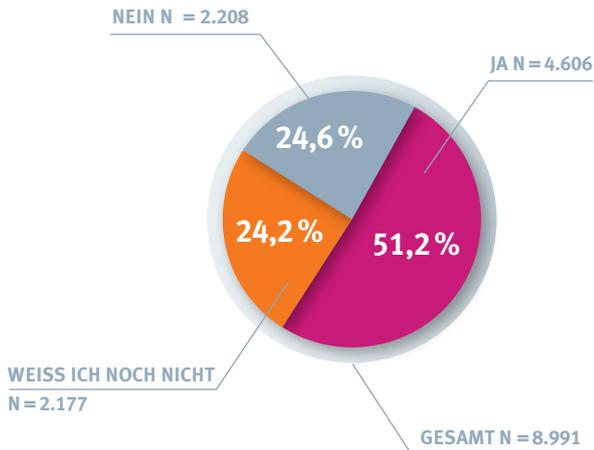
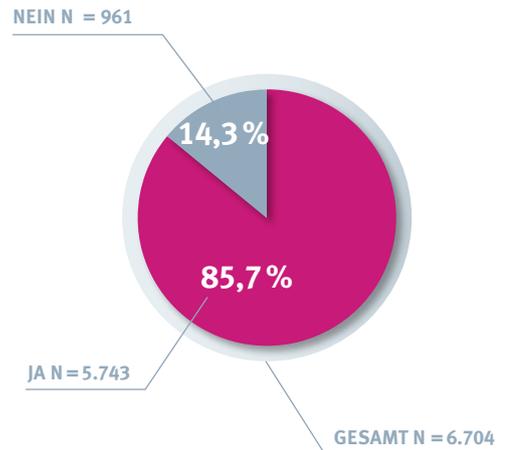
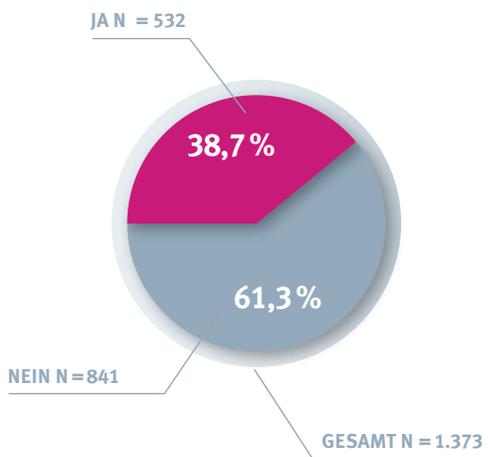


Tabelle 61: FAMULATUR ODER TEILE DAVON BEREITS ABSOLVIERT?



Knapp 86 % haben die Famulatur oder Teile davon bereits absolviert. Wie beim PJ ist auch bei der Famulatur der Anteil der Studenten, der dazu auch ins Ausland gehen will höher, als der Anteil, der dies auch wirklich realisiert hat.

Tabelle 60: PJ-ABSCHNITT IM AUSLAND ABSOLVIERT? (NUR PJ)



Je drei Viertel der Studenten haben Teile der Famulatur in ambulanten Praxen und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung absolviert, knapp 65 % bei einem Maximalversorger und rund 63 % in einer Uni-Klinik. Der Lernerfolg in der Famulatur wird dabei grundsätzlich recht unterschiedlich und in keinem Fall mehrheitlich mit der Bestnote bewertet. Kritisch wird dabei insbesondere die Vermittlung von Wissen über die Organisation und Verwaltung von Versorgungseinrichtungen im ambulanten Sektor bewertet, also Fragen, die nach überwiegender Erfahrung der Studenten bereits während des Studiums nicht ausreichend behandelt werden. Dabei unterscheiden sich übrigens die Bewertungen von Studenten die Teile der Famulatur im ambulanten Sektor gemacht haben, nur unwesentlich von denen der Vergleichsgruppe (\bar{x} 2,6 vs. 2,8).

Auch ansonsten bestehen in den Bewertungen keine Unterschiede zwischen den Studenten, die in verschiedenen Einrichtungen Teile der Famulatur absolviert haben. Zwischen Männern und Frauen bestehen bei diesen Fragen ebenfalls keine Unterschiede.

Tabelle 62: FAMULATUR ODER TEILE DAVON IM AUSLAND GEPLANT? (FAMULATUR NEIN)

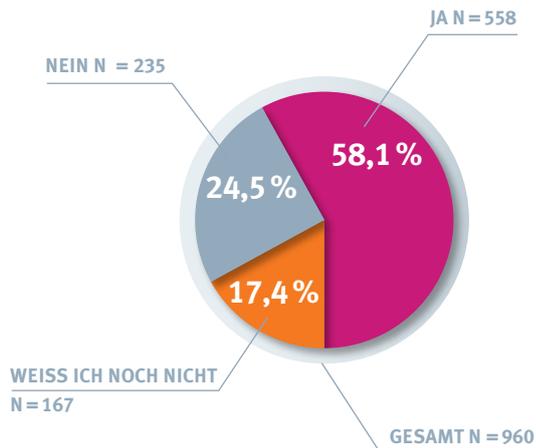


Tabelle 63: FAMULATUR ODER TEILE DAVON IM AUSLAND? (FAMULATUR JA)

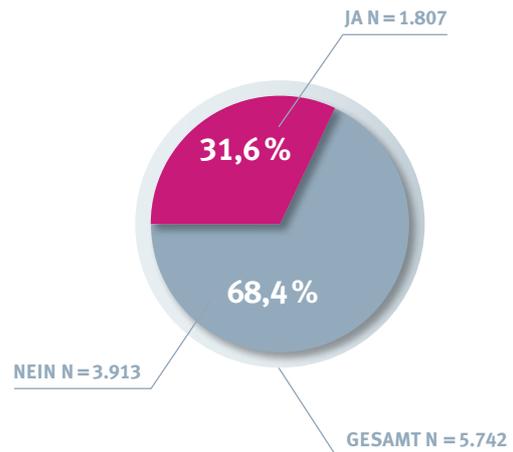


Tabelle 64: EINRICHTUNGEN, IN DENEN DIE FAMULATUR ABSOLVIERT WURDE

	N	%
Ambulante Praxis	3.334	78,0
Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	3.246	73,7
Krankenhaus der Maximalversorgung	3.074	64,9
Uniklinik	3.128	62,5
Andere Einrichtungen	2.026	17,6

Tabelle 65: BEWERTUNG DER WÄHREND DER FAMULATUR ERWORBENEN KENNISSE (ANGABEN IN PROZENT)

IN WELCHEM UMFANG HABEN SIE WÄHREND DER FAMULATUR FOLGENDE KENNISSE ERWERBEN KÖNNEN?	VOLL UND GANZ	WEITGEHEND	NUR TEILWEISE	GANZ UND GAR NICHT	Ø	N
Medizinisches Fachwissen	14,4	54,2	30,6	0,8	2,2	5.717
Praktische Fähigkeiten	22,5	48,0	28,0	1,5	2,1	5.715
Kommunikative und soziale Kompetenzen	23,6	51,3	22,6	2,5	2,0	5.705
Wissen über Organisation und Verwaltung von Praxis/ Versorgungseinrichtungen	7,8	30,4	47,7	14,0	2,7	5.708

5.13

Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen

Unter den Überschriften „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 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 Studenten dieses Reizwort deshalb vermieden und von einer möglichen Aufgabenübertragung gesprochen (Frage 27). Das Meinungsbild dazu ist insgesamt eher positiv, die Hälfte der Befragten begrüßt solche Entwicklungen, ein knappes Drittel hat sich damit noch nicht auseinandergesetzt und nur ein gutes Fünftel lehnt eine solche Übertragung ab. Die positive Grundhaltung gegenüber solchen Entwicklungen nimmt im Studienverlauf zu und es sind sogar tendenziell mehr Männer als Frauen, die solchen Veränderungen aufgeschlossen gegenüber stehen.

Die 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) – von der offiziellen Position der aktuell tätigen Ärzte, denn „der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt jede Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches akademisiertes Personal ab.“⁴¹ Hier deutet sich mit dem Generationswechsel auch ein Wandel der Vorstellungen darüber ab, 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.

Tabelle 66: ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN

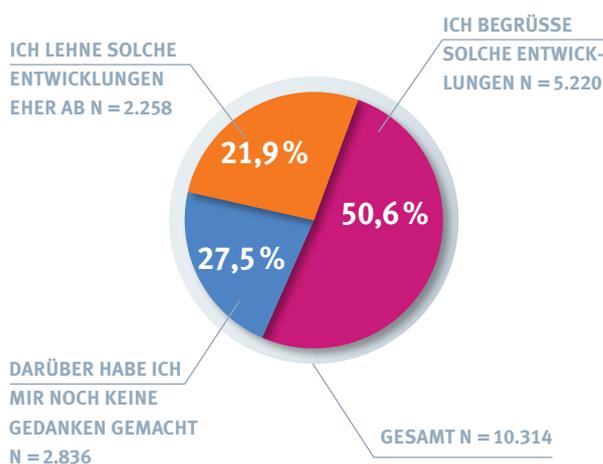


Tabelle 67: ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN NACH GESCHLECHT

(Angaben in Prozent)	WEIBLICH	MÄNNLICH
Ich begrüße solche Entwicklungen	48,4	53,8
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	19,3	26,7
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	31,9	19,5
N	6.579	3.612

N = 10.191, Sig. = .000, Cramer's V = .141

Tabelle 68: ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN NACH STUDIENABSCHNITT

(Angaben in Prozent)	VORKLINISCHER TEIL	KLINISCHER TEIL	PJ
Ich begrüße solche Entwicklungen	46,3	50,3	62,3
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	22,6	22,3	18,9
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	31,1	27,4	18,8
N	3.555	5.285	1.378

N = 10.218, Sig. = .000, Cramer's V = .074

⁴¹ <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll2014o613.pdf>.

6.

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Analysen der zweiten Welle bestätigen die Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2010. 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 – 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 Facharztausbildung ohnehin kennenlernen - und die Niederlassung als Facharzt sind gleich attraktiv und werden von jeweils rund drei Viertel der Studenten als Option genannt. Diese ist aber nicht gleichsam ein Selbstläufer. Die künftigen Ärzte monieren starre Strukturen, unflexible Arbeitszeiten, kaum Teilzeitmodelle und eine immer noch sehr ausgeprägte Hierarchie. Kliniken, die daran nichts ändern, dürften Probleme bei der Besetzung freier Stellen bekommen bzw. diese ja bereits jetzt schon bestehenden Probleme werden sich verschärfen und zwar 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.

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 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 zu haben scheint. Wir sind zurückhaltend, hier von einer Trendwende zu sprechen, dazu ist es nach der ersten Wiederholungsmessung definitiv zu früh. Immerhin zeigt sich – das ist die positive Nachricht – eine Tendenz in die gewünschte Richtung. 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.

Nach wie vor hat der Hausarzt ein massives Imageproblem – nicht bei allen, aber bei (zu) vielen Medizinstudenten. Die hausärztliche Tätigkeit gilt vielen angehenden Ärzten immer

noch als wenig anspruchsvoll, eintönig, abwechslungsarm, wirtschaftlich riskant und schlecht bezahlt. Dem entsprechen die Einschätzungen des Prestiges dieser Tätigkeit bei zwei wichtigen Referenzgruppen für angehende Ärzte, nämlich Kommilitonen und anderen Ärzten. Die Allgemeinmedizin rangiert hier für beide Referenzgruppen auf dem vorletzten Platz (Schlusslicht ist die Dermatologie). Dieses negative – und hinsichtlich der damit verbundenen, konkreten Vorstellungen über die Tätigkeit falsche – Image dürfte zu einem nicht unwesentlichen Teil dazu beitragen, dass sich mit konstanter Beharrlichkeit letztlich nur ein Zehntel für eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin entscheidet. Fach- und sachgerechte Informationen über die tatsächliche Tätigkeit in der Allgemeinmedizin und deren Behandlungs- und Aufgabenspektrum sind nach wie vor dringend geboten und durchaus erfolgversprechend.

Generell ist eine angestellte Tätigkeit – in der ambulanten oder stationären Versorgung – für fast alle Befragten eine attraktive Option, eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung favorisieren vor allem die Frauen. Dabei spielen 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 Studenten 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 Rekrutierungsbasis für Freundschaften auch Fragen der Verantwortungsdelegation und –teilung. Die Einzelpraxis als Modell der ärztlichen Tätigkeit mit einer nur lockeren Kooperation mit Standeskollegen scheint sich zum Auslaufmodell zu entwickeln, stellt aber in jedem Fall nicht mehr die erste und favorisierte Option dar.

Generell schrecken bei einer Niederlassung und damit verbundenen freiberuflichen Tätigkeit – egal ob in Einzel- oder in Gemeinschaftspraxis – das aus Sicht der Studenten 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. Die angehenden Studenten zumindest beklagen gerade für diesen Bereich Informationsdefizite.

Das Problem der Bürokratisierung und der Regresse ist nur auf Bundesebene durch entsprechende Änderungen der Rahmengesetzgebung zu lösen. Unsere Empfehlung hier ist sehr klar, eindeutig und unmissverständlich: Dieses Problem muss schnell gelöst und dann auch entsprechend kommuniziert werden. Insbesondere die bisherige Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist weder Patienten noch Ärzten vermittelbar und muss dringend reformiert werden!

Das Ausland hat an Attraktivität eingebüßt und auch innerhalb Deutschlands nimmt die Neigung zu einem Ortswechsel ab. Nach wie vor aber erfreuen sich verschiedene 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 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 ab, 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 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 (BG) 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 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 tätige Generation (Nachkriegsgeneration und Baby-boomer) der Ärzte geht in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand, wobei dieser Prozess bereit begonnen hat und spätestens ab 2020 (also in 5 Jahren) an Dynamik gewinnen wird. Das Zeitfenster, um nach zu besetzen ist nicht sehr groß und schließt sich rasch. Problematisch stellt sich die Situation dabei insbesondere im ambulanten Sektor dar, wenn die in den nächsten Jahren ausscheidenden Ärzte vergleichsweise altershomogen sind. Dies führt nämlich zu der schwierigen Situation, dass ein bis zu einer kritischen Zeitphase des wahrscheinlichen Ausscheidens vieler Ärzte (z. B. 50 % der in einer Region tätigen Hausärzte in den Jahren 2017/2018) 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, 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 Facharztausbildung 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 beider 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 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.

2. Welle

Bundesweite Befragung von Medizinstudenten Frühjahr 2014

Prof. Dr. Rüdiger Jacob, Universität Trier

N = 11.462



 **Universität Trier**

Fachbereich IV Soziologie/Empirische Sozialforschung

Universitätsring 15, 54286 Trier

Tel.: +49 (651) 201-2658, Fax: +49 (651) 201-2645

<http://mes.uni-trier.de>



Fragebogen

1. AN WELCHER UNIVERSITÄT STUDIEREN SIE MEDIZIN?*

	N = 11.462
Aachen	2,6
Berlin	4,3
Bochum	1,1
Bonn	0,2
Dresden	0,6
Düsseldorf	5,1
Erlangen	2,7
Essen	3,0
Frankfurt/Main	3,7
Freiburg	5,4
Gießen	2,8
Göttingen	3,6
Greifswald	3,0
Halle (Saale)	1,9
Hamburg-Eppendorf	4,6
Hannover	3,4
Heidelberg	4,7
Homburg	2,2
Jena	1,1
Kiel	3,4
Köln	2,9
Leipzig	1,4
Lübeck	2,5
Magdeburg	2,5

	N = 11.462
Mainz	2,7
Mannheim	0,3
Marburg	3,2
München (TU)	3,0
München (LMU)	6,3
Münster	3,8
Oldenburg	0,1
Regensburg	0,0
Rostock	2,1
Tübingen	3,8
Ulm	1,9
Witten-Herdecke	0,7
Würzburg	2,9
keine Angabe	0,3

2. IN WELCHEM SEMESTER SIND SIE?*

	N = 10.736
Mittelwert 6,9 Semester; Median 6; Modus 4	

3. SIND SIE IN EINEM MODELLSTUDIENGANG EINGESCHRIEBEN?*

	N = 11.145
Ja	17,9
Nein	82,1

* Angaben in Prozent

4. IN WELCHEM ABSCHNITT IHRES STUDIUMS BEFINDEN SIE SICH?*

	N = 11.117
Vorklinischer Teil	35,3
Klinischer Teil	51,2
Praktisches Jahr	13,5

5. WERDEN SIE IHR STUDIUM VORAUSSICHTLICH IN DER REGELSTUDIENZEIT ABSCHLIESSEN?*

	N = 11.184
Ja	42,3
Nein	32,0
Das weiß ich noch nicht	25,7

6. WIE SIND SIE ZUM MEDIZINSTUDIUM ZUGELASSEN WORDEN?*

	N = 11.181
Direkt aufgrund meiner Abiturdurchschnittsnote (Abitur-Bestenquote)	21,2
Durch das Auswahlverfahren an einer Universität	53,7
Durch Wartezeit (Wartesemester)	13,8
Sonstige Zulassung, nämlich	11,3

7. WANN HABEN SIE ABITUR GEMACHT?

	N = 11.009
Abitur Mittelwert 2009; Median 2009; Modus 2009	

8. WANN HABEN SIE MIT DEM MEDIZINSTUDIUM BEGONNEN?*

BEGINN DES MEDIZINSTUDIUMS (BITTE JAHR VIERSTELLIG ANGEBEN):				
N = 1.790	Sommersemester	Mittelwert 2011	Median 2011	Modus 2013
N = 9.084	Wintersemester	Mittelwert 2010	Median 2011	Modus 2012

9. WELCHE AUSSAGEN TREFFEN AUF SIE ZU?*

	N	TRIFFT ZU	TRIFFT NICHT ZU
Ich habe bereits praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Studienbeginn gesammelt (z. B. Bundesfreiwilligendienst, Zivildienst, FSJ, Ausbildung o.ä.)	11.043	50,7	49,3
Eltern sind oder waren auch Mediziner	11.011	24,1	75,9
Andere Angehörige sind oder waren auch Mediziner	11.010	30,5	69,5
Ich habe die Möglichkeit, ggfs. eine Praxis von Angehörigen oder Bekannten zu übernehmen	11.003	13,9	86,1

* Angaben in Prozent

10. WO GENAU HABEN SIE PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN GESAMMELT?*

(Filter: Praktische Erfahrungen)	N
Ausbildung, und zwar:	3.010
Andere Erfahrung, und zwar:	3.637
Wie lange haben Sie das gemacht?:	5.257

11. NACH DER FACHARZTAUSBILDUNG: KOMMEN DIE FOLGENDEN TÄTIGKEITEN FÜR SIE IN FRAGE?*

	N	JA, AUF JEDEN FALL	JA, WAHRSCHEINLICH	NEIN, EHER NICHT	NEIN, AUF KEINEN FALL
Selbstständige, freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis als Hausarzt	10.884	10,2	27,0	45,3	17,4
Selbstständige, freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis als spezialisierter Facharzt	10.910	18,1	55,9	23,7	2,2
Angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus	10.926	24,6	51,4	20,1	3,8
Angestellte Tätigkeit in einer Praxis	10.865	9,0	46,7	35,2	9,1
Angestellte Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)	10.856	7,5	45,3	38,2	9,0
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	10.817	1,7	14,5	49,7	34,2
Angestellte Tätigkeit in der Forschung	10.870	4,2	18,0	37,5	40,3
Angestellte Tätigkeit bei der Pharmaindustrie	10.867	1,3	8,3	32,5	57,9
Angestellte Tätigkeit bei einer Krankenkasse	10.854	0,4	3,9	30,3	65,4

* Angaben in Prozent

12. VOR DEM HINTERGRUND IHRER AKTUELLEN INTERESSEN UND PRÄFERENZEN: WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG WÜRDEN SIE JETZT WÄHLEN?*

	N = 5.486	
Allgemeinmedizin	8,9	10,2
Anästhesiologie	8,5	9,8
Augenheilkunde	1,0	1,2
Chirurgie	8,3	9,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,9	6,7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,3	1,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,1	1,3
Innere Medizin	16,2	18,6
Kinder- und Jugendmedizin	9,4	10,8
Neurologie	5,7	6,6
Psychiatrie und Psychotherapie	3,6	4,2
Radiologie	2,4	2,8
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,8	7,8
Urologie	1,2	1,4
Sonstige, nämlich	6,6	7,6
Das weiß ich noch nicht	13,0	

SPLIT BALLOT:

12. WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG KOMMT FÜR SIE IN FRAGE?*

(Bitte kreuzen Sie maximal drei Optionen an)	N = 5.506
Allgemeinmedizin	34,5
Anästhesiologie	26,4
Augenheilkunde	5,0
Chirurgie	25,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	7,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,9
Innere Medizin	45,6
Kinder- und Jugendmedizin	26,4
Neurologie	21,7
Psychiatrie und Psychotherapie	14,0
Radiologie	12,1
Orthopädie und Unfallchirurgie	18,9

* Angaben in Prozent

SPLIT BALLOT:**12. FORTSETZUNG: WELCHE FACHARZTAUSBILDUNG KOMMT FÜR SIE IN FRAGE?***

(Bitte kreuzen Sie maximal drei Optionen an)	N = 5.506
Urologie	6,2
Sonstige, nämlich ...	13,0
Das weiß ich noch nicht	8,2

13. UND WELCHE FACHARZTAUSBILDUNGEN KOMMEN FÜR SIE DEFINITIV NICHT IN FRAGE?*

(Mehrfachnennungen sind möglich)	N = 11.462
Allgemeinmedizin	19,1
Anästhesiologie	17,4
Augenheilkunde	50,8
Chirurgie	35,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	37,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	38,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	54,6
Innere Medizin	10,0
Kinder- und Jugendmedizin	24,1
Neurologie	19,6
Psychiatrie und Psychotherapie	42,2
Radiologie	33,9
Orthopädie und Unfallchirurgie	37,7
Urologie	41,3
Sonstige, nämlich ...	2,4

14. WARUM KOMMT DIE WEITERBILDUNG IN ALLGEMEINMEDIZIN FÜR SIE NICHT IN FRAGE?*

(Filter: Wenn Allgemeinmedizin angekreuzt wurde. Mehrfachnennungen sind möglich)	N = 2.182
Die Weiterbildung ist schlecht koordiniert (u.a. häufiger Arbeitsplatzwechsel)	8,1
Die Weiterbildung dauert zu lange	3,8
Die Weiterbildung ist schlecht bezahlt	19,3
Andere Gründe, nämlich: ...	69,5
Ich habe mich mit der Frage der Weiterbildung noch nicht beschäftigt	19,6

* Angaben in Prozent

15. WARUM KOMMT DIE WEITERBILDUNG IN DEN VON IHNEN GENANNTEN FÄCHERN NICHT IN FRAGE?

(Filter: Wenn Allgemeinmedizin nicht angekreuzt wurde)

Folgende Gründe, nämlich: ...

16. WIE WICHTIG IST ES IHNEN BEI DER WAHL FÜR EIN FACHGEBIET, *

	N	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
dass Ihr Fachgebiet innerhalb der Medizin positiv wahrgenommen wird	10.817	5,1	33,6	47,4	13,9
dass Ihr Fachgebiet in den Medien positiv dargestellt wird	10.788	2,6	20,0	53,5	23,9
später im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen	10.794	22,2	49,9	23,7	4,2
geregelte Arbeitszeiten zu haben	10.796	39,7	44,4	14,5	1,5
Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können)	10.805	45,9	37,9	14,6	1,6
gute Verdienstmöglichkeiten zu haben	10.796	27,9	54,3	16,6	1,2
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	10.806	69,3	25,5	4,5	0,7
in Ihrem Fachgebiet auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu sein	10.819	50,0	44,4	5,5	0,2
später im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln	10.804	24,4	49,7	24,9	1,0
einen abwechslungsreichen Arbeitstag zu haben	10.810	43,0	49,4	7,4	0,2
später im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten	10.798	15,4	48,2	34,7	1,7
später im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten	10.776	10,8	39,9	44,5	4,8
dass Möglichkeiten der Kinderbetreuung während der Weiterbildung bestehen	10.792	44,8	36,1	14,9	4,2
später damit in eigener Praxis tätig zu sein	10.768	21,1	39,2	33,4	6,3
an Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein	10.806	10,8	24,6	48,3	16,4

* Angaben in Prozent

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

	N	JA, AUF JEDEN FALL	JA, WAHRSCHEIN- LICH	NEIN, EHER NICHT	NEIN, AUF KEINEN FALL
Meine nähere Heimatregion	10.753	45,4	32,5	19,3	2,8
Mein Heimatbundesland	10.708	43,1	41,4	14,1	1,4
Region rund um die Universität	10.708	26,7	37,7	29,2	6,4
Ein anderes Bundesland	10.710	16,0	48,3	31,8	3,9
Ausland	10.732	15,3	33,3	39,0	12,4

18. WELCHE ANDEREN BUNDESLÄNDER KOMMEN FÜR SIE ALS ARBEITSORT IN FRAGE?*

(Filter anderes Bundesland. Mehrfachnennungen sind möglich)	N = 7.020
Baden-Württemberg	58,7
Bayern	56,7
Berlin	49,0
Brandenburg	21,2
Bremen	29,7
Hamburg	63,2
Hessen	36,6
Mecklenburg-Vorpommern	24,2
Niedersachsen	43,3
Nordrhein-Westfalen	51,7
Rheinland-Pfalz	36,3
Saarland	18,5
Sachsen	24,4
Sachsen-Anhalt	16,5
Schleswig-Holstein	34,9
Thüringen	20,7

* Angaben in Prozent

19. WENN SIE IHREN SPÄTEREN ARBEITSORT VÖLLIG FREI WÄHLEN KÖNNTEN: GIBT ES ORTE, IN DENEN SIE AUF KEINEN FALL ARBEITEN WOLLEN?*

(Mehrfachnennungen sind möglich)	N = 11.462
Nein, alle Ortsgrößen kommen in Frage	37,0
Ja, und zwar in Orten ...	
mit weniger als 2.000 Einwohnern	49,1
mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern	39,4
mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern	34,4
mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern	20,9
mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern	11,6
mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern	8,5
mit mehr als 500.000 Einwohnern	17,5

20. WIE GUT FÜHLEN SIE SICH INFORMIERT ÜBER DIE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN:*

	N	SEHR GUT	GUT	WENIGER GUT	SCHLECHT	DAMIT HABE ICH MICH NOCH NICHT BESCHÄFTIGT
der stationären Versorgung	10.746	10,1	47,0	24,1	6,4	12,4
der ambulanten Versorgung	10.740	3,8	28,7	41,0	12,2	14,3
gemischten Versorgungsmodellen (ambulant/stationär)	10.725	1,4	11,0	40,8	24,9	21,8
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung (z. B. Medizinische Versorgungszentren, Ärztenetze oder Berufsausübungsgemeinschaften)	10.730	1,4	8,4	34,3	30,9	25,1

21. WO INFORMIEREN SIE SICH ÜBER FRAGEN ZU IHRER SPÄTEREN ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT, ETWA ZU TÄTIGKEITSPROFILLEN VERSCHIEDENER FACHRICHTUNGEN, ARBEITSZEITEN, ANSTELLUNGSMÖGLICHKEITEN ODER NIEDERLASSUNG?*

(Mehrfachnennungen sind möglich)	N = 11.462
Gespräche mit bereits tätigen Ärzten	91,5
Deutsches Ärzteblatt in gedruckter Form	9,4
Deutsches Ärzteblatt online/Studieren.de	17,2

* Angaben in Prozent

21. FORTSETZUNG: WO INFORMIEREN SIE SICH ÜBER FRAGEN ZU IHRER SPÄTEREN ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT ...*

(Mehrfachnennungen sind möglich)	N = 11.462
Andere Medizinische Fachzeitschriften in gedruckter Form	13,9
Andere Medizinische Fachzeitschriften online	12,0
Medizinportale im Internet	37,7
Internetseiten von Krankenhäusern oder Klinikbetreibern	40,5
Internetseiten von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen	13,3
Internetseiten von Verbänden (z.B. Marburger Bund, Hartmannbund)	21,9
Internetforen	27,1
Soziale Netzwerke	25,3
Medien wie FAZ, Süddeutsche Zeitung, Spiegel, Focus, usw. (online oder Print)	40,2
Dokumentationen im Fernsehen oder Radio	40,0
Sonstige Quellen, nämlich ...	5,1

22. WELCHE DIESER INFORMATIONSQUELLEN NUTZEN SIE DAZU HÄUFIG, ZU WELCHEN HABEN SIE GROSSES VERTRAUEN?*

	N = 11.462	
	HÄUFIGE NUTZUNG	GROSSES VERTRAUEN
Gespräche mit bereits tätigen Ärzten	76,8	84,6
Deutsches Ärzteblatt in gedruckter Form	7,8	14,6
Deutsches Ärzteblatt online/Studieren.de	10,3	15,6
Andere Medizinische Fachzeitschriften in gedruckter Form	9,1	11,7
Andere Medizinische Fachzeitschriften online	6,8	7,8
Medizinportale im Internet	20,8	4,1
Internetseiten von Krankenhäusern oder Klinikbetreibern	19,9	4,5
Internetseiten von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen	6,3	8,5
Internetseiten von Verbänden (z.B. Marburger Bund, Hartmannbund)	11,0	12,8
Internetforen	16,5	1,9
Soziale Netzwerke	19,3	1,6
Medien wie FAZ, Süddeutsche Zeitung, Spiegel, Focus, usw. (online oder print)	29,8	10,3
Dokumentationen im Fernsehen oder Radio	25,2	5,5
Sonstige Quellen	3,7	2,4

* Angaben in Prozent

23. GENERELL GENIESST DER ARZTBERUF IN DER BEVÖLKERUNG EIN HOHES ANSEHEN, ALLERDINGS HABEN DIE VERSCHIEDENEN FACHARZTRICHTUNGEN EIN DURCHAUS UNTERSCHIEDLICHES PRESTIGE. WELCHE FACHARZTRICHTUNG WIRD NACH IHRER EINSCHÄTZUNG IN DER BEVÖLKERUNG AM MEISTEN GESCHÄTZT?*

	N = 10.497
Allgemeinmedizin/hausärztliche Tätigkeit	17,5
Anästhesiologie	0,7
Augenheilkunde	0,6
Chirurgie	48,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,5
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,1
Innere Medizin	11,0
Kinder- und Jugendmedizin	5,6
Neurologie	4,7
Psychiatrie und Psychotherapie	0,2
Radiologie	1,7
Orthopädie und Unfallchirurgie	4,7
Urologie	0,0
Sonstige, nämlich ...	2,7

24. WELCHE FACHRICHTUNGEN GENIESSEN NACH IHRER EINSCHÄTZUNG UNTER IHREN KOMMILITONEN EIN EHER HOHES, WELCHE EIN EHER GERINGES ANSEHEN?*

	N	EHER HOHES ANSEHEN	EHER GERINGES ANSEHEN
Allgemeinmedizin/hausärztliche Tätigkeit	9.674	20,7	79,3
Anästhesiologie	9.255	62,0	38,0
Augenheilkunde	8.950	23,1	76,9
Chirurgie	9.893	89,1	10,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8.831	61,3	38,7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	8.671	27,6	72,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9.281	6,7	93,3
Innere Medizin	9.508	87,7	12,3
Kinder- und Jugendmedizin	9.062	81,8	18,2

* Angaben in Prozent

24. FORTSETZUNG: WELCHE FACHRICHTUNGEN GENIESSEN NACH IHRER EINSCHÄTZUNG UNTER IHREN KOMMILITONEN EIN EHER HOHES, WELCHE EIN EHER GERINGES ANSEHEN?*

	N	EHER HOHES ANSEHEN	EHER GERINGES ANSEHEN
Neurologie	9.288	87,3	12,7
Psychiatrie und Psychotherapie	9.144	24,2	75,8
Radiologie	9.048	52,7	47,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	9.274	79,7	20,3
Urologie	8.799	28,4	71,6
Sonstige, nämlich ...	276	49,3	50,7

25. UND WELCHE FACHRICHTUNGEN GENIESSEN NACH IHRER EINSCHÄTZUNG UNTER PRAKTIZIERENDEN ÄRZTEN/ MEDIZINERN EIN EHER HOHES, WELCHE EIN EHER GERINGES ANSEHEN?*

	N	EHER HOHES ANSEHEN	EHER GERINGES ANSEHEN
Allgemeinmedizin/hausärztliche Tätigkeit	8.649	26,6	73,4
Anästhesiologie	8.357	48,1	51,9
Augenheilkunde	7.890	31,8	68,2
Chirurgie	8.692	74,9	25,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.817	62,3	37,7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	7.733	38,1	61,9
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8.047	13,7	86,3
Innere Medizin	8.547	87,0	13,0
Kinder- und Jugendmedizin	7.983	72,5	27,5
Neurologie	8.292	88,2	11,8
Psychiatrie und Psychotherapie	8.119	26,2	73,8
Radiologie	8.201	53,7	46,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	8.206	67,3	32,7
Urologie	7.703	40,1	59,9
Sonstige, nämlich ...	233	55,4	44,6

* Angaben in Prozent

26. INWIEWEIT STIMMEN SIE DEN FOLGENDEN VORSTELLUNGEN ÜBER DIE HAUSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT ZU?*

	N	STIMME SEHR ZU	STIMME EHER ZU	TEILS/ TEILS	STIMME EHER NICHT ZU	STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU
Die hausärztliche Tätigkeit ist interessant und abwechslungsreich	10.322	19,3	29,5	31,6	15,0	4,6
Als Hausarzt in eigener Praxis ist man sehr auf sich allein gestellt und hat wenig fachlichen Austausch mit Kollegen	10.303	13,2	38,7	30,4	15,7	2,1
Die Verdienstmöglichkeiten als Hausarzt sind zu gering	10.230	22,6	30,7	29,4	15,3	2,1
Hausärzte behandeln eine große Bandbreite von Krankheitsbildern	10.265	31,1	37,9	20,0	10,0	1,1
Hausärzte tragen als Fallmanager ihrer Patienten die größte Verantwortung in der ambulanten Versorgung	10.294	43,9	40,0	12,1	3,4	0,7
Hausärzte müssen für ihre Patienten ständig verfügbar sein	10.308	15,0	36,4	28,1	15,8	4,7

27. 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 = 10.314
Ich begrüße solche Entwicklungen	50,6
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	21,9
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	27,5

* Angaben in Prozent

28. AB 2019 MÜSSEN DIE MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN FÜR ALLE MEDIZINSTUDENTEN EINEN PJ-PLATZ IN DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN PRAXIS ANBIETEN. KOMMT EIN PJ-ABSCHNITT IN DER ALLGEMEINMEDIZIN FÜR SIE IN FRAGE?*

	N = 10.381
Ja	22,8
Vielleicht	24,9
Nein	45,1
Weiß ich noch nicht	7,2

29. NUR FÜR PJ: IN WELCHEM WAHLFACH MACHEN SIE IHR PJ?*

	N = 1.385
Anästhesiologie	24,6
Allgemeinmedizin/hausärztliche Tätigkeit	6,6
Augenheilkunde	2,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10,4
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3,8
Kinder- und Jugendmedizin	14,3
Neurologie	10,4
Psychiatrie und Psychotherapie	3,5
Radiologie	5,5
Orthopädie und Unfallchirurgie	4,2
Urologie	3,2
Sonstige, nämlich	8,4

30. NUR FÜR PJ: HABEN SIE IHR PJ ODER TEILE DAVON IM AUSLAND ABSOLVIERT?*

	N = 1.373
Ja	38,7
Nein	61,3

* Angaben in Prozent

31. NICHT FÜR PJ: PLANEN SIE, IHR PJ ODER TEILE DAVON IM AUSLAND ZU ABSOLVIEREN?*

	N = 8.991
Ja	51,2
Nein	24,6
Weiß ich noch nicht	24,2

32. AB KLINIK: HABEN SIE DIE FAMULATUR ODER TEILE DAVON SCHON GEMACHT?*

	N = 6.704
Ja	85,7
Nein	14,3

33. AB KLINIK, FAMULATUR JA: HABEN SIE DIE FAMULATUR ODER TEILE DAVON IM AUSLAND GEMACHT?*

	N = 5.720
Ja	31,6
Nein	68,4

34. AB KLINIK, FAMULATUR NEIN: PLANEN SIE, DIE FAMULATUR ODER TEILE DAVON IM AUSLAND ZU MACHEN?*

	N = 960
Ja	58,1
Nein	24,5
Weiß ich noch nicht	17,4

* Angaben in Prozent

35. FAMULATUR IN DEUTSCHLAND: IN WELCHEN EINRICHTUNGEN HABEN SIE DIE FAMULATUR GEMACHT?*

	N	JA	NEIN
Ambulante Praxis	3.334	78,0	22,0
Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	3.246	73,7	26,3
Krankenhaus der Maximalversorgung	3.074	64,9	35,1
Uni-Klinik	3.128	62,5	37,5
Andere Einrichtung	2.026	17,6	82,4

36. FAMULATUR: IN WELCHEM UMFANG HABEN SIE WÄHREND DER FAMULATUR FOLGENDE KENNTNISSE ERWERBEN KÖNNEN?*

	N	VOLL UND GANZ	WEIT-GEHEND	NUR TEILWEISE	GANZ UND GAR NICHT
Medizinisches Fachwissen	5.717	14,4	54,2	30,6	0,8
Praktische Fertigkeiten	5.715	22,5	48,0	28,0	1,5
Kommunikative und soziale Kompetenz	5.705	23,6	51,3	22,6	2,5
Wissen über Organisation und Verwaltung von Praxis/ Versorgungseinrichtungen	5.708	7,8	30,4	47,7	14,0

37. HABEN SIE ANMERKUNGEN ZUM THEMA NIEDERLASSUNG, ZUM ARZTBERUF GENERELL UND ZU IHREN BERUFLICHEN PERSPEKTIVEN UND WÜNSCHEN?

...

38. SIND SIE ...?*

	N = 10.284
Weiblich	64,5
Männlich	35,5

* Angaben in Prozent

39. IN WELCHEM JAHR WURDEN SIE GEBOREN?

	N = 10.154
Im Jahr: Mittelwert 1989; Median 1990; Modus 1990	

40. NENNEN SIE BITTE DIE POSTLEITZAHL IHRES HERKUNFTSORTES.

PLZ: ...

41. WELCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT HABEN SIE?*

	N = 8.305
Deutsche Staatsangehörigkeit	95,9
Andere, nämlich: ...	4,1

42. HABEN SIE KINDER?*

	N = 10.305
Ja	4,9
Nein	95,1

43. MÖCHTEN SIE SPÄTER KINDER HABEN?*

	N = 9.772
Ja	87,4
Nein	2,8
Weiß nicht	9,8

HERZLICHEN DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG

* Angaben in Prozent

Impressum

HERAUSGEBER

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: (030) 40 05 - 0
Fax: (030) 40 05 - 1590
E-Mail: info@kbv.de

KOORDINATION

Regina Reuschenberg, KBV
Silke Hansel, KBV

Durchgeführt durch die Universität Trier im
Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
Studienleiter Prof. Dr. Rüdiger Jacob.

GESTALTUNG

31grad branddesign

TITELFOTO

Studenten des 1. Semesters
der Humboldt-Universität bei einer
Anatomie-Vorlesung im Fachbereich Medizin
Bildagentur: Keystone, Jochen Zick

STAND

April 2015



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

