



BERUFSMONITORING MEDIZINSTUDIERENDE 2022 ERGEBNISSE EINER BUNDESWEITEN BEFRAGUNG

IMPRESSUM

Autoren (Universität Trier):

Prof. Dr. Rüdiger Jacob, Prof. Dr. Johannes Kopp, Lea Schwan, Leonie Sattler

Herausgeberin:

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Kooperation:

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Medizinischer Fakultätentag

Redaktion:

Abteilung Versorgungsstruktur KBV

Gestaltung:

büro lüdke GmbH

Fotos:

© AdobeStock, Jacob Lund

Stand:

Dezember 2023

Die vierte bundesweite Befragung Medizinstudierender der Universität Trier wurde erneut in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesvertretung Medizinstudierender in Deutschland (bvmd) sowie mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) durchgeführt. Die Kooperation umfasst die Erarbeitung des Fragenkatalogs sowie die Begleitung der Umsetzung der Befragung. Bei dem Bericht handelt es sich um ein Autorenwerk der Universität Trier.

Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wurde zum Teil nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

INHALT

Stellungnahme: Kassenärztliche Bundesvereinigung	4
Stellungnahme: Medizinischer Fakultätentag	6
Stellungnahme: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.	7
BERICHT DER UNIVERSITÄT TRIER	9



Bereits zum vierten Mal seit 2010 wurden im Rahmen des gemeinsamen Berufsmonitorings der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Medizinischen Fakultätentags (MFT), der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und der Universität Trier Medizinstudierende aus ganz Deutschland zu ihren Vorstellungen und Wünschen für ihre spätere Berufstätigkeit als Ärztin oder Arzt befragt. Ziel ist es, frühzeitig Faktoren zu identifizieren, die eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereich aus Sicht der zukünftigen Medizinergeneration fördern oder hemmen. Dies ist besonders wichtig angesichts des Wandels im Gesundheitswesen und hier auch besonders in der ambulanten Versorgung, bedingt unter anderem durch Prozesse wie den demographischen Wandel und den technischen Fortschritt.

Bedeutung von Work-Life-Balance

Die Befragungsergebnisse bilden ab, wie, wo und was angehende Ärzte und Ärztinnen arbeiten möchten. Nach vier Befragungen in regelmäßigen Abständen lassen sich dafür stabile Trends erkennen. Einer der wichtigsten Trends ist der Wunsch nach Vereinbarkeit von Freizeit, Familie und Beruf¹. Es scheint ein wesentlicher Faktor für die zukünftige Wahl des Arbeitsplatzes zu sein, dass Arbeit und Privatleben gut miteinander zu vereinbaren sind und dies geschlechterunabhängig. Hier gilt es bei der strukturellen Weiterentwicklung des ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereichs anzusetzen und Kolleginnen und Kollegen frühzeitig, also auch schon in der Aus- und Weiterbildung, aktiv einzubinden. Eine Möglichkeit diesem Wunsch nachzukommen, ist die Förderung von Teamstrukturen und die Optionen von Zusammenarbeit. Denn auch hier lässt sich ein Trend erkennen: Gefragt nach den Vorstellungen zur Arbeit im ambulanten Bereich, können sich das die meisten Teilnehmenden am besten in einer angestellten Position vorwiegend in Praxen und MVZ² und gerne im Bereich der Heimatregion³ vorstellen. Auch die Zustimmung zur interprofessionellen Zusammenarbeit hat im Verlauf der Befragungswellen zugenommen⁴ und verfestigt sich im Verlauf des Studiums⁵.

Digitalisierung

Eine weitere Möglichkeit, dem Wunsch nach mehr Zusammenarbeit und einer besseren Vereinbarkeit von Freizeit, Familie und Beruf nachzukommen, ist die Digitalisierung. Leider steht hier der von den befragten Studierenden berichtete subjektive schlechte Kenntnisstand zu Themen der Telemedizin und Digitalisierung in der medizinischen Versorgung im Weg⁶. Dazu kommt, dass zwar circa ein Drittel der Befragten die Zielsetzung der Digitalisierung des deutschen Gesundheits-

wesens als gut oder sehr gut bewerten, aber nur 1,4 Prozent die Umsetzung dieser⁷. Außerdem befürchten viele der Teilnehmenden eine Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses bei zunehmender Digitalisierung⁸. Dies wiederum würde der beruflichen Zufriedenheit abträglich sein, da die Mehrzahl in der direkten Patientenversorgung arbeiten möchte⁹ und circa zwei Drittel der Befragten angeben, dass ihnen wichtig ist, den Patienten oder die Patientin nicht nur in seiner beziehungsweise ihrer akuten Krankheitsgeschichte zu betreuen, sondern die Lebensumstände zu kennen und damit zu beeinflussen¹⁰. Dieser Befund, der auch von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen berichtet wird, muss ernst genommen und aktiv aufgegriffen werden. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens so zu gestalten, dass alle Beteiligten nach Möglichkeit unmittelbare, spürbare Verbesserungen erfahren, ist eines der wesentlichen Herausforderungen dieser und, vor dem Hintergrund neuer Optionen wie der KI, auch folgender Generationen. Es gibt jedoch auch Aspekte, bei denen die Teilnehmenden von einer positiven Einflussnahme der Digitalisierung ausgehen und beispielsweise Hoffnung auf die Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten besteht. Wichtig im Zusammenhang mit dem vorher benannten Punkt der Work-Life-Balance ist die Einschätzung, dass Digitalisierung zu einer Verbesserung der Arbeitsorganisation beitragen kann. Und auch bei der Teamarbeit kann sie unterstützen – drei Viertel der Teilnehmenden sehen eine Verbesserungsmöglichkeit der sektorübergreifenden Zusammenarbeit durch die Digitalisierung¹¹. Für die Zukunft wird also wichtig sein, genau hinzuschauen, wo Digitalisierung im Gesundheitswesen in welcher Form sinnvoll einzusetzen ist. Auch wird es immer wichtiger werden, die Menschen, die die neuen Technologien nutzen sollen, frühzeitig in die Entwicklung mit einzubinden, mit ihnen in Kontakt zu bringen und über die verschiedenen Aspekte von Digitalisierung aufzuklären.

Wissensvermittlung während des Studiums

In der Befragung wird außerdem deutlich, dass die Studierenden sich weiterhin nicht gut über die Arbeitsbedingungen und Anforderung der ambulanten Versorgung informiert fühlen und hier unter anderem der Wunsch besteht, das notwendige Wissen im Studium zu integrieren¹². Die Vermittlung von Kenntnissen über ambulante Versorgungsstrukturen sollte dabei auch im Zusammenhang mit einer später gelingenden integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung stehen, unabhängig davon, ob die Studierenden ihre ärztliche Tätigkeit im stationären oder ambulanten Sektor aufnehmen werden. Da universitäre Ausbildung, trotz vieler Verbesserungen, immer noch weit überwiegend stationär erfolgt und ärztliche Berufsausübung fast ausschließlich in Anstellung erlebt wird, sind die Bemühungen um die Information von Studierenden über die ambulante, auch selbstständige Tätigkeit, weiter zu intensivieren.

>>

COVID-19-Pandemie

In den letzten vier Jahren seit der letzten Befragung im Jahr 2018 stand unser Gesundheitssystem durch die COVID-19-Pandemie vor großen Herausforderungen. Dieser Ausnahmezustand hat auf die eine oder andere Weise auch die Medizinergeneration in ihren Ansichten und Erwartungen geprägt. Um diesen Einfluss zu erfassen, haben die Partner der Befragung entschieden, auf Anregung durch die bvmd, dieses Thema als Sonderthema mit aufzunehmen.

Viele Medizinstudierende leisteten einen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie, indem sie neben ihrem Studium in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Tätigkeiten in der Patientenversorgung übernahmen¹³. Jedoch musste, laut der Befragungsergebnisse, die tatsächliche Ausbildung unter den Umständen der COVID-19-Pandemie leiden. 58,4 Prozent der befragten Medizinstudierenden bewerteten die Auswirkungen der Einschränkungen durch die Pandemie auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen während des Studiums als negativ¹⁴. Besonders das Erlernen von praktischen Fertigkeiten in der Untersuchung und Behandlung von Patienten und Patientinnen hat gelitten. Aber nicht alle Auswirkungen sind negativ. So geben über die Hälfte der Studierenden eine Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Selbstorganisation an¹⁵. Weiterhin lässt sich ein leichter Zuwachs der Attraktivität einer zukünftigen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als Folge der Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie erkennen¹⁶.

Die Pandemie ist auch an den Medizinstudierenden nicht spurlos vorbeigegangen und Medizinstudierende haben in vielfältigen Aktivitäten und Maßnahmen einen signifikanten Beitrag zur Patientenversorgung in dieser Ausnahmesituation geleistet. Die gemachten Erfahrungen und die möglichen Auswirkungen (u. a. auch Long-COVID-Erkrankungen) nehmen Einfluss auf das Gesundheitssystem heute und bedürfen im Interesse ihrer Patienten und Patientinnen weiterhin der Aufmerksamkeit aller Beteiligten: tätigen Ärztinnen und Ärzten, Praxen, Fakultäten und Medizinstudierenden.

Wir danken allen Teilnehmenden für die Beantwortung der Fragen und unseren Partnern für die gute Zusammenarbeit!

¹ Vgl. Tab. 8, S. 28f

² Vgl. Tab. 23, S. 45

³ Vgl. Tab. 37, S. 57

⁴ Vgl. Tab. 49, S. 79

⁵ Vgl. Tab. 50, S. 79

⁶ Vgl. Tab. 44, S. 75

⁷ Vgl. Tab. 48, S. 76

⁸ Vgl. Tab. 47, S. 76

⁹ Vgl. Tab. 23, S. 45

¹⁰ Vgl. Tab. 8, S. 28f

¹¹ Vgl. Tab. 47, S. 76

¹² Vgl. Tab. 44, S. 75

¹³ Vgl. Tab. 52, S. 81

¹⁴ Vgl. Auswertung Frage 24, Anhang, S. 100

¹⁵ Vgl. Tab. 51, S. 81

¹⁶ Vgl. Auswertung Frage 27, Anhang, S. 101

STELLUNGNAHME MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG



medizinischer
fakultätentag

Das vierte bundesweite Berufsmonitoring zeigt, dass Medizinstudierende klare Vorstellungen von ihrer zukünftigen Rolle als Ärztin oder Arzt haben. Es legt auch dar, wie sich Erwartungen und Präferenzen im Laufe der letzten Jahre verändert oder verstetigt haben. Diese Erkenntnisse sind wichtig, um den Beruf des Arztes zeitgemäß zu gestalten und die Rahmenbedingungen für die spätere ärztliche Tätigkeit attraktiv zu halten. Wesentliche Erwartungen der Studierenden an ihre berufliche Zukunft, etwa Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Flexibilität, erträgliche Arbeitsbelastung, Entbürokratisierung, flache Hierarchien, ausreichend Pflegepersonal an der Seite, Teamarbeit, Digitalisierung oder auch die Bevorzugung von Angestelltenverhältnissen, stellen für Normgeber und Versorger strukturelle Herausforderungen dar, die ernst genommen werden müssen. Auch das Medizinstudium kann und soll die Erwartungen der Studierenden angemessen berücksichtigen und zu der zukunftsorientierten Gestaltung und Bewältigung der Herausforderungen einen Beitrag leisten.

Medizinstudierende möchten Arztberuf ausüben

Das aktuelle Berufsmonitoring zeigt, dass Medizinstudierende, entgegen häufig geäußerten Vermutungen, zu über 99 Prozent in ihrem Berufsleben mit Patientenkontakt arbeiten möchten. Das heutige Medizinstudium als universitäres Studium mit dem höchsten Praxisanteil bereitet Studierende folglich gut auf das spätere Berufsleben vor und bestärkt die Erwartungen der Studierenden an einen hohen Kontakt mit Patientinnen und Patienten.

Motivation für ärztliche Fachrichtung

Erstmals wurden die Studierenden im diesjährigen KBV Monitor danach gefragt, was sie motiviert, eine bestimmte fachärztliche Tätigkeit anzustreben. Neben dem Interesse an dem jeweiligen Fachgebiet spielten bei der Entscheidungsfindung auch Studieninhalte, Dozierende und vor allem Erfahrungen in der Praxis eine große Rolle. Dieses Ergebnis zeigt, wie wichtig es ist, dass Studierende in Praktika im ambulanten oder stationären Bereich qualifizierte Lehrärzte und motivierende Rahmenbedingungen vorfinden. Die Präferenz für eine bestimmte Fachrichtung ändert sich im Laufe des Studiums und bis weit in das Praktische Jahr hinein und hängt u. a. mit Tendenzen der Persönlichkeitsentwicklung zusammen.

Öffentlicher Gesundheitsdienst als künftiger Arbeitgeber

Ernüchternd fällt die Bilanz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst als potentielltem Arbeitgeber aus. Die Studierenden der Umfrage zeigen wenig Interesse, später in diesem Bereich tätig zu werden, obwohl der Öffentliche Gesundheitsdienst zusätzliche Sichtbarkeit im Studium erlangt hat. Hier müssen daher die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit verbessert werden.

Neudefinition des Arztberufs im interprofessionellen Zusammenspiel

Im Vergleich zu früheren Umfragen begrüßen die Studierenden mit einem deutlichen Trend nach oben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen. Die Rolle des Arztberufs im Team mit anderen Professionen muss neu definiert werden. Die Medizinischen Fakultäten begrüßen diese Entwicklung und setzen verstärkt auf interprofessionelle Lehrveranstaltungen. Auch sehen diese eine Neuausrichtung der Qualifikationen und Verantwortlichkeiten der Gesundheitsberufe positiv.

Personalentwicklung in der Versorgung

Die Umfrage-Ergebnisse zeigen weiterhin, dass in dieser noch sehr frühen Karrierephase nur einer von zehn Studierenden perspektivisch eine Chefarzt-Position als Karriereoption anstrebt. In vielen Bereichen der Versorgung muss eine professionelle Personalentwicklung gestärkt werden, welche diesen wichtigen Karriereweg als Option erstrebenswert erhält.

COVID-19-Pandemie

Medizinischen Fakultäten und insbesondere für die Studierenden eine große Belastung. Der Monitor zeigt, wie engagiert die Studierenden auch während der Pandemie waren, um trotz der Widrigkeiten den Arztberuf zu erwerben. Dieses Engagement ist unbedingt zu würdigen.

STELLUNGNAHME BUNDESVERTRETUNG DER MEDIZINSTUDIERENDEN IN DEUTSCHLAND E.V.



Wieder einmal freuen wir uns, dass mit dem Berufsmonitoring 2022 die Wünsche der Studierenden gehört und ihre Vorstellungen und Ziele für die Zukunft wahrgenommen wurden. Gerade im Angesicht des fortschreitenden demografischen Wandels stellen die Ergebnisse einen relevanten Beitrag zur Gestaltung der medizinischen Versorgung Deutschlands in den kommenden Jahrzehnten dar. Sie sind frei einsehbar und ermöglichen so allen Akteuren des Gesundheitssystems, Arbeitsbedingungen und Arbeitsmarkt mit den beruflichen Vorstellungen der Studierenden abzustimmen.

Wie auch in den vergangenen drei Umfragen wird deutlich: Flexible Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Zusammenarbeit im Team sowie ein breites Tätigkeitspektrum spielen dabei eine tragende Rolle. Der ländliche Raum bleibt unattraktiver als Ballungsräume, jedoch ist eine klare Tendenz zu einer Heimat oder Universitätsnahen Berufstätigkeit erkennbar. Zudem sind unter Studierenden, die aus einer Region mit geringer Besiedlungsdichte kommen, eben diese Regionen attraktiver. Zur Lösung des sich aktuell zuspitzenden relativen Ärzt*innenmangels ist also neben einem Wandel in den Arbeitsbedingungen, insbesondere eine Veränderung der Rekrutierungs- und Ausbildungsstrategie von entscheidender Bedeutung. Eine pauschale Erhöhung der Studienplatzkapazitäten, wie sie regelmäßig von verschiedenen Akteur*innen gefordert wird, erscheint hingegen widersinnig. Wir rufen die Politik daher eindringlich zu einem Strategiewechsel auf Basis dieser Ergebnisse auf.

NEUE UND ALTE BEREICHE DER (DROHENDEN) UNTERSORSORGUNG

Chirurgie

Die aktuelle Welle des Berufsmonitorings zeigt, dass sich in der Chirurgie ein großes Nachwuchsproblem abzeichnet. Im Praktischen Jahr, dem letzten Abschnitt des Medizinstudiums, kommt eine Tätigkeit in der Chirurgie nur für 19,3 Prozent der Studierenden infrage. Damit halbiert sich fast die Beliebtheit des Fachs Chirurgie im Verlauf des Studiums. Die Gründe dafür liegen vor allem in der hohen Arbeitsbelastung, dem immer noch misogynen und sexistischen Klima sowie mitunter längst überholten Rollenbildern^{17, 18, 19}. Dies geht zum einen aus den Freitextantworten, aber auch etlichen Medienberichten hervor. Aus den Ergebnissen des Berufsmonitorings lässt sich eindeutig ableiten, dass trotz relativ hoher Werte zu Beginn des Studiums, die Beliebtheit im Verlauf und insbesondere im Praktischen Jahr, mit zunehmender Kenntnis der Arbeitsbedingungen in der Chirurgie, immer weiter abnehmen. Ein Umdenken in der Führungs- und Arbeitskultur der Chirurgie ist längst überfällig, um einen Nachwuchsmangel abzufangen.

Allgemeinmedizin

Der aktuell von der Unterversorgung besonders betroffene Fachbereich Allgemeinmedizin weist hingegen erfreulicherweise einen entgegengesetzten Trend auf. Eine große Hemmschwelle bleibt jedoch die Niederlassung selbst. Den Studierenden fehlt zum einen eine adäquate Vorbereitung auf die Niederlassung, zum anderen befürchten Sie finanzielle Risiken, mögliche Regressforderungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und ein Übermaß an bürokratischen Tätigkeiten. Aus Sicht der bvmd zeigt dies neben der Notwendigkeit eines dringenden Wandels im Gesundheitswesen ebenfalls das Erfordernis einer strukturierten Vorbereitung auf die Niederlassung sowie mögliche Risiken und Sorgen im Medizinstudium. Während des Studiums spielt außerdem die Betreuung und Qualität der Lehre während Praxisphasen wie Blockpraktika und Famulaturen eine entscheidende Bedeutung. Diese Aspekte müssen zudem zur Attraktivitätssteigerung unterversorgter Bereiche verstärkt untersucht werden, um statt einer pauschalen Studienplatzerhöhung eine zielgerichtete Lösung für den relativen Ärzt*innenmangel zu verfolgen.

Praktische Ausbildung der Medizinstudierenden – Einfluss der COVID-19-Pandemie

Zu den Schlüsselaufgaben des Medizinstudiums gehört es, die Absolvent*innen auf ihren späteren Berufsalltag vorzubereiten. Studien aus der Ausbildungsforschung und auch Freitextantworten aus dieser Umfrage ergaben jedoch, dass hierbei ein „deutliches Defizit“ besteht.²⁰ Diese Situation wurde durch die COVID-19-Pandemie verschärft, denn knapp 60 Prozent der Studierenden in Deutschland gaben eine Verschlechterung ihrer praktischen und kommunikativen Fertigkeiten an. Dies ist besonders erschreckend, da die Mehrzahl der Medizinstudierenden eine entscheidende Rolle in der Bewältigung der Pandemie gespielt hat: Über 50 Prozent haben in der unmittelbaren Patienten*innenversorgung auf der Intensiv- oder Normalstation oder in einer Praxis gearbeitet. Weitere 30 Prozent waren in Test- und Impfzentren tätig.

Medizinstudierende müssen endlich angemessen ausgebildet werden, denn die Pandemie hat gezeigt, dass sie bereits im Studium eine entscheidende Stütze in der Krankenversorgung spielen. Die Defizite in der praktischen Ausbildung sollten auch nach der Pandemie unbedingt angegangen werden. Im Praktischen Jahr, was eigentlich auf den ärztlichen Berufsalltag vorbereiten soll, stehen auch ohne Pandemie Hilfstätigkeiten wie Botengänge, Blutentnahmen und Haken-Halten im OP statt einer umfassenden Ausbildung in der Betreuung und Versorgung von Patient*innen an der Tagesordnung. Eine zeitnahe Umsetzung der Reform des Medizinstudiums insbesondere unter Berücksichtigung dieser eklatanten Probleme bei praktischen Kompetenzen ist unumgänglich.

>>

Digitalisierung

Die Umsetzung der Digitalisierung wird von Medizinstudierenden als mangelhaft bewertet. Die digitale Transformation macht auch vor der Medizin nicht halt, nicht nur in Fragen der Patientenversorgung, sondern auch der Lehre, Forschung und Innovation. Es ist essentiell, zukünftige Ärzt*innen nicht nur in der Anwendung auszubilden. Eine zukunftsfähige Ausbildung muss zur aktiven Gestaltung und Innovation befähigen. Schon heute wird auf Elemente der Versorgung, die imminently im Alltag ankommen, wie die elektronische Patientenakte oder Telemedizin, nicht ausreichend vorbereitet. Es ist daher umso dringlicher, dass die zukünftigen Ärzt*innen in ihrer Ausbildung endlich auf die Chancen, Herausforderungen und Gefahren des digitalen Gesundheitswesens vorbereitet werden. Dies stellt nicht nur die zeitgerechte Ausbildung dar, es bildet auch die Grundlage für neue, zukunftsweisende Forschung und Krankenversorgung in der Medizin durch kompetente Mediziner*innen.

Delegation und Substitution

Mit knapp 75 Prozent der Medizinstudierenden ist eine überwältigende Mehrheit für die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen. Wir sehen eine große Bereitschaft, die Kernaufgaben des ärztlichen Berufs fortlaufen neu zu definieren und zu gestalten. Nicht hin zur reinen Dokumentation, sondern hin zur Medizin, für die wir ausgebildet wurden. Nicht kernärztliche Tätigkeiten können aus Sicht der Studierenden also unproblematisch abgegeben werden, nicht nur in der Ausführung, sondern auch in der Verantwortlichkeit. Der Wunsch nach teamzentriertem Arbeiten mit flachen Hierarchien zieht sich durchs gesamte Berufsmo-
nitoring und spiegelt sich auch besonders in der Frage nach Delegation und Substitution wider, beides wird mit großer Zustimmung begrüßt.

¹⁷ <https://editionf.com/sexismus-medizin-studium-aerzte-chirurgie>

¹⁸ www.deutschlandfunkkultur.de/metoo-in-der-medizin-sexismus-im-operationssaal-100.html

¹⁹ www.spiegel.de/karriere/sexismus-an-deutschen-unikliniken-ein-krankenhaus-voller-machos-a-b6d6edda-5c86-4f09-88a0-2306b1d7515d

²⁰ GMS | GMS Journal for Medical Education | Wie gut beherrschen Studierende im Praktischen Jahr klinisch-praktische Fertigkeiten? (egms.de)

BERICHT DER UNIVERSITÄT TRIER



INHALT

Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	11
Vorwort zur vierten Welle des Berufsmonitorings Medizinstudierender	13
Perspektive	14
01 Ausgangslage und Problemstellung	15
02 Berufsmonitoring	18
03 Die Befragung – Methodik, Feldarbeit und Datenanalyse	20
04 Ergebnisse	22
4.1 Strukturdaten	22
4.2 Studium	26
4.3 Vorerfahrungen im medizinischen Bereich	27
4.4 Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit	28
4.5 Einkommenserwartungen	31
4.6 Beruf – Familie – Arbeitszeit	34
4.7 Facharztweiterbildung	36
4.8 Arbeitgeber und Niederlassung	45
4.9 Niederlassung: Potential und Niederlassungsbremsen	48
4.10 Tätigkeit im Krankenhaus	53
4.11 Arbeitsorte und Regionen	57
4.12 Versorgungsformen und -Modelle: Informationsstand zukünftiger Ärzte	73
4.13 Digitalisierung: Hoffnungen und Befürchtungen	76
4.14 Übertragung ärztlicher Aufgaben an andere Berufsgruppen	79
4.15 Studium und Ausbildung von Mediziner*innen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie	81
05 Fazit der Universität Trier: Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen	84
06 Anhang: Fragebogen	87

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anteil Studierender nach Geschlecht	23
Abbildung 2: Herkunft der Studierenden: Bundesland	24
Abbildung 3: Vorerfahrung im medizinischen Bereich nach Geschlecht	27
Abbildung 4: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit – Faktoren – nach Geschlecht	30
Abbildung 5: Rahmenbedingungen der Weiterbildung nach Geschlecht	44
Abbildung 6: Präferierte Form der Niederlassung nach Geschlecht	48
Abbildung 7: Karriereoptionen nach Geschlecht	56
Abbildung 8: Attraktivität verschiedener Regionen in Rheinland-Pfalz als Arbeitsorte	58
Abbildung 9: Attraktivität verschiedener Bundesländer: Spitzengruppe, Mittelfeld, Schlussgruppe – nur landesfremde Studierende	59
Abbildung 10/11/12/13: Attraktive Bundesländer für Studierende aus: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg	63
Abbildung 14/15/16/17: Attraktive Bundesländer für Studierende aus: Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern	64
Abbildung 18/19/20/21: Attraktive Bundesländer für Studierende aus: Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland	65
Abbildung 22/23/24/25: Attraktive Bundesländer für Studierende aus: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	66
Abbildung 26/27/28/29: Arbeitskräftepotential: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg	67
Abbildung 30/31/32/33: Arbeitskräftepotential: Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern	68
Abbildung 34/35/36/37: Arbeitskräftepotential: Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland	69
Abbildung 38/39/40/41: Arbeitskräftepotential: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	70

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Studienorte	22
Tabelle 2: Herkunft der Studierenden: Region / Land	23
Tabelle 3: Herkunft der Studierenden: Wohnort	23
Tabelle 4: Studienregion und Herkunftsregion	25
Tabelle 5: Verteilung nach Semester	26
Tabelle 6: Verteilung nach Studienabschnitt	26
Tabelle 7: Vorerfahrung im medizinischen Bereich	27
Tabelle 8: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit	28
Tabelle 9: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit – Faktoren und Faktorladung	29
Tabelle 10: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit – Faktoren	30
Tabelle 11: Einkommenserwartungen: angemessene Monatseinkommen	32
Tabelle 12: Monatliche Einkommenserwartungen nach Geschlecht	33
Tabelle 13: Monatliche Einkommenserwartungen nach familiärem Hintergrund	33
Tabelle 14: Facharztweiterbildung und „No-Go“-Fachrichtungen	36
Tabelle 15: Facharztweiterbildung	37
Tabelle 16: Facharztweiterbildung nach Geschlecht	38
Tabelle 17: Facharztweiterbildung nach Studienabschnitt	39
Tabelle 18: Facharztweiterbildung Chirurgie	41
Tabelle 19: Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin	41
Tabelle 20: Modellrechnung: Präferenzen und Wiederbesetzungsquoten bei unterschiedlichen Teilzeitquoten	42
Tabelle 21: Präferierte Facharztweiterbildung und Wichtigkeit von Faktoren zu späterer Berufserwartung ..	43
Tabelle 22: Rahmenbedingungen der Weiterbildung	44
Tabelle 23: Niederlassung und angestellte Tätigkeit	45
Tabelle 24: Niederlassung und angestellte Tätigkeit nach Geschlecht	46
Tabelle 25: Niederlassung und angestellte Tätigkeit nach Studienabschnitt	47
Tabelle 26: Präferierte Form der Niederlassung	48
Tabelle 27: Präferierte Form der Niederlassung nach Studienabschnitt	48

>>

Tabelle 28: Faktoren, die gegen eine Niederlassung sprechen	50
Tabelle 29: Wichtige Unterstützungsangebote bei einer Niederlassung	51
Tabelle 30: Unterstützungsangebote bei Niederlassung – Faktoren und Faktorenladung	52
Tabelle 31: Unterstützungsangebote bei Niederlassung – Faktoren	52
Tabelle 32: Gründe gegen eine Anstellung im Krankenhaus	54
Tabelle 33: Gründe gegen eine Anstellung im Krankenhaus nach Geschlecht	55
Tabelle 34: Gründe gegen eine Anstellung im Krankenhaus nach Studienabschnitt	55
Tabelle 35: Karriereoptionen	56
Tabelle 36: Karriereoptionen nach Studienabschnitt	56
Tabelle 37: Spätere mögliche Arbeitsorte	57
Tabelle 38: Attraktivität verschiedener Regionen und Herkunftsregionen	59
Tabelle 39: Attraktivität verschiedener Bundesländer – nur landesfremde Studierende	60
Tabelle 40: Attraktivität verschiedener Regionen und Herkunftsregionen – Spitzengruppe, Mittelfeld und Schlussgruppe	62
Tabelle 41: Aversion gegen bestimmte Arbeitsorte	71
Tabelle 42: Arbeiten in Landkreisen und Landgemeinden nach Größe des Herkunftsortes	71
Tabelle 43: Arbeiten in Landkreisen und Landgemeinden nach Geschlecht	72
Tabelle 44: Subjektiv guter Informationsstand über Anforderungen und Arbeitsbedingungen in verschiedenen Versorgungsbereichen	75
Tabelle 45: Subjektiv guter Informationsstand über Anforderungen und Arbeitsbedingungen in verschiedenen Versorgungsbereichen nach Geschlecht	75
Tabelle 46: Subjektiv guter Informationsstand über Anforderungen und Arbeitsbedingungen in verschiedenen Versorgungsbereichen nach Studienabschnitt	75
Tabelle 47: Auswirkungen der Digitalisierung	76
Tabelle 48: Bewertung Zielsetzung der Digitalisierung in medizinischer Versorgung und Stand der Umsetzung	76
Tabelle 49: Übertragung von ärztlichen Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen	79
Tabelle 50: Übertragung von ärztlichen Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen nach Studienabschnitt	79
Tabelle 51: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Entwicklung von Kompetenzen	81
Tabelle 52: Aufgaben während der Corona-Pandemie in der Versorgung oder Pandemiebekämpfung	81
Tabelle 53: Aufgaben während der Corona-Pandemie in der Versorgung oder Pandemiebekämpfung nach Geschlecht	82

VORWORT ZUR VIERTEN WELLE DES BERUFSMONITORINGS MEDIZINSTUDIERENDE

Wir freuen uns, dass durch die Kooperation zwischen der Professur Soziologie/Empirische Sozialforschung der Universität Trier, der KBV, dem MFT und der bvmd bereits zum vierten Mal in Folge ein Berufsmonitoring Medizinstudierende möglich war. Seit dem Jahr 2010 wird in einem vierjährigen Turnus der medizinische Nachwuchs nach seinen Einschätzungen, Anregungen und individuellen Zukunftsentscheidungen bundesweit befragt und gibt uns damit die Möglichkeit einen fundierten Einblick über das Feld zu erlangen. Das Projekt zum Berufsmonitoring Medizinstudierende hat sich zu einem etablierten Instrument der Dauerbeobachtung und einer echten Längsschnittuntersuchung entwickelt.

Die Ergebnisse der Befragung sind auch für andere Akteure der Gesundheitsversorgung ein sinnvolles Instrument, um berufliche Vorstellungen der Studierenden besser einschätzen und entsprechende Maßnahmen vornehmen zu können. Die Studie liefert somit wertvolle Informationen zur medizinstudentischen Evaluation von im Gesundheitssystem laufenden Reformprozessen.

Neben den Kooperationspartnern KBV, MFT und Universität Trier ist seit 2014 die bvmd ein fester Bestandteil des Verbunds. Auch für die vierte Welle haben diese sich bei der Entwicklung neuer Fragen und der Information der Zielgruppe im Vorfeld der Befragung eingebracht.

Der vorliegende Bericht stellt damit eine aktualisierte Neuauflage der drei ersten Wellen dar, bei welcher sowohl die empirischen Befunde als auch einige neue Schwerpunkte bei den Fragen aktualisiert wurden.

An Ausgangslage und Problemstellung für die Befragung hat sich seit dem Jahr 2010 nichts mehr geändert: Es kann auch weiterhin von einer Verschärfung des Rekrutierungsproblems bei medizinischem Fachpersonal ausgegangen werden. Die betrifft insbesondere ländliche Regionen, kann jedoch je nach Profession auch in einigen Grenzregionen zu Problemen führen.

Der Soziologie liegt die Annahme der Kontextualität menschlichen Handelns zugrunde. Neben den soziologischen Klassikern wie Émile Durkheim, Max Weber oder Georg Simmel birgt auch die empirische Sozialwissenschaft die Idee, dass das Denken und der informell-normative Regelkatalog der Individuen maßgeblich von ihrem sozialen Umfeld beeinflusst wird. Daher kommt der Soziologie, neben ihrer Rolle als die Gesellschaft beschreibende und ursächlich erklärende Wissenschaft, in Form der empirischen Forschung eine weitere Aufgabe zu: Die Verknüpfung zwischen unterschiedlichen Datenressourcen und deren kontextueller Interpretation.²¹

Es scheint aufgrund der Vielseitigkeit der Soziologie auch kaum verwunderlich, dass diese sich im letzten Jahrhundert den unterschiedlichsten Themengebieten zugewandt und den Versuch unternommen hat, die daraus resultierenden gesellschaftlichen Phänomene zu verstehen. Dies ist unter anderem den Sozialwissenschaftlern Howard S. Becker, Blanche Geer, Everett C. Hughes und Anselm L. Strauss im Jahr 1991 mit ihrer Analyse über die „studentische Kultur in medizinischen Bildungsstätten in Amerika“ bereits in einem besonderen Maß gelungen. Sie erschufen eine Brücke zwischen Kontext und menschlichem Handeln und veröffentlichten damit die erste große sozialwissenschaftliche Studie, die über die tatsächliche Ausbildungserfahrung im Medizinstudium berichtet.

Während die Studie von Howard S. Becker et al. einen starken Fokus auf die Bildungsstätte selbst, die Herkunft und das soziale Miteinander zwischen den Studierenden während des Studiums hatte, wird in unserem Bericht zur Medizinstudierendenbefragung versucht durch den Einsatz empirischer Methoden einen Ist-Zustand zu beschreiben und damit zugleich eine kontextuelle Verortung zu ermöglichen.²² Eine Analyse der Netzwerke spezifischer Individuen ist jedoch nicht möglich. Hier tragen Fragen nach Präferenzen und Einschätzungen der Medizinstudierenden über ihren zukünftigen Berufsstand und ihr Studium vordergründig zum Erkenntnisgewinn bei und können ebenfalls sozioökonomisch und demographisch eingeordnet werden. Diese Studienmerkmale helfen bei der frühzeitigen Erkennung von Veränderungen und Trends im Bereich der medizinischen – oder generell gesundheitswissenschaftlichen – Ausbildung. Kurzum: Wir versuchen mikrostrukturelle Veränderungen bezogen auf die Wahl der Profession, der Arbeitszeit und zukünftigem Arbeitsort zu erkennen und diese mit den möglichen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitssystem (Makroebene) zu verknüpfen.

Dies geschah in Zusammenarbeit mit den Experten für das Studium der Humanmedizin, für die Arbeit medizinischen Fachpersonals und für das Gesundheitswesen schlechthin: Den Studierenden selbst, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem medizinischen Fakultätentag. Die beteiligten Personen und Institutionen ließen ihre Expertise in der Konzeptionsphase bei der Entwicklung des Fragebogens einfließen und waren durch ihren Sachverstand für das Projekt unverzichtbar. Sie nahmen damit eine grundlegende Rolle für die Kontextualisierung der Daten ein. Die Datenerhebung, Analyse und fachliche Interpretation der Daten fielen der Universität Trier selbst zu. Der daraus gezogene Erkenntnisgewinn ist es, welcher im Nachgang politischen Institutionen die Möglichkeit bietet, die Entwicklungen im Sektor der medizinischen Versorgung positiv zu beeinflussen.

²¹ Vgl. Diekmann, Andreas (2006): „Aktuelle Probleme der empirischen Sozialforschung.“ In: Andreas Diekmann (Hrsg.): Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 44: Methoden der Sozialforschung, S. 16.

²² Siehe hierzu: Becker, Howard et al (1991): „Boys in White: Student Culture in Medical School“, Chicago.

Die Bevölkerung in Deutschland wird insgesamt älter und die Bevölkerungszahl (der autochthonen Bevölkerung) wird abnehmen. Dabei hat diese Entwicklung in ländlichen Regionen früher begonnen als in Agglomerationsräumen. Dabei ist es übrigens unerheblich, ob und in welchem Ausmaß Zuwanderer den Altersaufbau – eine strukturelle Größe – noch modifizieren, denn dies ändert nichts an der zunehmenden Zahl der zu versorgenden älteren Bevölkerung – einer Bestandsgröße –, denn (künftig) ältere und alte Menschen sind, um eine Aussage von Frau Merkel hier leicht abgewandelt zu zitieren, halt schon da.

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

Das Risiko einer Karriere als „geriatrischer Patient“ ist mithin groß. Die geriatrischen Fachgesellschaften haben diesen Patienten 2007 definiert als Patienten mit geriatritypischer Multimorbidität, die charakterisiert ist durch Immobilität, Sturzneigung, kognitive Defizite, Inkontinenz, Fehl- und Mangelernährung, Depressionen und Angststörungen, chronische Schmerzen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit sowie durch Seh- und Hörbehinderung.²³ Das Morbiditätsspektrum unterliegt bereits jetzt einem deutlichen Wandel hin zu im weitesten Sinn geriatrischen 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 potentiell 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.²⁴ 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 beziehungsweise 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 geriatrischen Patienten, Klinikaufenthalte und Pflegebedürftigkeit zu minimieren und auch im fortgeschrittenen Alter ein Optimum an Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität zu ermöglichen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt dazu in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 unmissverständlich fest: „Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhalts einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Vor dem Hinter-

grund 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 Potentiale dringend einer Korrektur.“²⁵ Dabei soll die ambulante Behandlung – soweit wie möglich – Vorrang vor der stationären Therapie haben. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit soll durch geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden. Die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor soll gefördert werden.²⁶ Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es aber einer quantitativ ausreichenden und qualitativ auf das sich wandelnde Morbiditätsspektrum ausgerichteten Versorgungsstruktur. Eine alternde und künftig mehrheitlich ältere Bevölkerung wird mehr und andere medizinische Leistungen nachfragen.

Zur Prognose der Entwicklung des Morbiditätsspektrums konkurrieren derzeit im Wesentlichen zwei Thesen, nämlich die Medikalisierungsthese (auch Morbiditätsexpansionsthese genannt) und die Kompressionsthese. Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass mit steigender Lebenserwartung auch die Krankheitslast und damit Ressourcenbedarf und Kosten in einer Gesellschaft steigen, weil – bei Fortschreibung des bisherigen Krankheitspektrums 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 größeren Maße in Krankheit und Behinderung verbracht werden.“²⁷

>>

Die kurative Medizin ist zwar in zunehmenden Maß in der Lage, (chronisch) kranke Patienten (für längere Zeiträume) am Leben zu erhalten und deren Symptome zu behandeln, nicht aber, diese Krankheiten ursächlich zu therapieren. Damit steigt insgesamt die Zahl kranker Patienten und deren Lebenszeit unter Krankheit. Die Kompressionsthese geht demgegenüber davon aus, dass künftige Kohorten „bei steigender Lebenserwartung bis ins hohe Alter weitgehend gesund bleiben und schwere Krankheiten mit hohen Kosten sich erst im letzten Lebensabschnitt, also kurz vor dem Tod, einstellen.“²⁸

Bei beiden Thesen spielt die Biographie der Patienten eine wichtige Rolle. Die Medikalisierungsthese extrapoliert Morbiditätstrends wie sie bei den jetzt älteren und alten Patienten beobachtet werden, deren Biographie gekennzeichnet war durch Kriegs- und Nachkriegsjahre sowie berufliche und verhaltensbedingte Belastungen, über deren gesundheitsschädigende Wirkungen es lange Zeit kaum gesichertes und publiziertes Wissen gab, zu denken ist hier etwa an die Ubiquität des Rauchens bis weit in die achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts hinein. Viele dieser Belastungen betreffen die jetzt jungen und mittelalten Kohorten gar nicht mehr oder nicht mehr in dem Maß wie ihre Vorgänger, so dass es für eine Kompressionsthese durchaus einige Plausibilität und Evidenz gibt. Ein Kohortenvergleich mit Daten des Alterssurveys zeigt, dass die Krankheitsinzidenz in der später geborenen Kohorte in gleichen Altersklassen tatsächlich niedriger ist als in der früher geborenen Kohorte.²⁹

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

Selbst bei rückläufigen Bevölkerungszahlen werden deshalb die Konsultationszahlen beziehungsweise der Bedarf nach ambulanter und stationärer Behandlung absehbar wohl nicht sinken, sondern eher noch steigen – und dies gilt erst recht, wenn durch Zuwanderung die Bevölkerungszahl konstant bleibt oder sogar wächst. Auch dazu bietet der Alterssurvey einige Evidenz, über 90 Prozent der Personen über 70 Jahre sind in ambulanter Behandlung und haben mindestens einmal in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen praktischen Arzt aufgesucht. Nun unterliegt aber auch die Ärzteschaft diesem demographischen Wandel. Die Hälfte der aktuell niedergelassenen Ärzte zum Beispiel 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 wiederbesetzt, Krankenhäuser aller Versorgungsstufen haben ebenfalls zunehmend Probleme bei der Wiederbesetzung freier Stellen bis hin zur Chefarztebene. 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 Arztstühle als Maß nimmt. Künftig wird sich die Situation verschärfen, weil – wie eben schon erwähnt – der Bedarf nach ärztlichen Leistungen eher steigen dürfte, so dass der sich abzeichnende Strukturwandel zu einer Diskrepanz von Angebot und Nachfrage führt.

Die wohnortnahe ambulante Versorgung in den ländlich strukturierten Regionen ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen mittel- und langfristig nicht gesichert.³⁰ Laut der Daten der Bundesärztekammer sank der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 2020 im Vergleich zum Vorjahr über alle Professionen hinweg um 1,2 Prozent.³¹

Diese Probleme resultieren zum einen aus einem drohenden Mangel an Ärzten in diesen Regionen, betreffen also die Quantität des Angebots. Zum anderen

zeichnet sich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem damit korrelierten Wandel im Morbiditätsspektrum aber auch ein qualitatives Versorgungsproblem ab (das durchaus auch die Städte betrifft), da eine im weitesten Sinne geriatrische Medizin in verstärktem Maß auch in Städten angeboten werden muss.

Vor diesem Hintergrund und dem demographischen Wandel auch in der Ärzteschaft stellt sich damit naturgemäß die Frage nach der Entwicklung bei dem medizinischen Nachwuchs. Hier muss man zunächst einmal feststellen, dass die Zahl der Absolventen von 1994 bis 2006 von 11.978 auf 8.724 gesunken ist, was einem Rückgang von 27 Prozent entspricht. Zwar stieg der Anteil der Absolventen 2009 wieder auf 10.069, fiel bis 2015 aber auch wieder auf 9.215.³² Neben (bislang) eher rückläufigen, zumindest aber stark schwankenden Absolventenzahlen zeichnet sich ein zweiter Trend sehr deutlich ab: Medizin wird weiblich, der Frauenanteil bei den Absolventen betrug 2015 rund 67 Prozent. Zu beobachten ist außerdem ein dritter Trend: Eine beachtliche Zahl von Ärzten wandert (früher oder später) ins Ausland ab (2006: 2.575; 2007: 2.439; 2008: 3.065; 2009: 2.486, 2015: 2.143, 2016: 2.050).³³ Dies bedeutet für Deutschland einen „brain drain“, der sich auch finanziell ausdrücken lässt, denn für jeden im Fach Medizin/Gesundheitswissenschaft in Deutschland ausgebildeten Absolventen hat die öffentliche Hand 211.400 Euro aufgewandt. Wenn man die Schulausbildung hinzunimmt, sind es 278.000 Euro.“³⁴

Nun sagen solche Zahlen – abgesehen von der Abwanderung ins Ausland – natürlich noch nichts über die spätere berufliche Motivation der künftigen Mediziner, etwa zur angestrebten Facharzttrichtung, Tätigkeit in eigener Praxis, im Krankenhaus oder in der Forschung, Arbeitszeitvorstellungen und Einkommenserwartungen, ganz zu schweigen von den Wünschen und Vorstellungen der privaten Lebensplanung. Eben solche Faktoren sind aber entscheidend für die Wahl der späteren Tätigkeit und des späteren Arbeits- und Lebensortes. Auf einen Aspekt allerdings können wir bereits jetzt hinweisen: Absolventenzahlen sind nicht umstandslos mit einer Ausweitung des Angebots an berufstätigen Ärzten gleichzusetzen, wenn damit Vollzeitäquivalente assoziiert werden.

>>

Gezählt werden in der Absolventenstatistik Köpfe beziehungsweise Personen. In den beiden letzten Befragungen wie auch in der einleitend erwähnten bundesweiten Befragung angestellter Ärzte hat sich aber gezeigt, dass viele der (künftigen) Ärzte befristet oder auch dauerhaft in Teilzeit arbeiten wollen und werden und daran hat sich auch 2018 nichts geändert. Es ist deshalb durchaus fraglich, ob der künftige Wiederbesetzungsbedarf bei freien Arztstellen mit den derzeitigen Absolventenzahlen gedeckt werden kann – und dies gilt umso mehr, wenn eine aktuell von den Kostenträgern und einigen Gesundheitspolitikern vorgetragene Idee nach einer Ausweitung der Sprechstundenzeiten (etwa von 6.00 bis 23.00 Uhr) und der Einbeziehung von Samstagen tatsächlich umgesetzt wird.³⁵

²³ Vgl. dazu die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys in DZA (Hrsg.): Alterssurvey, Schwerpunkt „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“, 2005, www.bmfsfj.de/resource/blob/79146/234a933bba9b1215f0f1a8fd5e7ece55/kapitel6-9-gesundheit-und-gesundheitsversorgung-data.pdf

²⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 234.

²⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 31.

²⁶ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.) (2009): Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz.

²⁷ Niehaus, F.: Alter und steigende Lebenserwartung, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006, S. 3 und S. 14.

²⁸ Niehaus, F.: Alter und steigende Lebenserwartung, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2006, S. 14.

²⁹ Vgl. DZA (Hrsg.): Alterssurvey, Schwerpunkt „Gesundheit und Gesundheitsversorgung“, 2005, www.bmfsfj.de/resource/blob/79146/234a933bba9b1215f0f1a8fd5e7ece55/kapitel6-9-gesundheit-und-gesundheitsversorgung-data.pdf

³⁰ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 230.

³¹ Bundesärztekammer (2020): „Ärztstatistik zum 31. Dezember 2020“, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf, Stand: 31.12.2020, letzter Abruf: 01.02.2023.

³² Vgl. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17074.php>

³³ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 228–237 (bis 2009) www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Tab13.pdf, (2015 und 2016).

³⁴ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 230.

³⁵ Vgl. dazu www.aerzteblatt.de/nachrichten/99994/Kassen-wollen-Sprechstunden-am-Abend-und-samstags-Aerzte-empfoert und www.aerzteblatt.de/nachrichten/100041/Protest-gegen-Lauterbach-Aeusserungen-zu-Sprechstunden-zeiten

Ausbildung oder Studium und die sich anschließende Berufstätigkeit sind schon aufgrund ihrer Dauer höchst bedeutsame Faktoren in der Biographie. Berufliche Sozialisation trägt wesentlich zur Bildung und Verfestigung der persönlichen Identität bei – und dies gilt umso mehr, je länger die Ausbildungsphase dauert und je anspruchsvoller die spätere Tätigkeit ist, aber auch, je mehr Handlungs- und Gestaltungsautonomie diese impliziert. Gerade die ärztliche Tätigkeit hatte hier lange Zeit eine besondere Position, die diese von anderen Berufen abhob: Ärzte heilen Krankheiten, retten Leben und sind aufgrund dieser Zuständigkeit für existentielle Fragen als Berufsgruppe deutlich weniger entbehrlich als viele andere. Eben deshalb zählt die ärztliche Tätigkeit (im weitesten Sinn) neben der spirituellen zu den frühesten Formen der Rollendifferenzierung in einfachen Gesellschaften, wenn auch in der Person des Schamanen beides zunächst in Personalunion ausgeübt wurde. Körperliche Heilung und seelisches Heil waren kaum trennbar verwoben. Und auch die moderne Medizin hat diesen Nexus nicht ganz auflösen können, gerade bei 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 mehr als ein reiner Broterwerb und bedarf einer spezifischen Berufung und einer ausgeprägten intrinsischen Motivation, um diese Lebensaufgabe wahrzunehmen. So heißt es bereits in der Standesordnung für die deutschen Ärzte aus dem Jahr 1926, dass „der Beruf des deutschen Arztes Gesundheitsdienst am deutschen Volke“ sei und dass „der deutsche Arzt seinen Beruf nicht lediglich zum Zwecke des Erwerbes, sondern unter dem höheren Gesichtspunkte der Fürsorge für die Gesundheit des einzelnen wie für die Wohlfahrt der Allgemeinheit ausübe.“³⁶

Diese normativen Vorgaben der Berufsethik – man kann hier übrigens auch den hippokratischen Eid zitieren, den alle Ärzte zu leisten haben, werden auch in Alltagsikonographie verwendet, wir nennen hier nur den „Landarzt“ und „Professor Brinkmann“ aus der Schwarzwaldklinik. Natürlich stellen diese TV-Figuren Verkörperungen von Klischees dar. Sie sind aber nur deshalb so populär geworden, weil die Klischees reale Vorbilder hatten, mit denen zumindest hinsichtlich des Landarztes viele Menschen konkrete Erfahrungen gemacht hatten, übrigens durchaus auch in der Stadt, nämlich mit dem Hausarzt, der tatsächlich die ganze Familie über mehrere Generationen kennt, auch nachts zu Hausbesuchen kommt und neben der medizinischen Betreuung auch Lebensberatung bietet. An die Rolle des Arztes – wiewohl als Berufsrolle im Gesundheitssystem als einem funktional ausdifferenzierten System in der modernen Gesellschaft (eigentlich) funktional spezifisch, das heißt so wie jede Berufsrolle mit einem relativ klar definierten Anforderungsprofil und Zuständigkeitsbereich ausgestattet – richten nicht nur Patienten sehr vielfältige Erwartungen. Auch viele Ärzte haben ein Selbstverständnis ihrer Arbeit, das als spezifisches Berufsethos mehr beinhaltet als die bloße Erfüllung bestimmter Rollenverpflichtungen. Die Arztrolle ist mehr als eine spezifische Berufsrolle, sie ist diffus, die Erwartungen an den Arzt sind jenseits der mehr oder weniger eindeutigen Erfordernisse, die der Beruf im engeren Sinn (Stichworte Diagnose und Behandlung) mit sich bringt, nicht klar definiert, aber sehr umfassend. Analog zu der ebenfalls diffusen Rolle der Mutter im Sozialsystem Familie wird von Ärzten sehr oft – um es auf einen knappen Nenner zu bringen – „Alles“ erwartet: Hilfe und Heilung bei Krankheit, Rat bei existentiellen Problemen aller Art, auch solcher, die mit Krankheiten nichts zu tun haben, allgemeine Lebensberatung und Hilfe, Menschlichkeit, Freundlichkeit, Selbstlosigkeit, Vorbildfunktion und untadelige Lebensführung – diese Liste ließe sich fraglos verlängern. Einlass auch in

die gleichsam offizielle Definition der Rolle fanden diese universalistischen Aspekte in der Verpflichtung, zumindest bei Notfällen stets und allzeit für die Versorgung von Patienten zur Verfügung zu stehen. Zumindest in zeitlicher Hinsicht kann man mithin (und unter Umständen auch in juristischer Hinsicht) von Ärzten „Alles“ erwarten.

Dass hier viele Rollenkonflikte angelegt sind, liegt auf der Hand. Ein ganz entscheidender Rollenkonflikt, den viele Menschen, die erwerbstätig sind, erleben, ist der Konflikt zwischen diffusen Elternrollen und spezifischen Berufsrollen. Eine Rolle, von der die Kinder 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 hintanstellt, um das kranke eigene Kind zu betreuen oder diesen Erwartungen Priorität einräumt, um sich um die Patienten zu kümmern. Dieser Konflikt kann bei der klassischen familiären Arbeitsteilung so gelöst werden, dass ein Elternteil (im Regelfall die Mutter) sich ausschließlich der Familie widmet und auf eine eigene Berufstätigkeit verzichtet und der andere Elternteil (im Regelfall der Vater) der außerfamiliären Erwerbsarbeit nachgeht. In der Vergangenheit wurde dieses Modell ja auch massenhaft praktiziert.

Es zeichnet sich aber bereits jetzt bei den beruflichen Perspektiven der jüngeren Kohorten ab, dass dies für Frauen kein attraktives Modell mehr ist.

Zudem ist es eigentlich nur noch eine rhetorische Frage, ob eine Volkswirtschaft, in der Arbeitskräfte ein zunehmend knappes Gut darstellen, es sich überhaupt leisten kann, die Hälfte einer Generation auszubilden und zu qualifizieren und
>>

diese dann in die (zweifelloso wichtige und unverzichtbare) Familienarbeit zu verabschieden und einem Arbeitsmarkt zu entziehen, auf dem sie dringend benötigt werden. Dieses Problem verschärft sich noch, wenn der größere Teil des Berufsnachwuchses aus Frauen besteht, wie es für den Arztberuf der Fall ist.

Ein attraktives Arbeitsmodell für Frauen, die Arbeit und Familie vereinbaren möchten, ist deshalb eine Tätigkeit in Teilzeit. Dies führt allerdings in der Tendenz ebenfalls zu einer Angebotsverknappung, Arbeitskräfte und Vollzeit-äquivalente fallen hier auseinander. So zeigte sich etwa, dass die Zahl der berufstätigen Ärztinnen von 2000 bis 2007 um 17,1 Prozent zugenommen hat, das Volumen der von den Ärztinnen geleisteten Wochenstunden dagegen nur um 9,1 Prozent.³⁷ Dieser Trend hat sich fortgesetzt. Von den von uns 2017 bundesweit befragten angestellten Ärzten unter 65 Jahren waren 60 Prozent weiblich, von denen wiederum 75 Prozent in Teilzeitmodellen arbeiten.³⁸

Neben den Aspekten eines Berufes, die prägend sind für die persönliche Identität, zentrale Lebensziele und grundlegende Werthaltungen, ist die Berufstätigkeit natürlich auch die ökonomische Basis für einen bestimmten Lebensstil und die Verfolgung spezifischer, auch außerberuflicher Interessen, und der Beruf des Arztes macht hier keine Ausnahme. Vielmehr galt und gilt er in der öffentlichen Wahrnehmung sogar als außerordentlich gute ökonomische Basis für einen gehobenen Lebensstil.

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

Die Frage ist nur, welche dieser Berufsfelder wie nachgefragt werden und welche Vorstellungen angehende Ärzte von ihrer späteren Tätigkeit haben. Diese Fragen sind umso bedeutsamer, als sich der Arbeitsmarkt für Mediziner stark gewandelt hat: Waren in der Vergangenheit die Beschäftigungsmöglichkeiten knapp und damit die Arbeitgeber, insbe-

sondere die Krankenhäuser und Praxisinhaber, die ihre Praxis an Nachfolger abgeben wollten, in einer komfortablen Situation, so hat sich die Situation umgekehrt: Bereits jetzt und künftig in zunehmendem Maß ist die knappe Ressource die ärztliche Arbeitskraft. Die Anbieter dieser Ressource haben aufgrund der damit verbundenen Pluralisierung von Optionen nunmehr die stärkere Marktposition und es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass sie sich dieser Tatsache auch bewusst sind und diese Marktposition entsprechend nutzen. Das Gesundheitssystem insgesamt ist zwar kein wettbewerbsgesteuerter Markt, weil das Gut „Gesundheit“ aus vielerlei Gründen kein marktgängiges Produkt ist.

Auf dem Teilsegment des Arbeitsmarktes im Gesundheitssystem allerdings funktionieren Markt- und Wettbewerbsmechanismen derzeit recht gut. „Bei anhaltend günstiger Arbeitsmarktsituation für Ärzte wird wohl weiterhin die Chance bestehen, neben Gehaltsverbesserungen auch Wünsche für die zeitliche Arbeitsgestaltung durchzusetzen. Es ist auch zu erwarten, dass vor allem die Ärztinnen kürzere, familienfreundliche Arbeitszeiten erreichen können.“³⁹ Man kann hier hinzufügen: Ärzte werden auch ihre Vorstellungen hinsichtlich Arbeitsregion und Arbeitsort immer 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.“⁴⁰ Ob also, um hier exemplarisch nur ein Ergebnis zu zitieren, in Krankenhäusern schlechte Arbeitsbedingungen und Ausbeutung, starre Hierarchien und sexuelle Diskriminierung anzutreffen sind, ist nicht ent-

scheidend. Wesentlich ist, dass Menschen dies glauben. Es reicht daher auch nicht, nur die Situation zu ändern, vielmehr muss auch das „imaginaire“, die Vorstellung über die Situation, modifiziert werden. Krankenhäuser, wenn sie denn aus dieser Untersuchung entsprechende Schlüsse ziehen und Struktur- und Organisationsreformen durchführen, müssen diese auch entsprechend bekanntmachen.

Grundsätzlich ist hier zudem noch ein weiterer Aspekt anzusprechen, der der Sache nach gilt, seit es organisierte Gesellschaften gibt, aber erst durch die sogenannte Banken- und Finanzmarktkrise in – eigentlich pervertierter Form – diskutiert wird, nämlich der der sogenannten 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.

³⁶ Fuchs, Ch.; Gerst, Th.; Medizinethik in der Berufsordnung. [www.aerzteblatt.de/archiv/8218/1947-1997-Bundesärztekammer-im-Wandel-\(XVI\)-Medizinethik-in-der-Berufsordnung-Entwicklungen-der-Muster-Berufsordnung](http://www.aerzteblatt.de/archiv/8218/1947-1997-Bundesärztekammer-im-Wandel-(XVI)-Medizinethik-in-der-Berufsordnung-Entwicklungen-der-Muster-Berufsordnung)

³⁷ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 231.

³⁸ Vgl. Jacob, R.; Kopp, J.; Richter, R.; Dräger, S.: Angestellte Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor. Bundesweite Befragung 2017, Trier 2018.

³⁹ Adler, G.; Knesebeck, J.-H. v.d.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54, S. 231.

⁴⁰ Thomas, W. I.: *The Child in America*, New York 1932, S. 572.

Dieses Berufsmonitoring ist als Längsschnittstudie angelegt, wobei auch immer neue Jahrgänge von Medizinstudierenden befragt werden. Geplant sind Befragungen in regelmäßigen Abständen, wobei wir aktuell von einem Turnus von 4 bis 5 Jahren ausgehen. Die erste Befragungswelle wurde im Jahr 2010 durchgeführt. Dieser Befragung wiederum ging im Jahr 2009 eine Studie im Rahmen der regionalen Versorgungsforschung voraus, die nur in Rheinland-Pfalz stattfand. Kooperationspartner waren die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz und die Universität Mainz. Dahinter stand zum einen die Überlegung – die übrigens durch alle bundesweiten Befragungen auch bestätigt wurde –, dass sich der ärztliche Nachwuchs für ein Bundesland im Wesentlichen aus Landeskindern rekrutiert und diese wiederum primär in ihrem Herkunftsbundesland studieren. Die zweite Befragungswelle ging 2014 ins Feld. Die in diesem Band vorgestellten Ergebnisse stammen aus der vierten Befragungswelle aus dem Jahr 2022.⁴¹ Die Regelstudienzeit für das Studium der Humanmedizin beträgt 12 Semester und dauert damit 6 Jahre. Erfahrungsgemäß braucht die Mehrzahl der Studenten länger, bei der Befragung im Jahr 2014 etwa gaben knapp 60 Prozent an, dass sie ihr Studium nicht in der Regelstudienzeit werden abschließen können. Ein Studium dauert im Durchschnitt eher 13 Semester,⁴² so dass für viele Studenten eine Studiendauer von 7 bis 8 Jahren nicht unrealistisch ist. Von 2010 bis 2018 dürften wir deshalb zumindest größere Teile einer durchlaufenden Studienkohorte eingeschlossen haben. Wer 2010 in der Vorklinik war, hat 2018 cum grano salis das PJ erreicht.⁴³

Die Befragungen wurden als Online-Befragung konzipiert. Zielgruppe sind alle Medizinstudierenden der jeweiligen Fakultät, grundsätzlich geplant war und ist damit eine Vollerhebung. Die Information der Studenten erfolgte immer über einen E-Mail-Verteiler der jeweiligen Fakultät, seit 2021 außerdem über einen internen E-Mail-Verteiler der bvmd, über deren Lokalvertretungen und die Mitgliederversammlung im Juni sowie durch die bvmd über Facebook, Instagram und Twitter. Die Ausschöpfungsquote hing und hängt damit wesentlich davon ab, wie vollständig und aktuell dieser E-Mail-Verteiler ist und wer Informationen in sozialen Medien zur Kenntnis nimmt. Die Alternative der Ziehung von Adressen aus der Datei des Studentensekretariats mit schriftlichem Anschreiben wurde aus organisatorischen und finanziellen Gründen nicht realisiert. Dieses Design haben wir auch in allen Wellen realisiert und werden es künftig beibehalten, weil es trotz aller methodischen Mängel, die damit unvermeidlich verbunden sind, die Erhebungsvariante mit dem besten Aufwand-Ertrag-Verhältnis darstellt.

Probleme bestehen vor allem in der Qualität der jeweiligen E-Mail-Verteiler. Leider stellte sich bereits während der Feldzeit der ersten Welle heraus, dass diese Verteiler universitätsabhängig von sehr unterschiedlicher Qualität waren und wir erstens keinerlei Angaben darüber machen können, wie viele eingeschriebene Medizinstudierende auf diesem Weg überhaupt angeschrieben wurden und zweitens wie viele die E-Mail zur Kenntnis genommen haben. An diesem Problem hat sich auch bei der zweiten und dritten Welle leider wenig geändert. >>

ÜBERBLICK

ZIEL DER BEFRAGUNG

➤ Informationen über Berufsperspektiven der Medizinstudierenden und die derzeit wahrgenommenen Hürden für eine spätere Berufsausübung

KONZEPTION, DURCHFÜHRUNG, ANALYSE

➤ Universität Trier

ZEITRAUM DER ONLINE-BEFRAGUNG

➤ 11.04.2022 – 31.07.2022

ART DER BEFRAGUNG

➤ Online-Befragung mit Unterstützungsleistung der Dekane beziehungsweise Studiendekane der Medizinischen Fakultäten, Information über E-Mail-Verteiler der Fakultäten und der bvmd. Information der bvmd über Lokalvertretungen, die Mitgliederversammlung im Juni und über soziale Medien

AUSWAHLMODUS

➤ Schneeballauswahl

LINK

➤ www.unipark.de/uc/BerufsmonitoringMedizinstudierende

ZIELGRUPPE

➤ Alle Medizinstudierenden bundesweit

FELDPHASE

➤ **Dezember 2021:** Fragebogenkonferenzen in der KBV unter Mitwirkung von Universität Trier, KBV, MFT, und bvmd

➤ **April 2022:** Finaler Stand des deutschen Fragebogens

➤ **11.04.2022:** Start der Online-Befragung

➤ **Mai 2022:** Austausch zwischen KBV und den medizinischen Fakultäten hinsichtlich des bis zu diesem Termin niedrigen Rücklaufs

➤ **31.07.2022:** Die Feldzeit endet. Insgesamt 8.600 Personen haben an der Befragung teilgenommen.

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.⁴⁴ Die Datenanalyse ist rein deskriptiv zu verstehen. Generalisierungen bleiben theoretisch und können nur mit Plausibilitätsannahmen begründet werden. Wir gehen gleichwohl davon aus, dass die Meinungen, Bewertungen und Erwartungen, die auf den folgenden Seiten analysiert werden, typisch für die künftige Medizinergeneration sind. Diese Annahme basiert auf strukturellen Parallelen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit: Alters- und Geschlechtsstruktur sowie die Zahl der studentischen Eltern in der Stichprobe weichen kaum von denen in der Grundgesamtheit ab. Inhaltlich decken sich die Ergebnisse – soweit die Fragen vergleichbar sind – weitgehend mit anderen Erhebungen und weisen auch im Zeitvergleich teilweise bemerkenswert konstante Ergebnisse auf.

Die eigentliche Befragung startete am 11.04.2022, die teilnehmenden Fakultäten haben zu diesem Termin eine entsprechende E-Mail an ihre Medizinstudenten versendet. Die Befragung endete am 31.07.2022. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten 8.600 Studenten den Fragebogen (mehr oder weniger) vollständig ausgefüllt. Laut Statistischem Bundesamt haben im Jahr 2021 105.275 Personen in Deutschland Medizin studiert, 91.696 Studenten waren deutsche Staatsbürger.⁴⁵ Die Befragung hat mithin 8 Prozent der Gesamtpopulation und knapp 9 Prozent der deutschen Studenten erreicht.⁴⁶

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.⁴⁷

Für die Datenerfassung wurde die Online-Befragungssoftware „EFS-Survey“ der Firma Questback/Unipark verwendet.⁴⁸ 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 großen Fallzahlen führen auch kleine Abweichungen der Beobachtungswerte von den Erwartungswerten zu signifikanten Ergebnissen. Wir haben deshalb bei bivariaten Analysen zur besseren Les- und Interpretierbarkeit in einigen Tabellen auch noch Prozentsatzdifferenzen ausgewiesen, welche die Abweichungen in den relativen Häufigkeiten zwischen den verschiedenen Merkmalsausprägungen der unabhängigen Variablen zeigen. Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programmpaket SPSS, Version 24 sowie R, Version 4.2.2. Die Prozentangaben in den Tabellen sind Spaltenprozentwerte. Die Kategorien „Sonstige“ der Fragen 5 und 22 wurden ausgelesen und den jeweiligen Überkategorien zugewiesen (bspw. „Herzchirurgie“ = „Chirurgie“).

Die vorliegende Befragung ist im Übrigen nach wie vor nicht nur die bislang umfangreichste quantitative Erhebung in diesem Bereich, sondern auch die größte qualitative. Wir haben – wie schon in den Jahren 2010, 2014 und 2018 – eine Fülle von teilweise sehr ausführlichen

und reflektierten Kommentaren erhalten, die über 100 DIN-A-4 Seiten füllen und exemplarisch zum Ausdruck bringen, welche Befürchtungen, Wünsche und Erwartungen die künftige Ärztgeneration hat und welche Erfahrungen sie während ihrer bisherigen Ausbildung gemacht hat. Die Kommentare wurden, wie in den vorherigen Jahren, den unterschiedlichen Themen zugeordnet und wiedergegeben. Hierfür wurde, wie auch in qualitativen Interviews üblich, eine leichte Sprachglättung durchgeführt (Rechtschreib- und Tippfehler wurden angepasst). Alle Kommentare der Befragungen im Rahmen des Berufsmonitorings, 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.

⁴¹ Die Berichte für 2010 und 2014 stehen als PDF-Dateien zur Verfügung unter: www.kbv.de/html/berufsmonitoring-medizinstudierende.php

⁴² www.praktischarzt.de/blog/medizinstudium-dauer

⁴³ Um Missverständnisse zu vermeiden: Die Studie ist kein Panel, es wurden also nicht dreimal in Folge dieselben Personen befragt, und auch keine echte Zufallsauswahl, siehe dazu den folgenden Abschnitt.

⁴⁴ 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 Prozent sind auch bei Zufallsauswahlen erhebliche Zweifel an der „Repräsentativität“ durchaus angebracht.

⁴⁵ www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html#242500

⁴⁶ Wir gehen davon aus, dass sich ausländische Studenten aufgrund der spezifischen Thematik und Zielsetzung der Befragung eher selten von der Umfrage angesprochen fühlen.

⁴⁷ An unserer eigenen Universität in Trier haben bis zur verbindlichen Einführung von Universitäts-E-Mail-Adressen 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.

⁴⁸ www.unipark.com

04 | ERGEBNISSE

4.1 STRUKTURDATEN

Tabelle 1 zeigt die Studienstandorte für Humanmedizin innerhalb Deutschlands. Bielefeld ist nicht mehr in der Stichprobe vertreten. Wobei die Universitäten Chemnitz, Neuruppin, Düsseldorf, Regensburg, Augsburg, Bayreuth, Homburg, Oldenburg und auch München (TU) eine so geringe Fallzahl aufweisen, dass eine statistische Auswertung anhand der Studienorte kaum sinnvoll interpretierbar ist. Der Rücklauf ist – vor allem vor dem Hintergrund der Corona-Krise – mit 8.600 Befragten jedoch noch zufriedenstellend. Augsburg ist in dieser Umfrage zum ersten Mal vertreten. Bedauerlich ist weiterhin die große Anzahl an Personen, die keine Angaben zu ihrem Studienort machen wollten. Im Vergleich zur Erhebung von 2018 kam es zwar zu einer Verringerung von 28 Prozent (3.903)⁴⁹ auf 18 Prozent (1.525), allerdings ist die Anzahl weiterhin sehr hoch.

>>

TABELLE 1 / STUDIENORTE (ORT, BUNDESLAND, UNIVERSITÄT)

Ort / Bundesland	Universität	N	%
Aachen / Nordrhein-Westfalen	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule	274	3,9
Augsburg / Bayern	Universität Augsburg	21	0,3
Bayreuth / Bayern	Bayreuth (FAU Erlangen)	22	0,3
Berlin / Berlin	Charité – Universitätsmedizin Berlin	67	0,9
Bielefeld / Nordrhein-Westfalen	Universität Bielefeld	0	0,0
Bochum / Nordrhein-Westfalen	Ruhr-Universität Bochum	290	4,1
Bonn / Nordrhein-Westfalen	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn	178	2,5
Chemnitz / Sachsen	Chemnitz – TU Dresden	3	0,0
Dresden / Sachsen	Technische Universität Dresden	231	3,3
Düsseldorf / Nordrhein-Westfalen	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	7	0,1
Erlangen / Bayern	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	356	5,0
Essen / Nordrhein-Westfalen	Universität Duisburg-Essen	166	2,3
Frankfurt am Main / Hessen	Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M	240	3,4
Freiburg / Baden-Württemberg	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	152	2,1
Gießen / Hessen	Justus-Liebig-Universität Gießen	76	1,1
Göttingen / Niedersachsen	Georg-August-Universität Göttingen	424	6,0
Greifswald / Mecklenburg-Vorpommern	Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	44	0,6
Halle (Saale) / Sachsen-Anhalt	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	117	1,7
Hamburg-Eppendorf / Hamburg	Universität Hamburg	129	1,8
Hannover / Niedersachsen	Medizinische Hochschule Hannover	149	2,1
Heidelberg / Baden-Württemberg	Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg	507	7,2
Homburg / Saarland	Universität des Saarlandes	22	0,3
Jena / Thüringen	Friedrich-Schiller-Universität Jena	157	2,2
Kiel / Schleswig-Holstein	Christian-Albrecht-Universität zu Kiel	418	5,9
Köln / Nordrhein-Westfalen	Universität zu Köln	44	0,6
Leipzig / Sachsen	Universität Leipzig	125	1,8
Lübeck / Schleswig-Holstein	Universität zu Lübeck	112	1,6
Magdeburg / Sachsen-Anhalt	Ott-von-Guericke-Universität Magdeburg	111	1,6
Mainz / Rheinland-Pfalz	Johannes-Gutenberg-Universität Mainz	346	4,9
Mannheim / Baden-Württemberg	Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg	103	1,5
Marburg / Hessen	Philipps-Universität Marburg	170	2,4
München (LMU) / Bayern	Ludwig-Maximilians-Universität München	218	3,1
München (TU) / Bayern	Technische Universität München	27	0,4
Münster / Nordrhein-Westfalen	Westfälische Wilhelms-Universität	155	2,2
Neuruppin / Brandenburg	Medizinische Hochschule Brandenburg	2	0,0
Oldenburg / Niedersachsen	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	20	0,3
Regensburg / Bayern	Universität Regensburg	8	0,1
Rostock / Mecklenburg-Vorpommern	Universität Rostock	271	3,8
Tübingen / Baden-Württemberg	Eberhard Karls Universität Tübingen	346	4,9
Ulm / Baden-Württemberg	Universität Ulm	371	5,2
Witten-Herdecke / Nordrhein-Westfalen	Universität Witten/Herdecke	90	1,3
Würzburg / Bayern	Julius-Maximilians-Universität Würzburg	506	7,2
Keine Angabe		1.525	
N		7.075	100

Die Humanmedizin ist auch weiterhin ein weiblich dominierter Studiengang. Vor allem für Frauen ist das Studium offenkundig deutlich attraktiver als andere naturwissenschaftliche Fächer. Den Zahlen des statistischen Bundesamtes folgend ist der Frauenanteil beim Studium der Medizin im Vergleich zu 2018 von 62 Prozent auf 63 Prozent gestiegen⁵⁰. Vergleicht man dies mit unserer Stichprobe, entspricht diese der Grundgesamtheit recht gut (Frage 29).

Das Alter der Befragten schwankt zwischen 18 und 54 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt wie in den Umfragen der Jahre 2014 und 2018 24,9 Jahre, der Median 24 Jahre und der Modus 24 Jahre (Frage 30). Dabei gibt es keine Abweichungen vom Altersdurchschnitt aller Studierenden in Deutschland, der im Wintersemester 2021/2022 laut statistischem Bundesamt, bei 24 Jahren lag.⁵¹

96,2 Prozent der Teilnehmenden der Befragung haben die deutsche Staatsbürgerschaft inne (Frage 31). Entsprechend der Bevölkerungszahlen der Bundesländer stammen die meisten Studierenden aus Westdeutschland (Tabelle 2), etwa ein Drittel stammt aus ländlichen Gebieten (Tabelle 3). Im Vergleich zur Erhebung des Jahres 2018 nahmen 19 Prozent mehr Personen teil, die ihren Herkunftsort als Dorf oder Kleinstadt beschreiben würden.

>>

TABELLE 2 / HERKUNFT DER STUDIERENDEN:
REGION/LAND (ANGABEN IN PROZENT)

Süddeutschland	31,7
Baden-Württemberg	16,1
Bayern	15,6
Westdeutsche Flächenstaaten	46,7
Hessen	7,4
Niedersachsen	9,1
Nordrhein-Westfalen	19,8
Rheinland-Pfalz	5,1
Saarland	0,7
Schleswig-Holstein	4,6
Ostdeutschland	11,9
Brandenburg	1,6
Mecklenburg-Vorpommern	1,9
Sachsen	4,1
Sachsen-Anhalt	1,8
Thüringen	2,5
Stadtstaaten	5,9
Berlin	2,9
Bremen	0,9
Hamburg	2,1
Ausland	3,8
N	8.567

**ABBILDUNG 1 / ANTEIL STUDIERENDER
NACH GESCHLECHT**
(ANGABEN IN PROZENT)

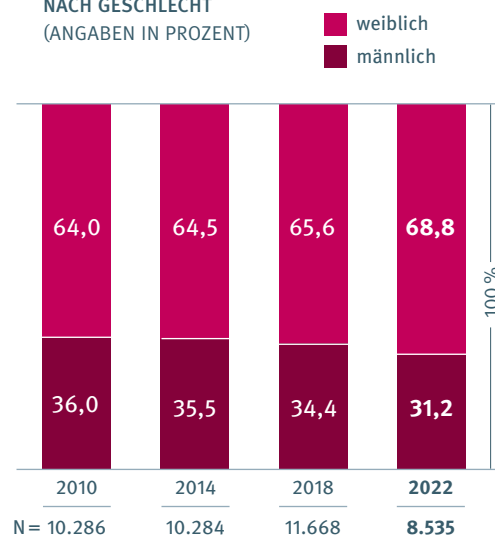
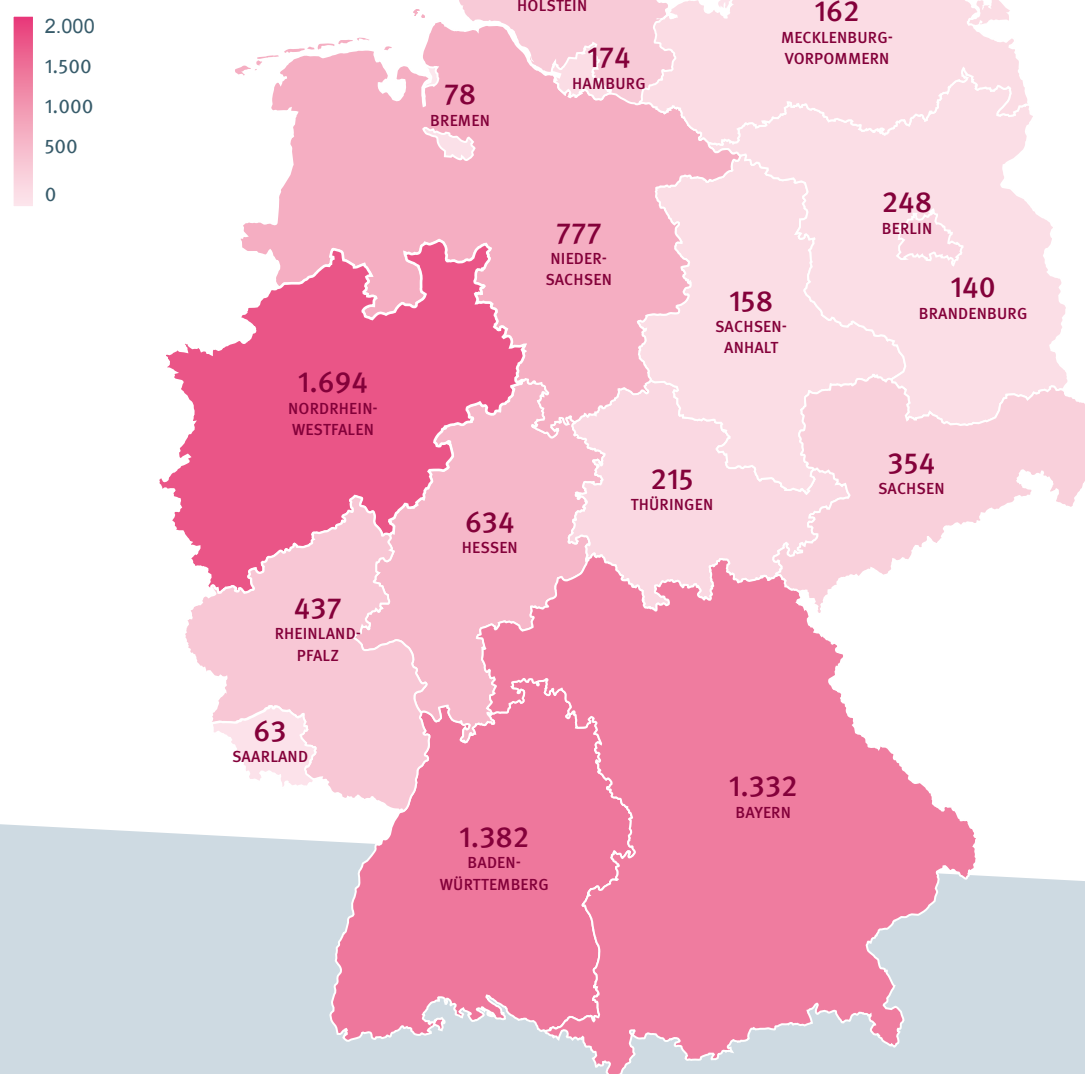


TABELLE 3 / HERKUNFT DER STUDIERENDEN:
WOHNORT (ANGABEN IN PROZENT)

Dorf	25,3
bis 2.000 Einwohner	13,3
2.000 bis 5.000	12,0
Kleinstadt	10,4
5.000 bis 10.000	10,4
Kleinstadt	32,1
10.000 bis 50.000	22,8
50.000 bis 100.000	9,3
Großstadt	16,8
100.000 bis 500.000	16,8
Metropole	15,4
500.000 oder mehr	15,4
N	8.546

**ABBILDUNG 2 / HERKUNFT DER
STUDIERENDEN: BUNDESLAND
(ANZAHL)**



Wir haben analog die Studienorte zu den Herkunftsländern zu Regionen zusammengefasst. 32,9 Prozent der Befragten studieren in Süddeutschland, 48,5 Prozent in westdeutschen Flächenstaaten, 12,5 Prozent in Ostdeutschland und 6,1 Prozent in Stadtstaaten.

Tabelle 4 zeigt die drei bereits bei den letzten Befragungen deutlich gewordenen Trends, die sich in dieser vierten Welle noch teilweise als verfestigt deuten lassen können:

1. Studierende bleiben nach Möglichkeit gerne in der Heimatregion, die anteilig jeweils größten Gruppen haben diese für das Medizinstudium nicht verlassen. Ausreißer sind, im Gegensatz zu den letzten Wellen der Befragung, Personen, die in den Stadtstaaten lebten. Diese zieht es eher nach Westdeutschland. Dieser Trend könnte unter anderem auf die steigenden Mietpreise in den Großstädten zurückzuführen sein.⁵² Die meisten Studierenden studieren jedoch weiterhin mehrheitlich entweder in ihrem Heimatbundesland oder an Universitäten in der Nähe ihres Wohnortes außerhalb ihres Heimatbundeslandes.

2. Studierende aus den Stadtstaaten und aus den fünf neuen Ländern sind hinsichtlich der Studienortwahl etwas mobiler – wie bereits bei Punkt 1 angedeutet.

3. Ostdeutschland und die Stadtstaaten sind für Studierende aus der ehemaligen Bundesrepublik (Süd- und Westdeutschland) eher unattraktiv.

Welche Implikationen diese offenkundige nachhaltige Heimatverbundenheit für die spätere Wahl von Arbeitsorten hat, wird in Kapitel 4.11 weiter diskutiert.

⁴⁹ Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018.

⁵⁰ www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html#242500

⁵¹ www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/studierende-hochschulen-endg-2110410227004.pdf?__blob=publicationFile

⁵² www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_N071_12_63.html

TABELLE 4 / STUDIENREGION UND HERKUNFTSREGION (ANGABEN IN PROZENT)

		HERKUNFTSREGION			
		Süddeutschland	Westdeutsche Flächenstaaten	Ostdeutschland	Stadtstaaten
STUDIENREGION	Süddeutschland	78,1	18,1	11,2	15,0
	Westdeutsche Flächenstaaten	15,8	71,6	22,2	42,6
	Ostdeutschland	5,3	8,0	64,3	24,4
	Stadtstaaten	0,8	2,3	2,3	18,0
	N	2.239	3.286	857	406

Sig = .000 Cramer's V = .475

4.2 STUDIUM

Das Medizinstudium in Deutschland ist durch die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄappO) geregelt. Zugangsvoraussetzungen ist die Allgemeine Hochschulreife verbunden mit einem Numerus Clausus (NC), wobei es an einigen Universitäten möglich ist auch ohne Abitur und mit absolvierter Ausbildung im medizinischen Bereich zu einem Studium der Humanmedizin zugelassen zu werden.

Die Vergabe der Studienplätze erfolgt in zwei Stufen. In der ersten Stufe wird die Summe aus verschiedenen Faktoren gebildet: Abiturnote (max. 40 Punkte), Studierfähigkeitstestergebnisse (max. 40 Punkte), berufspraktische Erfahrung in einem medizinischen Bereich/Freiwilligendienst (max. 10 Punkte) und die Ergebnisse eines Situational Judgement-Tests (max. 10 Punkte) werden berücksichtigt. Diese Faktoren werden zur Reihung der Bewerber genutzt und 43,8 Prozent der Studienplätze werden auf dieser Basis vergeben.

Die zweite Stufe der Studienplatzvergabe obliegt den Fakultäten, welche die restlichen Studienplätze nach eigenen Kriterien vergeben. Dabei können sie entweder weiterhin die Reihung nutzen oder alternative Verfahren wie Interviews anwenden.⁵³

Der hohe Frauenanteil im Studium der Humanmedizin ist unter anderem auf die erhöhte Anzahl an Abiturientinnen zurückzuführen. So war die Studentinnenquote der Frauen, laut des Statistischen Bundesamtes, 2018 deutlich höher als die der Männer.⁵⁴

Hinzu kommt aber noch ein zweiter Aspekt: Männer mit entsprechenden Abiturdurchschnittsnoten scheinen sich zunehmend für andere Studienfächer mit besseren Verdienst- und Karriere-möglichkeiten bei eher geringerer Verantwortung und insbesondere auch kürzeren Ausbildungszeiten zu entscheiden. Der folgende Kommentar einer angehenden Ärztin aus dem Jahr 2014 trifft dieses Problem sehr gut:

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

Die Regelstudienzeit in der Humanmedizin beträgt 12 Semester. Das Studium gliedert sich in drei Abschnitte. Der vor-klinische Teil vom ersten bis zum vierten Semester wird mit der ärztlichen Vorprüfung (Physikum) abgeschlossen. Der anschließende klinische Teil (bis zum 10. Semester) mündet in den im letzten Studienjahr angesiedelten zusammenhängenden Praxisblock von 48 Wochen, dem PJ, ein. Der zweite Teil ärztlicher Prüfungen nach dem Physikum wird in schriftlicher Form vor, der dritte Teil als mündliche Prüfung nach dem PJ durchgeführt.

Danach kann die staatliche Zulassung (Approbation) zur Berufsausübung als Arzt beantragt werden, an die sich in der Regel die Weiterbildung zum Facharzt anschließt.

Ein Drittel der Studierenden befindet sich im ersten Teil des Studiums (1. bis 4. Semester), gut die Hälfte im klinischen Teil (5. bis 10. Semester) und rund 12 Prozent in der Abschlussphase (11. Semester oder mehr). Diese Verteilung ist über die Jahre hinweg fast gleichgeblieben, wobei dieses Jahr weniger Studierende aus der Abschlussphase in dieser Erhebung erfasst wurden.

Seit einigen Jahren werden in Deutschland auch sogenannte Modell- oder Reformstudiengänge angeboten. § 41 der Approbationsordnung erlaubt den Ländern solche zeitlich befristeten Studiengänge, die von dem einleitend genannten Aufbau des Medizinstudiums abweichen, einzurichten. Der erste dieser Reformstudiengänge wurde zum Wintersemester 1999 an der Charité in Berlin eingeführt. Modellstudiengänge lösen die klaren Grenzen zwischen Vorklinik und Klinik im Regelstudiengang auf und sollen die Studenten zu einem früheren Zeitpunkt im Studium auch praktisch ausbilden.

Da die Reformstudiengänge jedoch keiner tiefergehenden Definition folgen, können sie in ihrem Auftreten an den verschiedenen Standorten variieren.

⁵³ <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/zulassung-2>

⁵⁴ www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-3.pdf?__blob=publicationFile

TABELLE 5 / VERTEILUNG NACH SEMESTER
(ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022
1. bis 4. Semester	31,1	34,0	30,8	35,0
5. bis 10. Semester	53,3	50,0	53,5	52,8
11. Semester oder mehr	15,6	16,0	15,7	12,2
N	10.104	10.737	13.674	8.508

TABELLE 6 / VERTEILUNG NACH STUDIENABSCHNITT
(ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022
Vorklinik	32,1	35,5	31,7	29,7
Klinik	52,3	51,2	52,8	49,2
Modellstudiengang vor dem PJ	–	–	–	7,8
PJ	15,7	13,5	15,5	13,3
N	10.104	11.117	13.915	8.573

4.3 VORERFAHRUNG IM MEDIZINISCHEN BEREICH

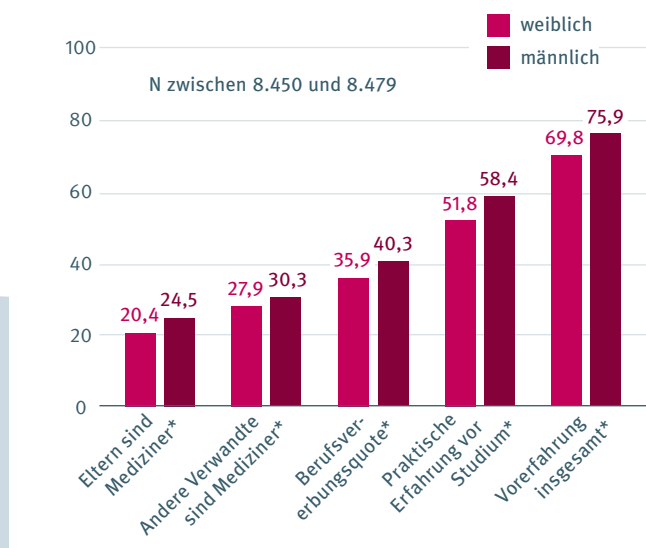
Wie 2018 hat (knapp) die Hälfte der Befragten bereits vor dem Studium praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt – zum Beispiel im Bundesfreiwilligendienst oder Zivildienst, im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) oder einer Ausbildung. Insgesamt 37,3 Prozent und damit anteilig fast so viele wie 2018 – haben Eltern oder andere Verwandte, die selbst auch Mediziner sind oder waren (Frage 4). Fasst man alle Angaben aus Frage 4 zusammen, dann haben insgesamt (konstant seit 2014) rund 71 Prozent der Befragten eigene praktische Erfahrungen mit dem medizinischen Bereich vor Aufnahme des Studiums gesammelt oder durch die Tätigkeit von Eltern oder Verwandten Einblicke gewonnen – bis hin zu der Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen.

Auch im Vergleich zu der ersten Befragung aus dem Jahr 2010 sind diese Strukturen sehr stabil geblieben. Das bedeutet, dass die große Mehrheit der 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 wie auch bei letzten Befragungen leichte Unterschiede (40,3 % bei den Männern vs. 35,9 % bei den Frauen).

TABELLE 7 / VORERFAHRUNG IM MEDIZINISCHEN BEREICH (ANGABEN IN PROZENT)

	%	Berufsverer- bungsquote	Vorerfahrung insgesamt
Praktische Erfahrung vor Studium	53,7	37,3	71,5
Eltern sind Mediziner	21,7		
Andere Verwandte sind Mediziner	28,7		
N	8.582 / 8.552 / 8.564		

ABBILDUNG 3 / VORERFAHRUNG IM MEDIZINISCHEN BEREICH NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)



* Hochsignifikanter Unterschied

4.4 ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT

In der Befragung 2014 sind erstmals bezogen auf die spätere Wahl eines bestimmten Fachgebiets Erwartungen und Bewertungen erhoben worden, die sich auf das Jobprofil, Einkommenserwartungen, das Verhältnis von Arbeit, Familie und Freizeit und das Berufsprestige beziehen (Frage 9). Dieser Block wurde 2018 und 2022 wiederholt. Die quantitative Bedeutung dieser Aspekte ist nach wie vor recht unterschiedlich, in einigen Fällen haben wir nahezu

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

>>

TABELLE 8 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

	„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	
Familie und Beruf gut vereinbaren	94,7 94,6 92,5	69,3 69,4 63,8	25,5 25,2 28,8	4,5 4,8 6,6	0,7 0,6 0,8	◀ 2014 ◀ 2018 ◀ 2022
Geregelte Arbeitszeiten	84,1 82,3 83,1	39,7 33,2 37,8	44,8 49,1 45,3	14,5 16,4 15,6	1,5 1,4 1,3	
Arbeitszeiten flexibel gestalten	83,8 81,4 81,2	45,9 40,3 43,4	37,9 41,1 37,7	14,6 16,8 16,8	1,6 1,9 2,0	
Gute Verdienstmöglichkeiten	82,2 79,6 79,4	27,9 27,5 26,8	54,3 52,1 52,6	16,6 18,7 18,8	1,2 1,7 1,8	
Breites Spektrum an Krankheiten behandeln	74,1 69,4 67,5	24,4 21,1 22,4	49,7 48,3 45,1	24,9 28,5 29,9	1,0 2,0 2,6	
Neben Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen	72,1 67,2 64,4	22,2 22,1 22,8	49,9 48,3 41,6	23,7 28,3 30,0	4,2 4,5 5,6	
Arbeiten im Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen	63,6 66,5 64,2	15,4 19,2 18,0	48,2 47,4 46,2	34,7 28,5 32,7	1,7 2,0 3,2	
Gute Karrieremöglichkeiten	– 61,6 60,2	– 21,8 21,1	– 39,8 39,0	– 34,9 35,1	– 3,5 4,8	
Arbeiten in Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe	50,7 59,7 61,1	10,8 17,3 18,6	39,9 42,3 42,5	44,5 35,4 33,8	4,8 4,9 5,1	
Tätigkeit in eigener Praxis	60,3 53,5 55,1	21,1 18,7 20,9	39,2 34,8 34,2	33,4 36,2 34,3	6,3 10,3 10,6	
Beteiligung an Forschungs- themen und Studien	35,4 36,0 35,1	21,1 18,7 20,9	24,6 24,0 23,3	48,3 44,2 43,7	16,4 19,8 21,2	
N	2014 zwischen 10.768 und 10.819 2018 zwischen 13.442 und 13.476 2022 zwischen 8.571 und 8.588					

Wir haben die Einzelaspekte („Items“) aus Frage 9 mit Hilfe einer Faktorenanalyse (genau: einer Hauptkomponentenanalyse) gruppiert und verdichtet. Mit dieser Analyse können die den Fragen zugrundeliegenden Dimensionen (oder „Faktoren“) identifiziert werden. Wenn Items zu einem Faktor gehören und eine bestimmte Dimension repräsentieren, dann sollten sie auf den jeweiligen Faktor „laden“, das heißt hoch mit diesem korrelieren und Werte nahe bei 1 oder -1 erreichen und zudem nicht auf andere Faktoren laden. Wenn dies – so wie in der folgenden Tabelle – gegeben ist, spricht man von einer „Einfachstruktur“ der Komponentenmatrix.

Die Analyse hat vier zentrale Faktoren identifiziert, die wir in ähnlicher Form auch 2014 ermittelt haben,⁵⁵ nämlich Familie und Freizeit, Beruflicher Erfolg und Einkommen, Abwechslung im Beruf und Wissenschaftsorientierung. Die Codewerte der Fragen (1 = „sehr wichtig“ bis 4 = „unwichtig“), die zu einem Faktor gehören, wurden für die weitere Auswertung addiert, durch die Zahl der Items geteilt und gerundet. Die so erzeugten Skalenwerte haben damit die gleiche Skalierung wie die sie konstituierenden Items und bilden als verdichtete Information die jeweilige Bewertung besser ab als Einzelmessungen.

Das Item „Beteiligung an Forschungsthemen und Studien“ konnte keiner der Faktoren zugeordnet werden, da keine hinreichende Übereinstimmung bestanden hat. Da auch 2022 eine Veränderung der Itemanzahl erfolgt ist und die Antwortmöglichkeit „Auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu sein“ entfiel, ist diese Entwicklung jedoch kaum verwunderlich. Denn in der Faktorenanalyse des Medizin-studierendenberichts aus dem Jahr 2018 waren gerade diese Items, die sich zusammenfassen ließen.

>>

TABELLE 9 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT – FAKTOREN UND FAKTORLADUNG

	Familie, Freizeit	Team, Kollegen	Beruflicher Erfolg	Abwechslung im Beruf
Arbeitszeiten flexibel gestalten	,745			
Geregelte Arbeitszeiten	,721			
Familie und Beruf gut vereinbaren	,709			
Arbeiten im Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen		,823		
Arbeiten im Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe		,792		
Gute Karrieremöglichkeiten			,803	
Gute Verdienstmöglichkeiten			,760	
Tätigkeit in eigener Praxis				,623
Neben Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen				,609
Breites Spektrum an Krankheiten behandeln				,551
Beteiligung an Forschungs- themen und Studien	–	–	–	–
Eigenwerte	1,17	1,73	1,53	1,23

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .631, Sig. Bartlett: .000, erklärte Varianz 57 %

Der Faktor „Familie und Freizeit“ ist mit 85,6 Prozent sehr wichtig oder wichtig und damit der der bedeutsamste. Danach rangieren „Beruflicher Erfolg“ (69,7 %), „Team und Kollegen“ (62,6 %) sowie „Abwechslung im Beruf“ (62,3 %).

Die Bedeutung dieser Faktoren unterscheiden sich signifikant zwischen männlichen und weiblichen Rezipienten. Für Frauen sind Familie und Freizeit noch wichtiger als für Männer, wobei die Abwechslung im Beruf für Männer bedeutsamer ist als Frauen. Bei den weiblichen Befragten rangierte zudem die Kategorie Team und Kollegen auf dem zweiten Platz, bei den männlichen lediglich auf Platz drei.

Vor allem Studierende mit stärkerer Orientierung an Familie und Freizeit sind weniger häufig an einer angestellten Tätigkeit im Krankenhaus interessiert (79,6 % vs. 95,5 %). Der Faktor Abwechslung im Beruf schlägt sich hingegen auch in der Frage nach einer gewünschten Anstellung nieder: 62,7 Prozent der Personen, für die an einer Beschäftigung in einem Krankenhaus eine mögliche Option darstellt, legen auch Wert auf die Vielfältigkeit ihrer Tätigkeit.

Eine Niederlassung in der haus- oder fachärztlichen Versorgung kommt für lediglich 51,8 Prozent beziehungsweise 60,8 Prozent der befragten Personen in Frage, die sich vor allem beruflichen Erfolg wünschen.

Wie auch in der Befragungswelle 2014 und 2018 erhöht eine ausgeprägte Familien- und Freizeitaffinität die Attraktivität einer Niederlassung in der haus- oder fachärztlichen Versorgung um etwa 20 Prozentpunkte oder mehr (hausärztliche Versorgung: 47,2 % vs. 18,8 %, fachärztliche Versorgung: 75 % vs. 51,3 %).

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

Denn für viele der angehenden Ärztinnen und Ärzte spielt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine dominante Rolle in ihrer weiteren Lebensplanung. Einige der befragten Studierenden äußerten sich kritisch gegenüber der bestehenden Anspruchshaltung, medizinisches Fachpersonal müsse stets nur berufsorientiert handeln. Dieser gefühlte Missstand spiegelt sich auch in den Antworten auf die Frage nach Anmerkungen zu den Themen Niederlassung oder Anstellung, Digitalisierung und Telemedizin, Delegation und Substitution, Corona oder zu Ihren beruflichen Perspektiven und Wünschen wider:

.....
Wir brauchen größere Veränderungen in puncto Vereinbarkeit der Familie mit dem Beruf, besonders für Frauen. Der Arztberuf muss familienfreundlicher werden.
.....

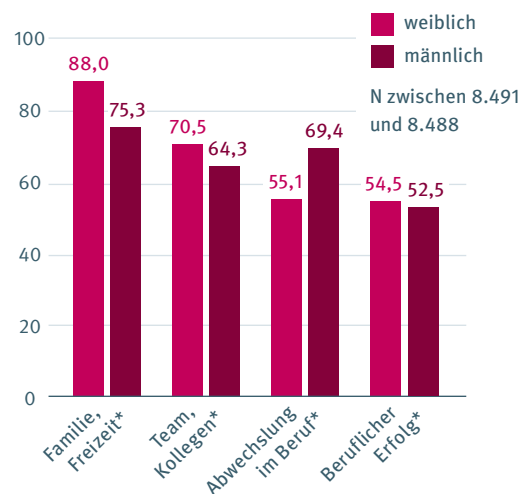
.....
Frauen werden in der Medizin noch immer benachteiligt. Man muss so langsam anfangen, sich anzupassen, sonst werden wir enorme Probleme bekommen. Gute Teilzeitmodelle sind auch für Männer mit Vorteilen verbunden und werden unumgänglich werden. Wenn mir die Wahl bleibt zwischen Vollzeit mit massiven Überstunden oder gar nicht, steige ich aus. Und ich kenne viele, denen es ebenso geht (auch Männer). Ich werde nicht auf eine Familie und Freizeit sowie eigene Gesundheit verzichten, nur, weil die Politik nicht angemessen reagiert. Und: attraktive Niederlassungsmöglichkeiten (für Frauen) schaffen. Ich würde mich gerne auf dem Land niederlassen, aber leider ist das nicht mit meinen Familienplänen vereinbar. Eine Schwangerschaft darf kein Grund für Benachteiligung oder finanziellen Ruin sein.
.....

⁵⁵ Aufgrund der 2022 etwas anders gearteten Itemstruktur sind die Verteilungen der Items auf die Faktoren nicht völlig deckungsgleich mit 2014 oder 2018. Wir verzichten deshalb auf direkte Vergleiche der Anteilswerte.

TABELLE 10 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT – FAKTOREN
(ANGABEN IN PROZENT)

	Familie, Freizeit	Beruflicher Erfolg	Team, Kollegen	Abwechslung im Beruf
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	85,6	69,7	62,6	62,3
Sehr wichtig	48,4	23,9	18,3	22,0
Wichtig	37,2	45,8	44,3	40,3
Weniger wichtig	13,0	26,9	33,2	31,4
Unwichtig	1,4	3,3	4,1	6,3
N	zwischen 8.571 und 8.588			

ABBILDUNG 4 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT – FAKTOREN – NACH GESCHLECHT
(ANGABEN IN PROZENT)



* Signifikanter Unterschied

4.5 EINKOMMENSERWARTUNGEN

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

Der Vergütung von Ärzten ist nicht mehr zeitgemäß und zu gering. Nach 12,5 Semestern Studium und Verantwortung für Menschenleben sollte am Ende ein höheres Gehalt herauskommen als beispielsweise nach einem Lehramtsstudium.

Die katastrophalen Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Vereinbarkeit mit Familie, Überstunden etc.) in den Kliniken gepaart mit dem im Vergleich zur Niederlassung schlechten Gehalt machen dies wirklich absolut unattraktiv. Obwohl ich gerne einen Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie machen würde bin ich echt am Zweifeln ob dies die richtige Wahl ist.

Weniger Bürokratie, weniger Profitstreben der Kliniken, weniger Arbeitsbelastung, dafür mehr Patientenkontakt, mehr Gehalt, bessere Work-Life-Balance, flache Hierarchien.

Es wäre schön, wenn das Gehalt an die Inflation gekoppelt wird. Aktuell ist der VKA Abschluss ein schlechter Scherz. Außerdem müssen Dienstbelastungen reduziert werden.

Die derzeitige Reallohnentwicklung ist, obwohl ich mir nie Sorgen um Gehalt gemacht habe, bedenklich. Auch ist der Anteil der ausländischen Ärzte an den Kliniken zu hoch. Die Ausbildung wird wegen Geldmangels/fehlendem politischen Interesse outgesourced.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, und damit zusammenhängend eine ausgeglichene Work-Life-Balance, wird zunehmend wichtiger – denn nur zufriedene ÄrztInnen können auch gute ÄrztInnen sein. Insofern gilt es, Konzepte zu schaffen, die die Arbeitsbelastung für ÄrztInnen reduzieren, und gleichzeitig aufzuzeigen, dass damit auch ein geringeres Einkommen einhergehen wird. In den Köpfen vieler Medizinstudierenden schwingen die utopisch hohen Gehälter gut gehender Radiologiepraxen als Ausgangsbasis eigener finanzieller Überlegungen mit – mehr Realismusvermittlung schon im Rahmen des Studiums wäre hier angebracht.

Ich fände es schön, wenn die Arbeitslast im Verhältnis zu Bezahlung und weiteren Arbeitsbedingungen wie Kollegenanzahl eine Stelle in Deutschland so attraktiv macht wie in der Schweiz.

Ich habe nach meinen Erfahrungen das Gefühl, die zu leistende Arbeit der Ärzte wird immer mehr bei gleichbleibender Entlohnung und geringer Wertschätzung. Es gab keine politischen Veränderungen, um Mediziner in solch schwierigen Zeiten zu helfen und zu entlasten. Das macht den Beruf meiner Meinung nach sehr unattraktiv. Man arbeitet sich kaputt und bekommt gerade in solchen Zeiten nicht mal ansatzweise adäquaten Umgang zurück.

Was aber gilt als angemessenes Gehalt? Wir haben danach in Frage 16 gefragt und dabei wie schon 2010 differenziert zwischen Gehaltsvorstellungen für angestellte Ärzte (mit fünf Jahren Berufserfahrung, also explizit keinen Berufsanfängern), niedergelassenen Ärzten in der Stadt und niedergelassenen Ärzten auf dem Land. Hinter dieser Differenzierung stand die Überlegung, dass für Landärzte möglicherweise ein höheres Gehalt als angemessen angesehen wird, weil hier gleichsam der Verdienstausschlag für den Partner bei antizipierten ungünstigen Arbeitsmärkten für Akademiker in ländlichen Regionen kompensiert werden muss. Um es gleich vorwegzunehmen: Diese Überlegung wurde bereits 2010 durch die Daten nicht gestützt und scheint bei den Einkommenserwartungen der künftigen Ärzte keine Rolle zu spielen. Wir haben an der Frage gleichwohl nichts geändert, um Vergleiche im Zeitverlauf anstellen zu können.

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

Natürlich stellt sich dann immer noch die Frage nach den Referenzwerten. Wir haben dazu bereits für die Auswertung der Ergebnisse der ersten Welle in frei zugänglichen Medien publizierte Gehälter zusammengestellt, da wir davon ausgehen, dass auch Medizinstudenten diese eher zur Kenntnis nehmen als differenziertere wirtschaftswissenschaftliche Untersuchungen zu Gehältern und Einkommen.

>>

Danach rangieren am oberen Ende der Gehaltsskala laut Süddeutscher Zeitung mit durchschnittlich 92.556 Euro Bruttojahresgehalt Geschäftsführer und Leiter von Geschäftsbereichen. Den zweithöchsten Verdienst erzielen Anwälte und Notare mit 82.135 Euro, gefolgt von Piloten mit 77.796 Euro und Unternehmensberatern mit 76.172 Euro. Ebenfalls sehr hohe Bruttojahresverdienste erhielten angestellte Ärzte mit 75.895 Euro sowie Chemiker mit 75.533 Euro.⁵⁶

Die Botschaft hier ist mithin: (Angestellte) Ärzte verdienen zwar ganz gut, aber bei weitem nicht so gut wie Geschäftsführer oder Juristen.

So genannte Top-Manager verdienen noch mehr: Die Süddeutsche Zeitung hat berichtet, dass die Gehälter der Vorstände der großen börsennotierten Dax-Unternehmen in den vergangenen 20 Jahren seit der Einführung des Deutschen Aktienindex um 650 Prozent gestiegen sind. Demnach verdiente ein Dax-Vorstand im Jahr 1987 im Durchschnitt 445.800 Euro, 2007 waren es bereits 3,3 Millionen Euro. Das entspricht einer Versiebenfachung der Einkommen.⁵⁷ Das Manager-Magazin stuft Experten für Unternehmenskäufe unter Deutschlands Topverdiener ein. Sie beziehen mit einem durchschnittlichen Jahresgehalt von 165.108 Euro die höchsten Gehälter in Deutschland. Unter den Top-Ten der Spitzenverdiener finden sich auch Berufe wie Wertpapierhändler mit einem durchschnittlichen Bruttojahresgehalt von 127.198 Euro, Unternehmensberater (102.358 Euro), angestellte Ärzte (94.484 Euro), Kaufmännische Leiter (91.547 Euro), Vertriebsleiter (88.415 Euro) oder Personalleiter (86.584 Euro).⁵⁸ Wiederum zeigt sich also, dass Ärzte zwar gut verdienen, so genannte Finanzfachleute aber deutlich mehr.

Einer der Spitzenverdiener bei den Bankangestellten in Deutschland ist laut einer Meldung der Welt Josef Ackermann mit einem Bruttogehalt von rund 13 Millionen Euro im Jahr.⁵⁹ Junioren – also Berufsanfänger – im Investment-Banking können gegenwärtig in Deutschland mit rund 65.000 Euro Grundgehalt rechnen. Mit 3 bis 5 Jahren Berufserfahrung kann man 150.000 Euro und mehr verdienen, die allerdings – wie man bei „Gehaltsreporter“ nachlesen kann – „auch mit 60 bis 80 Wochenstunden hart erkämpft sein wollten.“ Auf Senior-Positionen werden 310.000 bis 360.000 Euro oder mehr gezahlt. Der Deutschland-Chef von Goldman Sachs wurde 2007 beispielsweise auf circa 25 Millionen Euro Jahresgehalt taxiert.⁶⁰ Rechnet man hier mit 50 Prozent Abzügen, dann bleiben Jahresnettoeinkommen zwischen 32.500 bei Anfängern im Bankgewerbe, 75.000 für Bankangestellte mit 3 bis 5 Jahren Erfahrung, 180.000 für Personen im gehobenen Management und über 12 Millionen bei den Führungskräften. Teilt man diese Beträge durch 12, erhält man die Monatsnettoeinkommen, also 2.700, 6.250, 15.000 und eine Million Euro.

Im Vergleich dazu sind die Gehaltsvorstellungen der angehenden Ärzte durchaus nicht übertrieben. Zunächst fällt auf, dass die Streuung der Werte recht groß ist, was man sowohl an der Differenz von Minimum und Maximum als auch an der Standardabweichung sehen kann. Wir haben hierbei Angaben unter 2.000 Euro (ca. 6 % der Nennungen) und über 20.000 (ca. 2 % der Nennungen, der völlig unrealistische Maximalwert lag bei einer Milliarde) nicht berücksichtigt.

Bei diesen Verteilungen mit den Grenzen von 2.000 und 20.000 Euro (mit jeweils rund 92 % der Nennungen) liegen die Durchschnittswerte zwischen knapp 5.000 und rund 6.800 Euro. Diese Werte sind deutlich höher als 2010, damals lagen die Durchschnittswerte zwischen 4.000 und gut 5.000 Euro. Was sich nicht geändert hat, sind unterschiedliche Gehaltsvorstellungen für angestellte und niedergelassene Ärzte. Für Niedergelassene wird ein um rund 1.400 Euro höheres Einkommen als für angestellte Ärzte angesetzt (2010 lag die Diskrepanz bei 1.000 Euro), wofür das den Niedergelassenen ja nicht zu Unrecht zugeschriebene höhere berufliche Risiko ursächlich sein dürfte. Zwischen den Einkommensvorstellungen für Ärzte in der Stadt oder auf dem Land gibt es nach wie vor keine Unterschiede.

Die im Jahr 2022 stark gestiegenen Inflationsrate (+7,9 %) schlägt sich jedoch kaum in den Gehaltsvorstellungen der Befragten nieder. In einer Folgebefragung könnte dies jedoch anders aussehen.⁶¹

Die Position im Studienverlauf hat unverändert keinen Einfluss auf die Einkommenserwartungen, zwischen Studienanfängern und Studenten im PJ bestehen bei dieser Frage keine gravierenden Unterschiede. Im Zeitverlauf allerdings haben die Einkommenserwartungen hier durchaus zugenommen. Viele Studenten, die jetzt im PJ sind, waren 2018 im klinischen Teil ihres Studiums. Vergleicht man diese Werte, ergeben sich Steigerungen der Gehaltsvorstellungen zwischen circa 360 und 450 Euro.

>>

TABELLE 11 / EINKOMMENSERWARTUNGEN: ANGEMESSENE MONATSEINKOMMEN (ANGABEN IN EURO)

	Arithmetisches Mittel	Modus	Median	Standardabweichung	
Angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	4.353 4.994 5.439	4.000 5.000 5.000	4.000 5.000 5.000	2.946 1.752 1.740	< 2010 < 2018 < 2022
Niedergelassener Arzt in der Stadt	5.458 6.368 6.750	5.000 5.000 5.000	5.000 6.000 6.000	3.971 2.172 2.542	
Niedergelassener Arzt auf dem Land	5.390 6.371 6.733	5.000 5.000 5.000	5.000 6.000 6.000	3.954 2.809 2.594	
N	2010: 6.097 2018: 6.003 2022: 6.020				

Einen sehr deutlichen Effekt hat dagegen nach wie vor das Geschlecht. Frauen sind in ihren Einkommensvorstellungen – gemessen durch die Standardabweichungen – deutlich homogener als die Männer. Vor allem aber sind sie mit deutlich weniger Einkommen zufrieden. Die Unterschiede in den Mittelwerten bei den als angemessen angesehenen Einkommen betrugen 2010 bei dem durchschnittlichen Wunscheinkommen für den angestellten Arzt rund 500, bei denen für die niedergelassenen Ärzte jeweils rund 1.000 Euro. 2022 sind dies bei angestellten Ärzten zwar nur noch 235 Euro, bei den Niedergelassenen dagegen aber weiterhin knapp 850 beziehungsweise 760 Euro. Über die Gründe für diese Diskrepanzen, die wir auch aus anderen Untersuchungen kennen, kann nur spekuliert werden. Möglicherweise denken Männer hier eher an ein Familieneinkommen, das sie im Zweifel allein erwirtschaften müssen und Frauen eher

an ihr individuelles Einkommen, dass im Fall einer Familiengründung durch das des Partners ergänzt wird. Zu dieser Interpretation passt ein am 21.2.2019 in der Welt⁶² veröffentlichtes Ergebnis des Statistischen Bundesamtes, wonach Väter mehr arbeiten als kinderlose Männer und sich – so die Welt „als Ernährer, nicht als Halbtagsjobber“ sehen. 91 Prozent der Väter zwischen 18 und 64 Jahren gingen 2017 einer Erwerbstätigkeit nach, 94 Prozent davon in Vollzeit. Bei Männern ohne Kinder waren sowohl Erwerbstätigkeit (77 %) als auch Vollzeitquote (88 %) niedriger. Martin Schröder, Wirtschaftssoziologe in Marburg, wird dazu so zitiert: „Männer sehen es noch immer als ihre Aufgabe, die Familie zu ernähren.“ Zwar sind die Befragten mit großer Mehrheit noch keine Eltern, aber – wie einleitend schon dargestellt – wollen rund 93 Prozent später Kinder haben. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei nicht.

- ⁵⁶ www.sueddeutsche.de/karriere/gehaelter-im-vergleich-so-viel-verdient-der-nachbar-1.593595
- ⁵⁷ www.sueddeutsche.de/geld/managergehaelter-teure-spitzenkraefte-1.203367
- ⁵⁸ www.manager-magazin.de/unternehmen/karriere/0,2828,303259,00.html
- ⁵⁹ www.welt.de/wirtschaft/article1058384/Managergehaelter_in_Deutschland_steigen_kraeftig.html
- ⁶⁰ <http://gehaltsreporter.de/gehaelter-von-a-bis-z/199.html>
- ⁶¹ www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/01/PD23_022_611.html
- ⁶² www.welt.de/wirtschaft/karriere/article189117319/Rolle-als-Ernaehrer-Vaeter-arbeiten-mehr-als-kinderlose-Maenner.html

TABELLE 12 / MONATLICHE EINKOMMENSERWARTUNGEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN EURO)

	Arithmetisches Mittel		Standardabweichung		Signifikanz	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich		
Angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	4.170 4.884 5.355	4.617 5.156 5.590	2.245 1.685 1.663	3.769 1.823 1.859	,000	< 2010 < 2018 < 2022
Niedergelassener Arzt in der Stadt	5.032 5.994 6.444	6.080 6.927 7.300	2.930 2.484 2.329	5.036 3.020 2.799	,000	
Niedergelassener Arzt auf dem Land	5.017 5.999 6.459	5.927 6.926 7.222	3.174 2.565 2.407	4.756 3.037 2.828	,000	

TABELLE 13 / MONATLICHE EINKOMMENSERWARTUNGEN NACH FAMILIÄREM HINTERGRUND (ANGABEN IN EURO)

	Arithmetisches Mittel		Standardabweichung		Signifikanz	
	Ja	Nein	Ja	Nein		
Angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	4.586 5.119 5.476	4.185 4.915 5.489	3.167 1.870 1.828	2.727 1.669 1.764	,000	< 2010 < 2018 < 2022
Niedergelassener Arzt in der Stadt	6.000 6.710 6.860	5.068 6.151 7.071	4.714 3.001 2.547	3.130 2.560 2.710	,000	
Niedergelassener Arzt auf dem Land	5.908 6.152 6.846	5.021 6.152 7.081	4.633 2.608 2.566	3.192 2.608 2.850	,000	

4.6 BERUF – FAMILIE – ARBEITSZEIT

Wie eben bereits dargestellt, ist es für insgesamt über 85 Prozent der Befragten wichtig, Familie und Beruf gut miteinander vereinbaren und entsprechend flexibel bei den Arbeitszeiten sein zu können – auch hier zeigen sich keinerlei Veränderungen zu den beiden ersten Wellen. Medizin ist inzwischen mehrheitlich weiblich, und – wie oben schon gezeigt – ist für nahezu alle Frauen in der Stichprobe dieser Faktor wichtig. Für spätere Arbeitgeber oder auch die Rahmenbedingungen für eine freiberufliche Tätigkeit bedeutet dies, dass familienfreundliche Arbeitszeiten (wie auch immer diese im Detail aussehen mögen) für die Frauen – und damit die größere Gruppe des Fachkräftepotentials – eine *conditio sine qua non* sind.

Das Thema Beruf und Familie oder Freizeit wird in der Diskussion seit einigen Jahren üblicherweise unter dem Anglizismus der „Work-Life-Balance“ subsumiert (bisweilen übersetzt als „Arbeit-Leben-Verhältnis“). Wir halten diese Begrifflichkeit für problematisch, weil damit insinuiert wird, dass „Arbeit“ und „Leben“ gleichsam Antagonismen seien und das Leben nach der Arbeit beginnt. Die Begrifflichkeit impliziert die Gefahr, die für die individuelle Biographie entscheidende Bedeutung von Beruf und Berufstätigkeit – etwa für die Entwicklung der persönlichen Identität – auszublenden. Von den Befragten wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unter den derzeitigen Bedingungen als schlecht bis unzureichend eingestuft. Dies hat zur Konsequenz, dass die spätere Berufstätigkeit in dieser Hinsicht als problematisch bewertet wird, wie die Antworten auf die offen gestellte Frage 28 zeigen, bei der dieses Thema – wie auch in den früheren Befragungen – erneut immer wieder angesprochen wurde und großen Raum einnahm. Typische Kommentare waren zum Beispiel:

.....
Überstunden aufschreiben zu dürfen, Teilzeitarbeit beantragen zu können, Freizeitausgleich und Urlaube ohne Unterbrechung nehmen zu können, ... Diese Dinge müssen möglich sein, vor allem, um als Frau die Möglichkeit zu haben neben dem Kinderkriegen den Arztberuf ausüben zu können! Der Alltag in den meisten Kliniken sieht anders aus und das ist als angehende Ärztin für mich sehr erschreckend!
.....

.....
Ich wünsche mir, dass ich eine Karriere haben kann, in der auch ein Familienleben Platz hat. Ein Berufsleben ist lang und Kinder sind auf diese Zeit gesehen nur wenige Jahre so klein, dass man nicht in Vollzeit arbeiten kann. Daher hoffe ich sehr, beides in vollem Maß leben zu können.
.....

.....
Das Gesundheitssystem sollte sich darauf einstellen, dass demnächst mehrere Ärztegenerationen kommen werden, die hauptsächlich aus jungen, engagierten Frauen bestehen, welche Familie und Beruf unter einem Hut bekommen wollen. Ergo muss man auf mehr Teilzeitkräfte gefasst sein und die Kinderbetreuungsmöglichkeiten ausbauen.
.....

.....
Man sollte den medizinischen Bereich attraktiver gestalten, für Pflege, Ärzte und Therapeuten! Bessere Bezahlung und bessere Arbeitszeiten mehr Freizeit und bessere Kinderbetreuung um die Sicherheit zu gewährleisten bei dem Ärztemangel.
.....

.....
Im Verlauf meines Medizinstudiums ist meine Vorfreude auf die spätere ärztliche Tätigkeit kontinuierlich gesunken. Ich habe zuvor im Rettungsdienst gearbeitet und dachte schon hier, ich hätte ein relativ realistisches Bild von der katastrophalen Lage in deutschen Krankenhäusern. Doch ich wurde eines Besseren belehrt. Speziell von Ärztinnen höre ich immer noch Benachteiligung aufgrund der Tatsache, dass sie einen funktionsfähigen Uterus oder gar Kinder haben. Unbezahlte Überstunden sind an der Tagesordnung, durch Privatisierung sinken die Gehälter in ärztlichen und nicht-ärztlichen Professionen, was zu schlechterer Versorgungsqualität führt und die ständige Übernahme von Diensten durch Personalmangel tut ihr übriges.
.....

.....
Ich wünsche mir, dass der ärztliche Beruf besser mit einer Familie vereinbar ist. Außerdem sollten niedergelassene Ärzte keine finanziellen Sorgen oder Nachteile haben. Ich wünsche mir reguläre Arbeitszeiten und weniger Überstunden, damit man Zeit für sich und die Familie hat. Andere Länder wie Schweden sind Deutschland einen Schritt voraus. Deshalb würde ich dort durchaus hinfahren. Am Ende sind mir meine Familie (v.a. meine zukünftigen Kinder) wichtiger als das Leben in Deutschland.
.....

.....
Es muss in Kliniken Möglichkeiten der Kinderbetreuung geben und auch entsprechend der Arbeitszeiten eines Arztes. Es ist für Ärzte nicht möglich ihre Kinder um 16/17 Uhr aus der Kita abzuholen.
.....

.....
Eine adäquate Kinderbetreuung auch am Wochenende und zu Diensten ist mir wichtig. Vereinbarkeit von Familien und Beruf ist mir als Frau wichtig.
.....

.....
Ich wünsche mir eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ich möchte mich nicht zwischen Familie und Karriere entscheiden müssen. Ich möchte Zeit mit meiner Familie und meinen Kindern verbringen können und mich hierfür nicht für ein Fach entscheiden müssen, das mich weniger interessiert, nur weil es familienfreundlicher ist.
.....

Dabei ist das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur der Organisation der Arbeit und der Arbeitszeiten geschuldet, und auch nicht unbedingt den fehlenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten als solchen, wie manche Kommentare vielleicht nahelegen, denn diese gibt es inzwischen vielerorts durchaus. Problematisch bleiben aber in der Regel – übrigens auch in Städten – immer noch suboptimale Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen. Wenn eine Kindertagesstätte mit Ganztagesplätzen bereits um 16.30 Uhr schließt, dann ist dies nicht nur mit Vollzeitstellen bei Ärzten (und erst recht mit der Arbeit in einem Schichtmodell) nicht vereinbar, sondern betrifft auch eine Vielzahl von anderen Berufen. Deshalb ist für die weitaus meisten der Befragten – rund 80 Prozent – eine vom Arbeitgeber organisierte Möglichkeit der Kinderbetreuung während der Weiterbildung wichtig – für 26,7 Prozent ist diese Option sogar unverzichtbar (Frage 10). Die Phase der Weiterbildung entspricht biographisch der Zeit, in der man kleine und besonders betreuungsbedürftige Kinder hat. Arbeitgeber – also Krankenhäuser – sind deshalb zur Sicherung des medizinischen (und im Übrigen auch des pflegerischen) Nachwuchses gut beraten, solche Angebote zu schaffen. Wie oben schon angemerkt, sind hier aber auch die Kommunen, die häufig Träger von Kinderbetreuungseinrichtungen sind, schon aus Eigeninteresse in der Pflicht.
>>

Denn eine gut organisierte und verlässliche Kinderbetreuung ist neben dem Angebot an Schulen (für die ebenfalls die Kommunen zuständig sind), ein wichtiger Standortfaktor, um junge Familien zu einer Ansiedlung zu motivieren.

In den Befragungen von 2010 und 2018 wurde festgestellt, dass 5,5 Prozent der Befragten Kinder haben (Frauen 5,7 %, Männer 4,7 %), und sich die Population der Medizinstudenten damit nicht von ihren Kommilitonen anderer Fächer unterscheidet. Bundesweit haben laut der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks 2016 6 Prozent aller Studenten Kinder. 92,6 Prozent der Medizinstudenten möchten später Kinder haben (Frauen 92,6 %, Männer 92,7 %). In dieser Erhebung wurden die Fragen nach Kinderwunsch oder bereits vorhandenen Kindern nicht gestellt. Es kann jedoch weiterhin angenommen werden, dass die Verteilung zumindest teilweise gleichbleibend ist.

Denn die Zahlen des Statistischen Bundesamtes wiesen für das Jahr 2021 sogar einen deutlichen Anstieg der Geburten seit 2017 aus.⁶³

Dieser Kommentar aus der Medizinstudierendenbefragung von 2018 verweist zudem auf Probleme der Arbeitszeiten, wenn beide Partner berufstätig sind:

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

Anders als befürchtet dürften zum Beispiel die mögliche Arbeitszeit beider berufstätigen Eltern und die Regelung der Kinderbetreuung eben gerade dann kein grundsätzliches Problem darstellen, wenn beide Partner Ärzte sind,

da diese insbesondere (aber nicht ausschließlich) in den ländlichen Regionen gesucht werden. Arbeitgeber wie Krankenhäuser sind sehr an der Rekrutierung von Ärzten interessiert und bei Arbeitszeitmodellen und dem Honorar wie auch bei dem Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen flexibel und kooperativ – übrigens gilt letzteres in zunehmendem Maß auch für Kommunen in ländlichen Regionen, die sehr an der Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung interessiert sind. Wenn beide ärztlichen Partner bei dem gleichen Arbeitgeber oder zumindest in der gleichen Kommune arbeiten, dürfte deshalb die Vereinbarkeit und Organisation von Arbeits- und Familienzeit noch vergleichsweise gut gelingen. Deutlich problematischer wird es dagegen, wenn einer der Partner kein Arzt ist. Bei den derzeitigen Geschlechterverhältnissen an den medizinischen Fakultäten, die wie alle Universitäten und sonstigen gemischtgeschlechtlichen Ausbildungsinstitutionen auch die größten Heiratsmärkte im soziologischen Sinn darstellen, werden aber nur maximal 30 Prozent 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 homogen sind. Beziehungen zwischen Frauen mit Hochschulstudium und Männern mit anderen Berufsabschlüssen sind die Ausnahme. Junge, männliche Akademiker am Beginn ihres Berufslebens werden – anders als die Frauen der Ärzte der in den nächsten Jahren ausscheidenden Generation der Nachkriegszeit und der

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

⁶³ www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22_326_12.html

4.7 FACHARZTWEITERBILDUNG

Welche Facharztweiterbildungen kommen in Frage? Wir haben – wie auch schon 2010, 2014 und 2018 – 14 Gebietsbezeichnungen vorgestellt und um eine weitere (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) ergänzt (Frage 5). Im Jahr 2010 haben wir 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 realistische Option sei. Dies ist insofern richtig, als tatsächlich am Ende des Studiums und vor der Weiterbildung eben diese Entscheidung ansteht und die Möglichkeit der Mehrfachnennung ohne Ranking keine Aussage über die Bedeutung und Rangfolge der Präferenzen zulässt. Wir haben diesem Einwand nunmehr dadurch Rechnung getragen, dass wir in der Befragung 2014 ein sogenanntes Split-Ballot-Experiment durchgeführt haben. Die Frage nach der Facharztweiterbildung wurde in zwei Varianten gestellt, nämlich als 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). In dieser Welle haben wir beide Fragetypen verwendet und wollten nach Frage 5 wissen, welche Facharztweiterbildung in der Situation, in der die Befragten gerade sind, ihre (aktuelle) Präferenz ist (Frage 6).

Außerdem haben wir 2014 und auch in dieser Welle alle Studienteilnehmer danach gefragt, welche Facharztweiter-

bildungen definitiv nicht für sie in Frage kommen (Frage 7). 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.

>>

TABELLE 14 / FACHARZTWEITERBILDUNG UND „NO-GO“-FACHRICHTUNGEN
(ANGABEN IN PROZENT)

	SINGLE CHOICE			MULTIPLE CHOICE		
	Für welche Facharztweiterbildung würden Sie sich jetzt entscheiden?			Welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie definitiv nicht in Frage?		
	2014	2018	2022	2014	2018	2022
Allgemeinmedizin	8,9	8,8	11,2	19,9	17,9	15,2
Anästhesiologie	8,5	7,9	9,8	18,1	15,2	12,2
Augenheilkunde	1,0	1,1	1,2	52,9	49,2	47,0
Chirurgie	8,3	6,5	9,3	36,5	38,5	36,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,9	5,8	7,2	38,8	35,0	29,7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,3	1,1	1,1	39,6	37,7	34,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,1	1,5	1,6	56,8	49,5	44,5
Innere Medizin	16,3	14,2	14,0	10,4	10,4	11,7
Kinder- und Jugendmedizin	9,4	9,1	9,9	25,1	23,7	22,7
Neurologie	5,7	4,6	3,7	20,4	21,5	23,4
Öffentliches Gesundheitswesen	–	–	0,2	–	–	42,4
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,8	6,0	6,3	39,3	41,6	37,6
Psychiatrie und Psychotherapie	3,6	2,2	2,6	43,9	45,8	40,1
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	–	0,8	0,9	–	42,7	35,8
Radiologie	2,4	2,3	2,6	35,3	32,6	32,0
Urologie	1,2	1,6	1,4	43,0	37,4	34,7
(Fach-)Arzt ohne Patientenkontakt*			2,1	–	–	0,8
Notfall- und Intensivmedizin (außerhalb D)			0,2			
Das weiß ich noch nicht	–	–	14,7	–	–	4,2
Sonstige**	6,6	5,1	–	6,6	5,1	–
N	5.486	13.334	7.855	11.008	13.304	8.568

* Hierzu zählen bspw. Pathologie, Labormedizin, Arbeitsmedizin oder Biochemie.

** Die Nennungen der Kategorie „Sonstige“ wurden nachträglich den Überkategorien algorithmisch zugeordnet. Auf Anregung der Studierenden entstand so zusätzlich die Kategorie „Notfall- und Intensivmedizin“. Diese Disziplin wird momentan nicht als FA in Deutschland angeboten, macht jedoch 0,2 Prozent der Nennungen insgesamt aus.

Dabei sind zwei Bereiche von besonderer Bedeutung, die wir in der Folge genauer untersuchen, nämlich die Allgemeinmedizin und die chirurgischen Fächer (Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie). Erstere ist für die hausärztliche Versorgung von entscheidender Bedeutung und war in den letzten Jahren der Problemfall Nr. 1, da die Präferenzen und Weiterbildungsentscheidungen der künftigen Ärzte bei weitem nicht ausreichend waren, um freiwerdende Stellen wieder zu besetzen. Die Chirurgie (i.w.S.) ist für die Akutversorgung aber von ebenso großer Bedeutung, insbesondere (aber nicht ausschließlich) gilt dies für die Grund- und Regelversorgung in den Kliniken. Die Chirurgie stand bislang weniger im Fokus der Aufmerksamkeit. Dies ist insofern problematisch als sich die Nachwuchsrekrutierung hier mindestens ebenso schwierig gestaltet wie in der Allgemeinmedizin. Dass dies bislang kaum wahrgenommen und diskutiert wurde, hängt möglicherweise mit dem hohen Prestige, das Chirurgen genießen, und der daraus abgeleiteten Schlussfolgerung, dass die meisten Ärzte doch gerne Chirurgen werden, zusammen. Tatsächlich sind die Prestigeattributionen auch unter Medizinstudenten für das Fach sehr hoch. Im Vergleich der verschiedenen Weiterbildungsgebiete schneidet die Chirurgie bei dem zugeschriebenen Ansehen für die Referenzgruppen der Kommilitonen, der praktizierenden Ärzteschaft und der Bevölkerung am besten ab, wie die Ergebnisse entsprechender Fragen aus dem Jahr 2014 zeigen. Dies hat aber keinerlei Effekt auf die eigene Weiterbildungsbereitschaft, denn nur Minderheiten der Befragten ziehen eine entsprechende Weiterbildung in Erwägung. Im Rahmen dieses Berichtes aus 2022 ist zu erwähnen, dass die jeweiligen

Antworten aus der offenen Kategorie „Sonstige“ den bereits bestehenden Kategorien (bspw. „Herz-Chirurgie“ zu „Chirurgie“) oder einer der beiden neu gebildeten Kategorien „(Fach-)Arzt ohne Patientenkontakt“ und „Notfall- und Intensivmedizin (außerhalb D)“ zugeordnet wurden. Letztere wurde aufgrund der erhöhten Nachfrage bei „Facharztweiterbildungen“ gebildet, obwohl diese noch nicht Teil des momentanen fachärztlichen Weiterbildungsprogramms ist. Hört man auf die Stimmen der Studierenden, könnte hier einer potentiellen Fachkräfteabwanderung aufgrund fehlender spezifischer Weiterbildungen bereits innerhalb der Ausbildung entgegen gewirkt werden:

.....
Zum Thema Facharztwahl: Ich will Intensiv- und Notfallmediziner werden. Diese Fächer gibt es derzeit in Deutschland nicht als Facharztweiterbildung. Daher erwäge ich zunächst Anästhesist zu werden, um die Grundlagen beider Fächer zu beherrschen und im weiteren Verlauf eine Facharztausbildung für Notfallmedizin im englischsprachigen Raum zu absolvieren.

.....
Leider gibt es in Deutschland bisher keinen Facharzt für Notfallmedizin (s. Emergency Physician) – einer der Hauptgründe ein Umzug in ein fremdes Land in Betracht zu ziehen.

>>

TABELLE 15 / FACHARZTWEITERBILDUNG – MULTIPLE CHOICE
 (ANGABEN IN PROZENT)

	Welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie in Frage?			
	2010	2014	2018	2022
Innere Medizin	42,6	45,6	44,0	42,5
Allgemeinmedizin	29,3	34,5	35,3	36,8
Anästhesiologie	26,6	26,4	27,9	31,3
Kinder- und Jugendmedizin	27,7	26,4	27,1	27,5
Chirurgie	26,8	25,2	24,3	25,7
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19,1	18,3	20,3	22,4
Neurologie	19,8	21,7	20,5	17,2
Orthopädie und Unfallchirurgie	18,4	18,9	17,9	17,2
Psychiatrie und Psychotherapie	13,8	14,0	12,5	13,0
Radiologie	11,8	12,1	12,3	11,7
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	–	–	7,8	8,7
Urologie	5,1	6,2	7,5	7,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,8	4,9	6,5	6,9
Das weiß ich noch nicht	–	–	–	6,7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6,2	7,7	6,5	6,5
Augenheilkunde	5,4	5,0	5,7	5,5
(Fach-)Arzt ohne Patientenkontakt	–	–	–	5,3
Öffentliches Gesundheitswesen	–	–	–	3,9
Derzeit kein Interesse	–	–	–	0,9
Notfall- und Intensivmedizin (außerhalb D)	–	–	–	0,8
Sonstige	12,6	13,0	13,5	–
N	12.058	5.506	13.635	8.569

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

1. Den harten Kern der an dem jeweiligen Gebiet (aktuell) stark interessierten Studenten (Single Choice-Frage), die sich eindeutig für eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin (11,2 %), Chirurgie (9,3 %) oder Orthopädie/Unfallchirurgie (6,3 %) entschieden haben (zum Zeitpunkt der Befragung, diese Entscheidung kann bis zum Beginn der Weiterbildung natürlich jederzeit geändert werden).

2. An dem Gebiet Interessierte (Multiple Choice-Frage), für die dieses Fach eine explizite Option neben anderen ist. Dies sind in der Allgemeinmedizin 36,8 Prozent, in der Chirurgie 25,7 Prozent und in der Orthopädie/Unfallchirurgie 17,2 Prozent.

3. Die grundsätzlich nicht an diesen Fachrichtungen interessierten Studenten. Dies sind in der Allgemeinmedizin 15,2 Prozent, in der Chirurgie 36,5 Prozent und in der Orthopädie/Unfallchirurgie 37,6 Prozent.

Unter allen Weiterbildungsmöglichkeiten mit Abstand am beliebtesten ist die Innere Medizin (mit 42,5 %), dann folgt die Allgemeinmedizin. Nimmt man die Kinder- und Jugendmedizin, die auf Platz 4 der Beliebtheitsskala rangiert hinzu, dann lässt sich feststellen, dass entsprechend der Unterscheidung von haus- und fachärztlicher Versorgung das Potential für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung grundsätzlich durchaus vorhanden und wohl auch ausreichend zur Deckung des künftigen Bedarfs ist.

Dies gilt umso mehr, wenn auch künftige Ärzte mit einer Facharztweiterbildung in Innerer Medizin eine Tätigkeit als Hausarzt nicht ausschließen. Dies ist bei etwa 49 Prozent der Studenten, die eine Facharztweiterbildung in Innere Medizin erwägen, der Fall.

Bei den Präferenzen für Facharztweiterbildungen gibt es einige deutliche und fast durchgängig signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, allerdings quantitativ auf sehr unterschiedlichem Niveau. „Frauenfächer“ sind demnach nach wie vor eher oder teilweise auch deutlich Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde

und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. „Männerfächer“ dagegen Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Radiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie und Urologie. Bei der Chirurgie nivellieren sich sukzessive aber die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Die Statistik der Bundesärztekammer lässt zudem einen Zuwachs an Allgemeinmedizinerinnen um 2,3 Prozent 2020 im Vergleich zum Vorjahr erkennen.⁶⁴ Dieser Trend findet sich ebenfalls in unseren Daten wieder, ist jedoch nicht signifikant.

>>

TABELLE 16 / FACHARZTWEITERBILDUNG NACH GESCHLECHT – MULTIPLE CHOICE
(ANGABEN IN PROZENT)

	Für welche Facharztweiterbildung würden Sie sich jetzt entscheiden?		Welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie in Frage?	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
Allgemeinmedizin	11,5	10,4	37,4	35,7
Anästhesiologie */**	7,7	14,6	27,8	39,1
Augenheilkunde */**	1,1	10,2	4,4	7,6
Chirurgie */**	8,9	6,5	23,9	29,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe */**	10,1	0,8	29,8	6,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde */**	0,9	1,4	5,7	8,2
Haut- und Geschlechtskrankheiten */**	1,9	1,1	7,4	5,7
Innere Medizin */**	12,0	18,4	39,3	49,9
Kinder- und Jugendmedizin */**	12,2	5,1	31,7	18,6
Neurologie	3,9	3,2	16,8	17,9
Öffentliches Gesundheitswesen	0,2	0,1	4,0	3,6
Orthopädie und Unfallchirurgie */**	5,1	8,8	14,8	22,9
Psychiatrie und Psychotherapie **	2,5	2,6	13,9	10,7
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **	0,9	0,9	10,1	5,3
Radiologie */**	2,1	3,9	9,9	15,8
Urologie */**	1,2	1,9	6,0	9,4
(Fach-)Arzt ohne Patientenkontakt	2,1	2,1	5,3	5,2
Notfall- und Intensivmedizin (außerhalb D)*	0,1	0,4	0,8	0,9
Das weiß ich noch nicht	15,4	12,5	6,9	6,0
Derzeit kein Interesse	—	—	0,8	1,1
N	7.815		8.557	

* Signifikanter Unterschied bei „Für welche Facharztweiterbildung würden Sie sich jetzt entscheiden?“

** Hochsignifikanter Unterschied bei „Welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie in Frage?“

Der bei der Multiple-Choice-Frage beobachtbare Rückgang bei der Attraktivität der jeweiligen Facharzttrichtungen war zu erwarten und ist auch zurückzuführen auf die im Studium (notwendig) zunehmende Fokussierung auf eine Facharztweiterbildung, denn irgendwann müssen sich die Studenten ja auch für eine entscheiden. Dabei haben Studenten im Abschnitt „Vorklinik“ im Durchschnitt 3,5 Fachrichtungen genannt (2010: 3,1, 2014: 2,8, 2018: 2,8), Studenten im Abschnitt „Klinik“ 3,2 (2010: 2,8, 2014: 2,7, 2018: 2,8) und die Studenten im letzten Studienabschnitt 2,7 (2010: 2,3, 2014: 2,2, 2018: 2,4). Wir haben diesbezüglich mithin insgesamt recht stabile Werte. Problematisch wird die Situation für bestimmte Fächer allerdings, wenn sowohl bei der Single- als auch bei der Multiple-Choice-Option im Studien- und Zeitverlauf ein Rückgang bei den Präferenzen zu verzeichnen ist.

Besonders deutlich ist der Attraktivitätsverlust bei der Chirurgie. Bei nunmehr vier Wellen (2010, 2014, 2018, 2022) können wir hinsichtlich des Gewinns oder Verlusts nun auch realistischere Zeitverläufe abbilden, indem wir die Ergebnisse der Studenten, die im Jahr 2014 in der Vorklinik waren, mit denen derjenigen, die sich 2022 im PJ befinden, vergleichen (formal bewegen wir uns auf den Diagonalen der entsprechenden Tabellen). Dabei wird deutlich, dass die Chirurgie bei der Single-Choice-Option (hier haben wir nur Werte von 2014 und 2018) knapp 3 Prozentpunkte verliert und bei der Multiple-Choice-Option vom Beginn des Studiums bis zum PJ knapp 12,6 Prozentpunkte – der Anteil, der auch an Chirurgie interessiert ist, hat sich im Studienverlauf stark verringert.

>>

TABELLE 17 / FACHARZTWEITERBILDUNG NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	SINGLE CHOICE			MULTIPLE CHOICE			
	Für welche Facharzt- weiterbildung würden Sie sich jetzt entscheiden?			Welche Facharzt- weiterbildungen kommen für Sie in Frage?			
	Vorklinik	Klinik	PJ ***	Vorklinik	Klinik	PJ ***	
Allgemeinmedizin */**	7,9	9,3	9,5	33,8	35,4	35,4	◀ 2014 ◀ 2018 ◀ 2022
	7,2	7,6	9,4	32,7	36,8	36,8	
	9,6	11,5	12,5	33,0	38,0	36,7	
Anästhesiologie	9,4	7,6	9,6	27,0	26,5	24,4	
	7,6	7,6	9,4	27,8	28,5	24,3	
	10,1	9,4	10,7	32,1	31,9	28,6	
Augenheilkunde **	0,9	1,0	1,5	5,3	5,2	3,4	
	0,7	1,3	1,4	6,0	6,2	3,4	
	1,1	1,3	1,1	6,5	5,6	3,5	
Chirurgie */**	11,4	7,0	5,6	31,9	22,5	18,8	
	9,9	5,4	4,5	32,5	22,5	18,1	
	12,1	8,1	8,4	35,0	22,6	19,3	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe**	4,9	5,9	8,2	19,2	19,1	13,5	
	5,6	76,1	6,4	20,8	21,3	14,9	
	7,2	7,0	7,5	26,0	22,3	17,3	
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde */**	0,6	1,3	1,3	7,7	19,1	5,5	
	0,6	1,7	2,0	7,3	8,3	4,5	
	0,5	1,3	1,3	5,4	7,9	6,5	
Haut- und Geschlechts- krankheiten */**	0,7	1,2	1,3	4,0	5,5	4,7	
	0,9	1,7	2,0	5,2	7,3	6,1	
	0,9	1,9	2,2	5,5	7,9	6,2	
Innere Medizin */**	10,7	19,0	19,6	37,7	50,2	49,6	
	8,7	14,9	19,1	35,1	46,3	50,4	
	9,6	15,6	16,3	37,8	44,2	44,6	
Kinder- und Jugendmedizin */**	9,9	8,6	11,0	30,3	25,8	17,8	
	9,5	9,0	9,2	31,8	26,4	18,8	
	11,8	8,9	9,6	33,1	26,7	20,5	
Neurologie **	6,7	5,1	5,2	26,9	20,5	12,9	
	3,9	4,7	5,1	24,3	19,9	13,5	
	4,1	3,5	3,6	22,0	16,4	12,1	
Öffentliches Gesundheitswesen	–	–	–	–	–	–	
	–	–	–	–	–	–	
	0,2	0,2	0,3	4,0	3,4	4,9	
Orthopädie und Unfallchirurgie */**	6,8	6,6	6,9	24,3	16,9	12,0	
	6,6	5,9	6,2	23,1	16,3	13,2	
	7,7	6,1	4,7	22,6	16,3	11,4	
Psychiatrie und Psychotherapie **	4,3	3,5	2,6	15,9	13,6	10,9	
	2,3	2,0	2,2	13,8	11,8	10,6	
	2,6	2,8	2,2	13,3	13,9	10,4	
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	–	–	–	–	–	–	
	0,6	0,9	0,8	8,8	7,2	6,8	
	0,7	1,0	1,0	8,8	9,1	7,6	
Radiologie **	1,6	2,8	3,3	12,1	12,7	9,3	
	2,0	2,5	2,5	12,7	13,0	8,7	
	2,4	2,4	3,4	12,9	11,9	9,4	
Urologie */**	0,4	1,5	2,4	3,8	8,0	6,4	
	0,5	1,7	2,7	5,3	8,8	6,6	
	0,6	1,8	1,6	5,0	8,8	6,0	
(Fach-)Arzt ohne Patientenkontakt	–	–	–	–	–	–	
	–	–	–	–	–	–	
	2,4	1,9	2,2	5,5	5,1	5,5	
Notfall- und Intensiv- medizin (außerhalb D) **	–	–	–	–	–	–	
	–	–	–	–	–	–	
	0,4	0,2	0,1	1,8	0,5	0,4	
Das weiß ich noch nicht	16,2	15,1	11,6	9,7	5,6	5,1	
Derzeit kein Interesse	—	—	—	0,4	0,9	1,5	
N	2014 = 5.486 2018 = 13.295 2022 = 7.836			2014 = 5.506 2018 = 13.595 2022 = 8.573			

* Hochsignifikanter Unterschied bei „Für welche Facharztweiterbildung würden Sie sich jetzt entscheiden?“

** Hochsignifikanter Unterschied bei „Welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie in Frage?“

*** Für Kategorie PJ wurden die Angaben zu „Praktisches Jahr“ und „Modellstudiengang PJ“ zusammengefasst.

Für die Orthopädie/Unfallchirurgie ist die Entwicklung weniger dramatisch. Der Attraktivitätsverlust beträgt bei der Single-Choice-Option 2,1 Prozentpunkte, bei der Multiple-Choice-Option aber auch 12,9 Prozentpunkte. Noch etwas ist im Zeitverlauf auffällig und für das Fach Chirurgie durchaus Anlass zur Sorge: Die Zahl der (auch) an Chirurgie interessierten Studenten ist über die Jahre zum Studienbeginn vergleichsweise hoch – mehr als ein Drittel der Studienanfänger kann sich vorstellen, einen Facharzt in Chirurgie zu machen. Bei allen Wellen hat sich dieser Wert im PJ deutlich reduziert, wobei 2018 ein Tiefstand erreicht ist. Offenkundig schrecken bereits das Studium und dann noch einmal sehr deutlich und nachhaltig Erfahrungen im PJ von einer Weiterbildung in Chirurgie ab. Ähnlich – aber nicht ganz so dramatisch – verhält es sich für die Orthopädie/Unfallchirurgie.

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

„Alle Welt wundert sich darüber, dass knapp die Hälfte eines Jahrgangs nach dem Medizinstudium dem Arztberuf nachgeht und auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wundert sich der Präsident darüber, dass sich zu Studienbeginn ein Drittel der Studenten ein Arbeiten in der Chirurgie vorstellen können und nach dem PJ nur knapp 5 Prozent 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 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 bis 3 und man als Dienstarzt nicht Melperon an die Hälfte des Patientenguts, bestehend aus knalldezenten und massiv pflegebedürftigen Existenzen mit der Lebensqualität einer Zimmerpflanze, verteilen durfte.“

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

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

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

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

Ich wünsche mir ein Umdenken vor allem in der Chirurgie, wo konservative Meinungen bezüglich Geschlechterverteilung und Alter noch immer eine große Rolle spielen.

Die Problematik hat sich auch nach 2018 nicht geändert. So werden auch in der Befragung von 2022 weiterhin die Themen von 2018 genannt. Vor allem Frauen (mit Kinderwunsch) beklagen sich über die problematischen Arbeitszeitmodelle in der Chirurgie:

Auch wenn man Innere Medizin/Chirurgie/Allgemeinmedizin auf dem Land mag, so ist es Frauen kaum möglich in diesen Bereichen zu arbeiten und gleichzeitig für ihre Kinder da zu sein.

Man müsste familienfreundlichere Schichten und Arbeitszeitmodelle schaffen. Dieses Problem haben alle meiner weiblichen Kommilitoninnen. Viele Frauen entscheiden sich für ein Fach und ein Arbeitsmodell mit aus familiären Gründen, auch wenn sie lieber ein anderes machen würden. Diese Limitation sehe ich nicht bei den männlichen Kollegen.

Die katastrophalen Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Vereinbarkeit mit Familie, Überstunden etc.) in den Kliniken gepaart mit dem im Vergleich zur Niederlassung schlechten Gehalt machen dies wirklich absolut unattraktiv. Obwohl ich gerne einen Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie machen würde bin ich echt am Zweifeln ob dies die richtige Wahl ist.

Die Arbeitsbelastung und die gesamte Arbeitskultur, insbesondere in Fächern wie der Chirurgie und internistischen Medizin muss reformiert werden. Wir steuern auf einen immer größeren Arbeitsmangel in unattraktiven medizinischen Fächern zu.

Obwohl ich großes Interesse an der Chirurgie habe, hat mir meine Ausbildung früh gezeigt, dass man als Frau mit Kindern und Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten oftmals nicht mehr als vollwertiges Teammitglied angesehen wird. Als Folge leiden die Ausbildung und OP-Zeit und man wird oftmals als „Ambulanz“ oder Stationsarzt abgestellt, wobei die Ausbildung im OP oftmals zu kurz kommt. Viele Kolleginnen entscheiden sich, dann doch für eine Niederlassung im ambulanten Bereich. Diese Erfahrungen haben auch bei mir dazu geführt, dass ich mehr Vorbehalte für den Weg in die „Chirurgie“ habe, und eher zu Fachrichtungen tendiere, die sich auch mit dem Familienleben vereinbaren lassen, beziehungsweise in denen eine Schwangerschaft und anschließende Teilzeittätigkeit nicht gleich das Karriereaus bedeuten. Als Chirurgische Technische Assistentin, war mein Aufgabengebiet vor dem Studium zum Großteil ärztlich deligierbare Tätigkeiten. Vor allem in kleinen Krankenhäusern mit wenig ärztlichem Personal und wenig Unterstützung durch Famulanten und PJler, bin ich der Meinung, dass nur mittels Delegation das tägliche Arbeitspensum bewältigbar ist. Am besten wäre natürlich ein größerer Ärztepool, da dieses aber nicht immer finanziell oder personaltechnisch umsetzbar ist, ist die Delegation an gewissenhaft geschultes medizinisches Personal eine gute Möglichkeit, dem Personalmangel entgegen zu wirken.

>>

Hochproblematisch für Chirurgie ist ein weiterer Aspekt, den wir oben schon angesprochen haben. Bis zur Befragungswelle 2014 war Chirurgie eindeutig noch ein „Männerfach“, das heißt der Anteil der männlichen Studenten, die sich für eine Weiterbildung (auch) in Chirurgie interessiert hatten, lag in allen Studienabschnitten signifikant über dem der Frauen. Im Jahr 2018 kam es kurzzeitig zu einer stärkeren Reduzierung der Nachfrage auf Seiten der Männer, wodurch die zuvor vorherrschenden signifikanten Geschlechterunterschiede bei der Single-Choice-Frage nicht mehr zu erkennen waren. Das hat sich 2022 jedoch erneut geändert. Hier kann ein Anstieg des Interesses über die Geschlechter hinweg verzeichnet werden. In Zahlen ausgedrückt ist dies ein Zuwachs um 3,8 Prozent bei Männern und 2,6 Prozent bei Frauen. Bei der Multiple-Choice-Option sind die Anteile der an Chirurgie interessierten Männer seit 2010 rückläufig, bewegen sich jedoch wieder auf dem Niveau von 2014. Im Vergleich zu 2010 hat das Fach hier 2,7 Prozentpunkte verloren.

Mit Blick auf die in den letzten Jahren problematische Situation gerade in der Allgemeinmedizin erfreulich ist dagegen die Tatsache, dass die Präferenzen seit 2010 mit höheren Semesterzahlen zunehmen – zumindest im Vergleich der Phase der Vorklinik mit jener des PJs.

Bei den Antworten der Single-Choice-Frage nach der Facharztweiterbildungspräferenz kann die bereits 2018 angedeutete Tendenz hin zur Allgemeinmedizin bestätigt werden. Es bedarf jedoch weiterer Messungen, um von einer stabilen Trendwende sprechen zu können. Hingegen lassen die Werte der Multiple-Choice-Frage anders als 2014 und 2018, keine kontinuierliche der Beliebtheit der Allgemeinmedizin erkennen.

Ein Anstieg der Personen, die sich für eine Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin interessieren (Single-Choice), kann mit der in einigen Bundesländern üblichen zusätzlichen Studienplatzvergabe für Allgemeinmediziner begründet werden.

Die Stagnation hinsichtlich der Beliebtheit der Fachrichtung (Multiple-Choice) zwischen Klinik- und PJ-Phase der Ausbildung muss jedoch anders erklärt werden. Eine mögliche Antwort könnten die Ausrichtung der jeweiligen Studiengänge sein. So äußerte sich ein Medizinstudierender:

Ich befürworte den Versuch, die Allgemeinmedizin in der medizinischen Ausbildung stärker zu beleuchten um diese attraktiver zu machen. Jedoch finde ich, dass dies anders geregelt werden sollte als durch pflichtmäßige Praktika. Das führt meiner Meinung nach eher

dazu, dass Studenten, welche sich vorher eher weniger für Allgemeinmedizin interessiert haben, sich weiter von dieser Fachrichtung distanzieren, weil versucht wird, jemanden zwangsweise in diese Richtung zu lenken. Vielmehr würde ich freiwillige Kurse befürworten, beispielsweise als Wahlpflichtfach oder ähnliches.

Auch im Vergleich zu den Zahlen der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2020 ist zum Vorjahr ein leichtes Minus von 0,1 Prozent der Allgemeinmediziner verzeichnet worden, wobei es zu einer Erhöhung des Anteils an Allgemeinmedizinerinnen um 2,3 Prozent kam. Problematisch erscheint jedoch die stetig sinkende Zahl an Niederlassungen, die auch 2020 um 2,0 Prozent einbrach. Die aus der Niederlassung resultierenden Widrigkeiten und Probleme werden jedoch noch eingehend in Kapitel 4.8 besprochen.

Mithin gilt, dass es bei unterstellten konstanten Präferenzen für Weiterbildung einen harten Kern stark interessierter Studenten für die Allgemeinmedizin von knapp 11 Prozent gibt. Referenzgröße sind die Studenten im PJ, die kurz vor der Entscheidung für eine Fachrichtung in der Weiterbildung stehen. Diese Zahl liegt etwas über der aktuellen Weiterbildungsquote in Allgemeinmedizin.

TABELLE 18 / FACHARZTWEITERBILDUNG CHIRURGIE
(ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022*
SINGLE CHOICE				
Alle Befragten	–	8,3	6,5	9,3
Frauen	–	7,5	6,3	8,9
Männer	–	9,5	6,4	10,2
Vorklinik	–	11,4	9,9	12,1
Klinik	–	7,0	5,4	8,1
PJ	–	5,6	4,5	8,4
MULTIPLE CHOICE				
Alle Befragten	26,8	25,2	24,3	25,7
Frauen	23,6	22,7	22,1	23,9
Männer	32,6	29,5	27,4	29,9
Vorklinik	35,7	31,9	32,5	35,0
Klinik	23,5	22,5	21,5	22,6
PJ	21,2	18,8	18,1	19,3

* Zahl entspricht den Nennungen unter Berücksichtigung der Kategorie „Das weiß ich noch nicht“, um eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Jahre zu gewährleisten.

TABELLE 19 / FACHARZTWEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN
(ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022*
SINGLE CHOICE				
Alle Befragten	–	8,9	8,8	11,2
Frauen	–	10,3	9,6	11,5
Männer	–	7,1	8,5	10,4
Vorklinik	–	7,9	7,2	9,6
Klinik	–	9,3	9,7	11,5
PJ	–	9,5	10,9	12,5
MULTIPLE CHOICE				
Alle Befragten	29,3	34,5	35,3	36,8
Frauen	31,4	36,4	37,2	37,4
Männer	28,4	32,1	34,5	35,7
Vorklinik	31,9	33,8	32,7	33,0
Klinik	30,1	35,4	36,8	38,0
PJ	27,8	33,9	39,6	36,7

* Zahl entspricht den Nennungen unter Berücksichtigung der Kategorie „Das weiß ich noch nicht“, um eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Jahre zu gewährleisten.

Der Anteil ist dennoch, wie wir gleich noch zeigen werden, 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 weiterhin beworben werden. Erst recht gilt dies für die Chirurgie. Eine ähnliche Kampagne, wie sie für die Allgemeinmedizin gestartet wurde, scheint uns hier dringend geboten. Dabei sollten dann aber auch, um damit bei dem umworbenen Publikum insbesondere der künftigen Ärztinnen glaubwürdig zu sein, die Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen in diesem Fach kritisch geprüft werden. Wir verweisen dazu nochmals auf die oben zitierten Kommentare.

Insgesamt stellt sich die Frage, inwieweit diese Weiterbildungsabsichten der Studenten (nicht nur für die Allgemeinmedizin und Chirurgie, sondern für alle Gebiete) die vorhandene Struktur der Ärzteschaft reproduzieren und damit – bei konstanten Präferenzen – dazu geeignet sind, die bestehende Versorgungsstruktur zu erhalten. Für diesen Vergleich mit den Strukturdaten aus der Ärztestatistik haben wir für die aktuelle Modellrechnung⁶⁵ 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 31.12.2009⁶⁶ 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.⁶⁷ Wir beziehen uns bei dem Vergleich zwischen den Präferenzen der Medizinstudenten und der Struktur der ärztlichen Versorgung 2009 auf die Facharztgruppen, die in der Befragung auch genannt wurden. Die Fallzahl beträgt damit 235.850.

Der Vergleich zeigt bei welchen Fachrichtungen der gegenwärtige Bestand ersetzt oder mehr als ersetzt werden kann und wo es – immer bei Unterstellung konstanter Präferenzen und einem unveränderten Wiederbesetzungsbedarf – bei der Rekrutierung künftig wohl eher Engpässe geben wird. Wir haben dazu wiederum die Präferenzen im PJ genutzt, durch die relativen Häufigkeiten der jeweiligen Facharztzahlen geteilt und mit 100 multipliziert. Der Wert von 190,4 Prozent für Pädiatrie bedeutet, dass bei

einer Teilzeitquote von 0 Prozent rund 90 Prozent mehr Studenten des letzten Studienabschnitts Kinderärzte werden wollen als nach Stand 2009/10 gebraucht werden. Umgekehrt bedeutet ein Wert von 53,4 Prozent bei den Allgemeinmedizinern, dass künftig dann nur rund 53 Prozent der 2009 besetzten Stellen in der Allgemeinmedizin wiederbesetzt werden können. Etwa jede zweite Stelle bleibe dann mithin rein rechnerisch unbesetzt. Für die Chirurgie gilt das gleiche. Die Situation wird noch problematischer, wenn man unterschiedliche Teilzeitquoten berücksichtigt – was in Anbetracht der Präferenzen gerade der künftigen Ärztinnen wohl realistischer ist. Wir sind für die Modellrechnungen von 50 Prozent-Stellen ausgegangen. Bei einer Teilzeitquote von 50 Prozent bedeutet dies, dass von 100 künftigen Ärzten oder Ärztinnen 60 halbtags arbeiten. Um also 100 Vollzeitäquivalente zu ersetzen, müssten dann 150 Personen eingestellt – und vorher natürlich ausgebildet – werden. Nach diesen Berechnungen wird nur noch in wenigen Fachgebieten der Bedarf zu decken sein und in der Allgemeinmedizin wie auch der Chirurgie sind die Wiederbesetzungsquoten bei allen Modellvarianten weit von 100 Prozent entfernt.

>>

TABELLE 20 / MODELLRECHNUNG: PRÄFERENZEN UND WIEDERBESETZUNGSQUOTEN BEI UNTERSCHIEDLICHEN TEILZEITQUOTEN

Fachgebiet	Teilzeitquoten						Präferenzen im PJ (%)	Anteil laut BÄK (%)
	60 %	50 %	40 %	30 %	20 %	0 %		
Pädiatrie	133,3	142,8	152,3	161,8	171,4	190,4	9,9	5,2
Neurologie	74,0	79,3	84,6	89,8	95,1	105,7	3,7	3,5
Orthopädie	98,9	106,0	113,0	120,1	127,2	141,3	6,5	4,6
Urologie	41,4	44,3	47,3	50,2	53,2	59,1	1,3	2,2
Anästhesiologie	84,0	90,0	96,0	102,0	108,0	120,0	9,6	8,0
Innere Medizin	52,6	56,3	60,1	63,8	67,6	75,1	13,6	18,1
Hautkrankheiten	47,7	51,2	54,6	58,0	61,4	68,2	1,5	2,2
Frauenheilkunde	72,0	77,2	82,3	87,5	92,6	102,9	7,1	6,9
Radiologie	60,3	64,7	69,0	73,3	77,6	86,2	2,5	2,9
Psychiatrie	52,0	55,7	59,4	63,2	66,9	74,3	2,6	3,5
HNO	29,2	31,3	33,4	35,4	37,5	41,7	1,0	2,4
Chirurgie	81,0	86,8	92,6	98,3	104,1	115,7	9,6	8,3
Allgemeinmedizin	37,4	40,1	42,7	45,4	48,1	53,4	10,9	20,4
Hautkrankheiten	47,7	51,2	54,6	58,0	61,4	68,2	1,5	2,2
Augenheilkunde	31,4	33,6	35,8	38,1	40,3	44,8	1,3	2,9

Man wird bei solchen Vergleichen natürlich immer in Rechnung stellen müssen, dass der Wandel im Morbiditätspektrum auch zu einer geänderten Nachfrage führt, in manchen Fällen ist mithin unter Umständen auch eine Verhältniszahl über 100 zur Deckung des künftigen Bedarfs notwendig. Die gilt umgekehrt auch für Werte unter 100. Ein Rückgang bei der Nachfrage bedarf dann keiner Konstanz oder gar Ausweitung des Angebots. Problematisch sind aber zumindest zwei Zahlen. Der mittelfristige Bedarf nach Pädiatern wird in Anbetracht des demographischen Wandels wohl nicht steigen, die aus den Ergebnissen ablesbare starke Nachfrage nach dieser Fachrichtung ist damit um einiges zu hoch. Hier ist ernsthaft darüber nachzudenken, ob und wie die Interessenten für die Pädiatrie in die fachlich ja durchaus verwandte Allgemeinmedizin umgeleitet werden könnten. Denn auf der anderen Seite reichen die aktuellen eindeutigen Präferenzen eben nach wie vor bei weitem nicht aus, um den Bestand bei den Allgemeinmedizinern zu halten. Zwar hat sich das Leistungsspektrum in der Pädiatrie inzwischen erweitert, was ebenfalls in der Bedarfsplanung weiterhin berücksichtigt werden muss (denn eine zusätzliche Unterversorgung in diesem Bereich hätte gravierende Folgen!), aber die von uns konstatierte Unterdeckung in den Bereichen Allgemeinmedizin, Chirurgie und Augenheilkunde bleibt weiterhin (hoch)problematisch. Die Allgemeinmedizin, die Chirurgie und die Augenheilkunde – und dies ist das eigentlich immer noch bedenkliche Ergebnis der Befragung – rangieren, gemessen am Bestand im Jahr 2009, immer noch ganz am Ende der Facharztweiterbildungen.

Versorgungsdefizite sind mithin nach wie vor absehbar, auch wenn sich, wie eben ausgeführt, zumindest bei der Allgemeinmedizin möglicherweise eine Trendwende abzeichnen könnte.

Hinsichtlich der in Kapitel 4.4 (Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit) vorgestellten Faktoren unterscheiden sich die Studenten mit verschiedenen Präferenzen für die spätere Facharztweiterbildung teilweise recht deutlich, so dass man hier durchaus auch von Fachprofilen sprechen könnte. Die Wichtigkeit der Faktoren Familie und Freizeit, Beruflicher Erfolg, Abwechslung im Beruf und Wissenschaftsorientierung ist nicht gleich verteilt, sondern

weist spezifische Muster auf. Für die an Allgemeinmedizin stark interessierten Studenten sind Familie und Freizeit sowie Abwechslung im Beruf wichtig, der Berufliche Erfolg ist dagegen von stark nachgeordneter Bedeutung. Dieser Aspekt ist dagegen für künftige Chirurgen von relativ deutlich größerer Wichtigkeit, während im Vergleich zu den an Allgemeinmedizin interessierten Studenten die Familienorientierung weniger stark ausgeprägt ist. Wir haben für alle Profile die jeweils signifikanten Abweichungen vom Populationsanteilswert (99 %-Konfidenzintervall) berechnet und in Tabelle 21 kenntlich gemacht. >>

TABELLE 21 / PRÄFERIERTE FACHARZTWEITERBILDUNG UND WICHTIGKEIT VON FAKTOREN ZU SPÄTERER BERUFSERWARTUNG – SINGLE CHOICE (ANGABEN IN PROZENT) *

	Familie, Freizeit	Team, Kollegen	Beruflicher Erfolg	Abwechslung im Beruf
Allgemeinmedizin	98,5 ↑	50,2 ↓	36,5 ↓	92,7 ↑
Anästhesiologie	79,0 ↑	73,1 ↑	60,6 ↑	46,5 ↓
Augenheilkunde	83,3 ↓	28,1 ↓	76,0 ↑	64,6 ↑
Chirurgie	57,6 ↓	54,7 ↑	82,1 ↑	51,3 ↓
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	94,1 ↑	45,7	51,4 ↓	81,6 ↑
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	83,3 ↓	46,4	76,2 ↑	67,9 ↓
Haut- und Geschlechtskrankheiten	91,7 ↑	26,5	69,7 ↑	70,5 ↑
Innere Medizin	84,4 ↑	57,7 ↑	64,3 ↑	77,4 ↑
Kinder- und Jugendmedizin	93,6 ↑	55,5 ↑	48,1 ↓	83,0 ↑
Neurologie	82,7 ↓	56,6 ↑	68,2 ↑	69,2 ↓
Öffentliches Gesundheitswesen	88,9 ↑	50,0 ↓	38,9 ↓	55,6 ↓
Orthopädie und Unfallchirurgie	64,4 ↓	56,2 ↑	71,7 ↑	58,7 ↓
Psychiatrie und Psychotherapie	96,0 ↑	48,5 ↓	46,5 ↓	78,2 ↑
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	98,6 ↑	59,2 ↑	46,5 ↓	85,9 ↑
Radiologie (zzgl. Nuklear-/Strahlenmedizin)	84,1 ↑	48,1 ↓	79,3 ↑	51,4 ↓
Urologie	80,2 ↓	45,0 ↓	75,7 ↑	71,2 ↑
(Fach-)Arzt ohne Patientenkontakt	71,7 ↓	42,8 ↓	57,8 ↓	34,9 ↓
Notfall- und Intensivmedizin (außerhalb D)	35,3 ↓	76,5 ↑	47,1 ↓	35,3 ↓
Gesamt	83,9 ↓	53,8 ↓	59,6 ↓	69,6 ↓
N	zwischen 7.849 und 7.853			

* Abweichungen vom Populationswert nach oben oder unten mit Pfeilen markiert; 99 %-Konfidenzintervall. Sig. < .001

Unabhängig von der Wahl des Fachgebietes sind für die künftigen Ärzte verschiedene Rahmenbedingungen während der Weiterbildung wichtig und teilweise sogar unverzichtbar (Frage 10). An vorderster Stelle rangiert dabei ein Mentor als fester Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung. Hierauf folgt der Wunsch nach begleitenden Angeboten durch eine medizinische Fakultät während der Weiterbildung

Eine Kinderbetreuung während der Weiterbildung stufen im Vergleich dazu etwas weniger Befragte als sehr wichtig oder wichtig ein, diese wird aber von mehr Personen nicht nur als wichtig, sondern auch als unverzichtbar eingestuft. Dies unterstreicht nochmals, dass gute Rahmenbedingungen für junge Familien ein Wettbewerbsvorteil bei der Rekrutierung von Weiterbildungsassistenten (und auch von Fachärzten) sind.

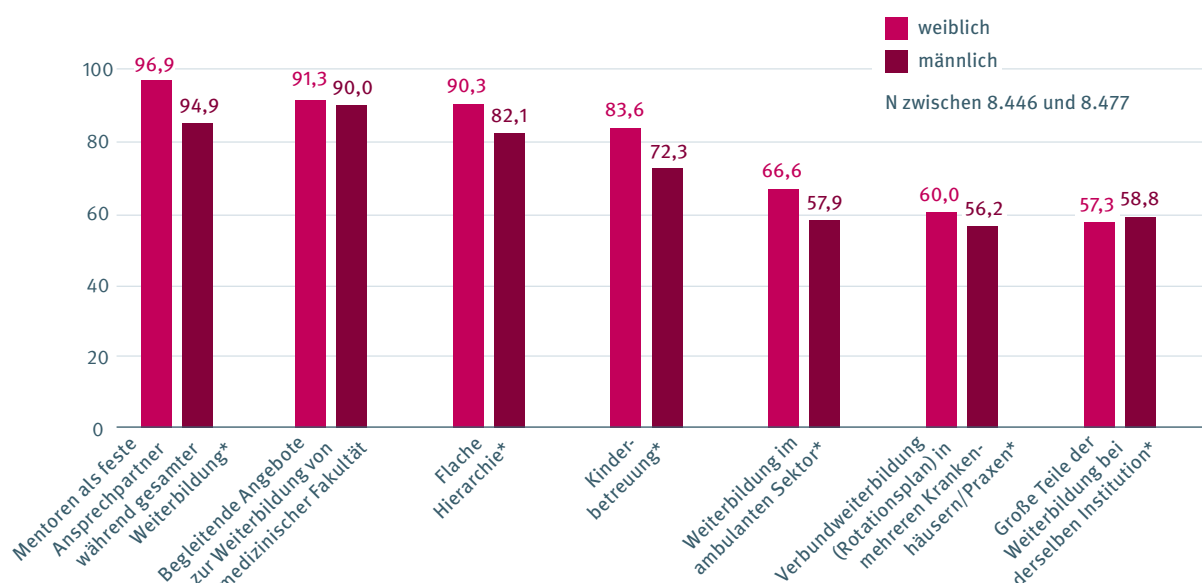
Im Durchschnitt sind den Befragten gut 5 der 7 genannten Rahmenbedingungen wichtig, sehr wichtig oder unverzichtbar. Dabei bestehen wiederum Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Insgesamt sind – abgesehen von dem Wunsch große Teile der Weiterbildung bei derselben Institution zu absolvieren – anteilig stets mehr Frauen als Männer an den jeweils genannten Rahmenbedingungen interessiert. Besonders auffällig ist, dass deutlich mehr Frauen als Männern eine Kinderbetreuung wichtig ist.

- ⁶⁴ Bundesärztekammer (2020): „Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020“, Online unter: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf, letzter Aufruf 09.03.2023.
- ⁶⁵ Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich um eine Modellrechnung und nicht um eine Prognose handelt.
- ⁶⁶ www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Tab03.pdf
- ⁶⁷ 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.

TABELLE 22 / RAHMENBEDINGUNGEN DER WEITERBILDUNG – SINGLE CHOICE (ANGABEN IN PROZENT)

	Unverzichtbar	Sehr wichtig / Wichtig	Weniger wichtig / Unwichtig
Mentoren als feste Ansprechpartner während gesamter Weiterbildung	41,0	55,3	3,7
Kinderbetreuung	26,7	53,3	20,1
Flache Hierarchie	22,3	65,4	12,3
Begleitende Angebote zur Weiterbildung von medizinischer Fakultät	17,9	73,0	9,1
Weiterbildung im ambulanten Sektor	13,0	50,9	36,1
Verbundweiterbildung (Rotationsplan) in mehreren Krankenhäusern/Praxen	4,4	54,3	41,3
Große Teile der Weiterbildung bei derselben Institution	3,5	54,2	42,3
N	zwischen 8.574 und 8.544		

ABBILDUNG 5 / RAHMENBEDINGUNGEN DER WEITERBILDUNG NACH GESCHLECHT – SINGLE CHOICE (ANGABEN IN PROZENT)



* Hochsignifikanter Unterschied

4.8 ARBEITGEBER UND NIEDERLASSUNG

Ärzte haben auf einem sich wandelnden Arbeitsmarkt nach wie vor eine Vielzahl von Optionen für ihre Berufstätigkeit. Die Attraktivität dieser Optionen für die Befragten ist allerdings recht unterschiedlich. Am beliebtesten ist eine Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus. Absolut unattraktiv ist dagegen eine Beschäftigung bei einer Krankenkasse (Frage 11). An diesen Präferenzen hat sich seit 2010 nichts geändert. Die künftigen Ärzte wollen später in der individuell-kurativen Medizin arbeiten – ambulant oder stationär, angestellt oder niedergelassen, andere Optionen sind demgegenüber von sehr nachgeordneter Bedeutung.

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

Der folgenden Tabelle lassen sich – wie schon in den Jahren 2010, 2014 und 2018 – verschiedene Trends entnehmen:

1. Die Studenten wollen – wie schon erwähnt – später als Ärzte in der Akutversorgung arbeiten, andere Optionen – etwa eine Arbeitsstelle in der Forschung oder auch beim ÖGD – sind deutlich weniger gefragt.

2. Eine angestellte Tätigkeit ist deutlich attraktiver als eine freiberufliche Tätigkeit, aber nur soweit diese – siehe Punkt 1 – in der Versorgung erfolgt. Fasst man die Optionen „Angestellter Arzt im Krankenhaus“, „Angestellter Arzt im MVZ“ und „Angestellter Arzt in der Praxis“ zusammen, dann ist eine Tätigkeit als angestellter Arzt bei mindestens einer dieser Institutionen im Jahr 2022 für 96 Prozent eine attraktive Option.

Eine Niederlassung als Haus- oder Facharzt ist dagegen nur für rund 74 Prozent denkbar. Eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (MVZ oder Praxis) ist für 77,4 Prozent eine Perspektive. Dabei hat seit 2010 vor allem die Attraktivität (oder vielleicht auch nur die Kenntnis, dass dies möglich ist und eine immer weiter verbreitete Option darstellt) der Anstellung in einer Praxis zugenommen.

3. Interessanterweise ist dagegen der ÖGD nach wie vor wenig attraktiv, obwohl man gerade hier geregelte und planbare Arbeitszeiten und Beschäftigungssicherheit bekommt, zumindest in größeren Ämtern im Team oder auch halbtags arbeiten kann und das Arbeitsfeld sehr vielfältig ist. Offenkundig hat der ÖGD immer noch ein recht nachhaltiges Image-Problem und wird

eher als Behörde oder als Verwaltungseinrichtung denn als Institution der wohnortnahen Gesundheitsversorgung angesehen. Immerhin aber hat sich die Attraktivität des ÖGD im Vergleich zu 2014 deutlich verbessert.

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

5. Eine Niederlassung als Facharzt ist nach wie vor deutlich attraktiver als die Niederlassung als Hausarzt. Immerhin hat aber analog zu dem gestiegenen grundsätzlichen Interesse an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin auch die Attraktivität einer Niederlassung als Hausarzt in den letzten Jahren zugenommen.⁶⁸

>>

TABELLE 23 / NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT
(ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022
Angestellte Tätigkeit im Krankenhaus	77,3	76,0	74,8	72,0
Fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	74,5	74,1	75,8	71,2
Angestellte Tätigkeit in Praxis	48,9	55,7	62,3	67,5
Angestellte Tätigkeit MVZ	55,6	52,8	64,5	65,7
Hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	38,0	37,3	42,5	42,6
Angestellte Tätigkeit in klinischer Forschung	23,6	22,2	23,3	28,9
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	18,9	16,2	23,0	20,0
Angestellte Tätigkeit in Forschung ohne Patientenkontakt	–	–	–	12,7
Angestellte Tätigkeit in Pharmaindustrie	12,5	9,6	11,0	11,0
Angestellte Tätigkeit bei Krankenkasse	5,5	4,3	5,1	4,7
Niederlassung generell	77,7	74,3	78,9	73,6
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt	92,9	89,3	95,8	96,0
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung	67,3	65,4	75,3	77,4
N	zwischen 10.854 und 11.555	zwischen 10.817 und 10.926	zwischen 13.032 und 13.086	zwischen 8.545 und 8.577

Zwischen Männern und Frauen gibt es unverändert nahezu durchgängig signifikante Unterschiede hinsichtlich der Attraktivität künftiger Tätigkeiten. Frauen ziehen nach wie vor häufiger als Männer eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung in Erwägung. Die generelle Bereitschaft zur Niederlassung (als Haus- oder Facharzt) ist bei beiden Geschlechtern gleich. Dies bedeutet, dass es ein deutlicheres weibliches Beschäftigungsprofil mit gewissermaßen typisch weiblichen Präferenzen gibt, die man auch klar benennen kann, nämlich eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (MVZ und/oder Praxis). Dagegen werden die meisten Tätigkeiten, die die Männer stärker interessieren, auch von vergleichsweise vielen Frauen nachgefragt – abgesehen von einer Tätigkeit in der Forschung oder der Pharmaindustrie, aber auch hier sind die Unterschiede nicht so groß wie bei einer angestellten Tätigkeit im ambulanten Sektor. Diese Daten entsprechen den Ergebnissen der Befragung angestellter Ärzte im ambulanten Sektor, die wir im Jahr 2017 durchgeführt haben. 62 Prozent der befragten Personen waren Frauen, die mehrheitlich in einer festen Partnerschaft leben und Kinder in einem noch betreuungsbedürftigen Alter haben. Die Teilzeitquote unter den Befragten lag wohl auch aus diesem Grund bei rund 50 Prozent.

Wie auch schon 2010, 2014 und 2018 zeigt sich: Im Studien- und Zeitverlauf gewinnen einige Optionen an Attraktivität, andere verlieren. Angestellte Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung werden beliebter – insbesondere die Arbeit in einem MVZ, die Forschung verliert dagegen weiterhin deutlich an Attraktivität und auch eine Niederlassung ist für Studenten im PJ insgesamt in der Tendenz weniger attraktiv als für Studienanfänger.

Vor allem hinsichtlich der steigenden Beliebtheit der Anstellung in einem MVZ, gibt folgender Kommentar einen Hinweis darauf, wie eine solche Entwicklung zustande kommen könnte:

.....
Viele ärztliche Kollegen, die nicht mehr im Krankenhaus arbeiten wollen, weil sie das Gefühl haben, dass sie dort nur ausgenutzt werden und nicht geschätzt werden, lassen sich am Ende in einem MVZ anstellen. Dabei würden Sie sich entweder gerne niederlassen oder bei einem niedergelassenen, selbstständigen Arzt arbeiten. Allerdings sprechen gegen Ersteres diverse Steine, die einem in den Weg gelegt werden und auch die Führung einer eigenen Praxis unfassbar anstrengend machen. Gegen Zweiteres spricht, dass die MVZs oft mehr Gehalt

bieten können. Außerdem finden niedergelassene Ärzte oft keine Kollegen mehr, die die Praxis übernehmen wollen und am Ende wird der Sitz wieder von einem MVZ aufgekauft. Durch die Ausbreitung der MVZs und der (erschaffenen) Unattraktivität der Selbstständigkeit gehen kleinere Praxen immer mehr verloren. Das ist eine sehr unschöne Entwicklung, da die MVZs meiner Meinung nach eher wirtschaftlicher orientiert sind als eine normale Praxis. Allerdings muss ich sagen, dass ich als Patient immer eine normale Praxis einem MVZ gegenüber vorziehen würde, da mir eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung wichtig ist. Meine Mutter ist Ärztin, meine Schwester auch. Ich sehe die Arbeitsbelastung, auf die ich mich eingelassen habe hautnah. Es ist wirklich schade,
 >>

TABELLE 24 / NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	Weiblich	Männlich
Hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	42,5	42,9
Fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis*	70,2	73,5
Angestellte Tätigkeit im Krankenhaus*	70,8	74,9
Angestellte Tätigkeit in Praxis*	74,3	52,7
Angestellte Tätigkeit MVZ*	70,7	55,3
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst*	21,5	16,1
Angestellte Tätigkeit in klinischer Forschung*	26,8	32,8
Angestellte Tätigkeit in Forschung ohne Patientenkontakt*	11,5	14,8
Angestellte Tätigkeit in Pharmaindustrie*	7,9	17,5
Angestellte Tätigkeit bei Krankenkasse	4,5	4,8
Niederlassung generell*	72,6	76,2
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt*	97,4	93,1
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung*	83,0	65,4
N	zwischen 8.422 und 8.480	

* Hochsignifikanter Unterschied

dass ein Beruf der sich daran orientiert, die Gesundheit anderer Leute zu verbessern, die eigene Gesundheit komplett außen vorlässt. Die Arbeitsbelastung für Assistenzärzte (v. A. auch in Anbetracht der Vergütung) ist unverschämt und ich kenne einige Personen, bei denen aufgrund des Arztberufs persönliche Beziehungen in die Brüche gegangen sind. Meine Schwester ist in ihrem dritten Assistenzarztjahr (Innere Medizin) und ist 27. In den 3 Jahren ist sie aber gefühlt 10 Jahre gealtert. Das sollte so nicht weitergehen und bei den Bedingungen muss man sich nicht wundern, dass viele Ärzte nicht mehr in Deutschland arbeiten wollen weil Ihre Arbeit nicht entsprechend vergütet wird. ... Wenn es mir möglich ist, werde ich auch nicht in Deutschland bleiben oder mir ein zweites Standbein außerhalb der Medizin aufbauen. Ärzte in Deutschland arbeiten nicht nur um zu leben, sondern sie leben auch um 24/7 zu arbeiten.

.....

Einige der genannten Probleme werden im folgenden Kapitel näher betrachtet. Denn vor allem vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft stellt ein Rückgang an niedergelassenem medizinischen Fachpersonal ein zunehmendes Problem dar.

⁶⁸ 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.

TABELLE 25 / NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	Vorklinik	Klinik	PJ	
Angestellte Tätigkeit im Krankenhaus	76,0	78,4	76,9	< 2010
	75,2	76,5	76,7	< 2014
	75,0	74,3	74,7	< 2018
	72,8	71,2	72,6	< 2022
Fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	75,0	73,8	72,5	
	76,8	73,3	69,3	
	77,6	75,9	73,8	
	70,9	72,2	68,9	
Angestellte Tätigkeit MVZ*	48,0	59,2	61,2	
	44,5	56,4	61,2	
	58,1	66,8	71,4	
	58,0	69,4	68,0	
Angestellte Tätigkeit in Praxis*	44,7	50,0	51,8	
	60,0	57,6	60,6	
	58,1	63,3	68,7	
	62,4	69,5	69,9	
Hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	41,2	37,2	34,9	
	39,6	37,3	30,8	
	43,1	42,4	43,6	
	42,1	43,1	42,3	
Angestellte Tätigkeit in Forschung*	29,8	19,8	22,1	
	28,2	19,7	16,1	
	30,2	20,6	17,0	
	35,9	26,3	24,9	
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	21,1	17,6	18,5	
	18,5	15,1	14,2	
	26,6	20,1	24,2	
	21,1	18,6	21,1	
Angestellte Tätigkeit in Pharmaindustrie	14,5	11,2	13,1	
	11,0	9,1	7,7	
	12,7	10,0	10,3	
	9,9	11,1	12,1	
Angestellte Tätigkeit bei Krankenkasse*	5,6	5,2	6,6	
	4,5	4,1	4,1	
	4,5	4,8	6,7	
	3,6	4,4	6,8	
Angestellte Tätigkeit in Forschung ohne Patientenkontakt*	15,0	11,7	11,5	
Niederlassung generell	78,4	77,0	75,8	
	77,6	75,9	71,3	
	80,4	79,3	78,5	
	72,9	74,5	72,3	
Angestellte Tätigkeit in Versorgung insgesamt	91,4	93,4	93,4	
	90,0	91,9	91,7	
	95,3	95,7	96,2	
	95,3	96,1	96,6	
Angestellte Tätigkeit in ambulanter Versorgung*	62,3	69,3	69,7	
	62,6	69,0	69,7	
	73,4	76,2	78,9	
	74,3	79,3	77,3	
N	2010 zwischen 10.587 und 11.635 2014 zwischen 10.817 und 10.926 2018 zwischen 12.995 und 13.050 2022 zwischen 8.522 und 8.552			

* Hochsignifikanter Unterschied

4.9 NIEDERLASSUNG: POTENTIAL UND NIEDERLASSUNGSBREMSEN

Wie eben gezeigt, ist die generelle Bereitschaft zur Niederlassung seit 2010 nicht gestiegen, aber immerhin hat die Option zu einer Niederlassung als Hausarzt leicht an Attraktivität gewonnen. Demgegenüber ist das Interesse an einer angestellten Tätigkeit im ambulanten Sektor gewachsen. Wir haben die Studenten, die entsprechende Vorstellungen geäußert haben, einen Niederlassungswunsch bei Frage 11 aber nicht angegeben haben, deshalb zusätzlich gefragt, ob sie dann dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten wollen oder ob nach einer gewissen Einarbeitungszeit in der ambulanten Versorgung auch eine Niederlassung für sie in Betracht kommt (Frage 11a).

32 Prozent möchten dauerhaft als angestellte Ärzte arbeiten, für etwa 27 Prozent ist die Niederlassung eine Option und knapp 41 Prozent wissen das noch nicht.

Das Potential für eine Niederlassung liegt damit mindestens bei 76 Prozent, rechnet man die noch Unentschlossenen mit ein, sind es sogar 83 Prozent.

Wir haben in den Folgefragen (11b und 11c) diese Personen gefragt, in welcher Praxisform sie sich (ggfs.) niederlassen würden und wie wichtig verschiedene Unterstützungsangebote wären. Beide Fragen haben wir auch schon im Jahr 2010 und 2018 gestellt.

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

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

Interesse an einer Niederlassung bedeutet nicht zwingend, dass man sich später tatsächlich auch niederlässt. Wie auch in den letzten Wellen der Medizinstudierendenbefragung haben wir nach Gründen gefragt, die gegen eine Niederlassung sprechen. Bei diesen Gründen gibt es unverändert eine deutliche Streuung und zwar sowohl hinsichtlich der Nennungen überhaupt als auch hinsichtlich des individuellen Stellenwerts (Frage 12). Mehrheitlich besteht die Sorge, dass eine Niederlassung ein hohes finanzielles Risiko impliziert, dass man nicht eingehen will. Dies war zu erwarten und reflektiert eine allgemeine Erfahrung und Einschätzung. Dies mag auch für den Faktor „Bürokratie und medizinfremde >>

ABBILDUNG 6 / PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

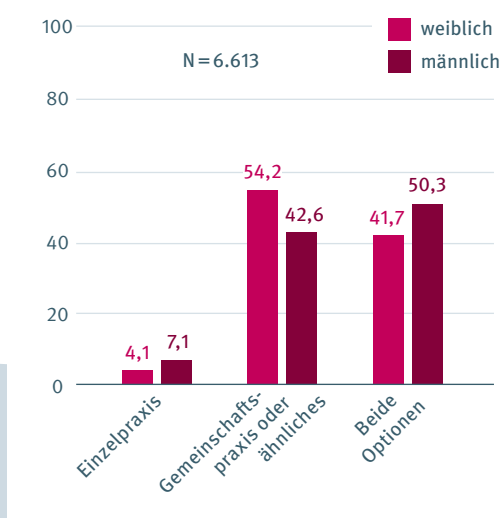


TABELLE 26 / PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2018	2022
Einzelpraxis	4,1	4,7	5,0
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	39,9	50,6	50,5
Beide Optionen	56,3	44,7	44,5
N	8.813	10.133	6.681

TABELLE 27 / PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	Vorklinik	Klinik	PJ
Einzelpraxis	6,8	4,9	2,8
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	40,9	53,1	57,6
Beide Optionen	52,3	42,0	39,5
N	6.660		

Sig. <.001, V = .094

Tätigkeiten“ gelten (insbesondere, wenn die Befragten niedergelassene Ärzte in der Familie haben). Dieser Faktor rangierte 2010 noch auf Platz 2 und nimmt seit 2018 die Spitzenposition bei den Niederlassungsbremsen ein. Dieser Aspekt wurde auch bei den offenen Fragen sehr häufig genannt, was dessen zentrale Bedeutung unterstreicht.

Finanzieller Aspekt spielt große Rolle, nicht einfach entscheiden zu können, dass man alle Untersuchungen machen kann, da teuer. Dieses nach Profit Arbeiten gefällt mir nicht.

Scheinselbstständigkeit durch Budgetierung. Ein ganz, ganz schlechter Witz.

Fehlende Kassensitze in attraktiven Fachgebieten (z. B. Augenheilkunde), fehlende Gestaltungsfreiheit durch rechtliche Vorgaben, Unsicherheit bei Arbeitsbedingungen und Gehalt durch sich ständig ändernde Gesetze und neue Forderungen von Seiten der Politik.

Spielball der Gesellschaft als Auffangbecken für alle möglichen Arten von Beschwerden, auch nicht-medizinischen, die von anderen eigentlich zuständigen Institutionen nicht mehr getragen werden.

Niederlassungssperren durch die Bedarfsplanung, die uns Jungmediziner in unattraktive Regionen zwingen soll. De facto besteht derzeit ein Berufsverbot in allen größeren Städten, wenn man denn seine eigene Praxis eröffnen will.

Niederlassung ist meiner Meinung nach aufgrund der viel zu großen bürokratischen Hürden im Unterhalt einer Praxis unattraktiv.

Das Risiko einer hausärztlichen Niederlassung in kleinen Gemeinden ist finanziell nicht erstrebenswert. Das Risiko von Regressforderungen bei einer älteren und kranken Bevölkerung ist viel zu hoch. Wenn die Gemeinden selbst einen Arzt anstellen und das unternehmerische Risiko übernehmen, dann könnte ich mir eine hausärztliche Versorgung auf dem Lande vorstellen.

Eine eigene Praxis zu eröffnen wirkt für mich wie ein bürokratischer Albtraum und bedeutet viel mehr Büroarbeit im Krankenhaus, was ich sehr schade finde.

Der Arztberuf wird leider immer bürokratischer und patientenfremder mit extremen Arbeitszeiten.

Ich würde mir mehr Chancen für die Niederlassung wünschen. In meiner Wahlheimat gibt es leider trotz deutlichem Versorgungsengpass keine freien KV-Sitze (Pädiatrie im Umland einer mittelgroßen Stadt). Die niedergelassenen Kollegen beklagen das enorme Patientenaufkommen, das kaum schaffbar ist. Und die KV behauptet weiterhin es gäbe doch genug Kassenpraxen. Ich als Jungmedizinerin mit Wunsch nach Niederlassung fühle mich hier allein gelassen.

Die Niederlassung in einer haus-/fachärztlichen Einzelpraxis wäre grundsätzlich erstrebenswert, jedoch sind die bürokratischen und finanziellen Hürden (vgl. Einführung elektronische Patientenakte, seit Jahren gleiche kassenärztliche Vergütung) so hoch, dass sie diese eigentlich schöne Option der Berufsausübung unattraktiv machen.

Daneben ist die Tatsache, dass statistische Wirtschaftlichkeitsprüfungen unverändert durchgeführt werden und in Regressen münden können, immer noch einer der Hauptgründe, von einer Niederlassung Abstand zu nehmen – auch wenn Regresse faktisch nur selten realisiert werden. Deren bloße Existenz wirkt sich massiv nachteilig aus und ihre Abschaffung – wie erst am 11.2.2019 wieder von der KV Niedersachsen gefordert –,⁶⁹ dürfte sich insgesamt sehr förderlich auf die Niederlassungsbereitschaft künftiger Ärzte auswirken.⁷⁰

Neben der relativ gesehen noch stärkeren Bedeutung drohender Regresse als Niederlassungshemmnis haben sich im Vergleich zu 2010 einige weitere Verschiebungen ergeben. Ein als zu gering angesehenes Einkommen ist nur noch für knapp 28 Prozent ein Hindernis, demgegenüber hat aber ein befürchteter geringer fachlicher Austausch mit Kollegen deutlich an Bedeutung gewonnen. Unverändert spielen Fragen wie die möglicherweise schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wenig Freizeit oder Notdienste am Wochenende nur eine sehr nachgeordnete Rolle, obwohl Zeitsouveränität, geregelte Arbeitszeiten und Zeit für die Familie für die künftige Medizinergeneration grundsätzlich von sehr großer Bedeutung sind. Offenkundig verbindet sich mit der freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassener Arzt, ebendies – da man sein eigener Chef ist – frei und ohne äußere Zwänge regeln zu können.

>>

Man könnte mithin im Umkehrschluss sogar davon ausgehen, dass solche Aspekte die Entscheidung zu einer Niederlassung positiv beeinflussen – sofern diese Annahme großer Zeitsouveränität denn tatsächlich realistisch ist, woran durchaus Zweifel angebracht sind, wenn man bedenkt, wie der Arbeitsalltag eines niedergelassenen Arztes in einer Vollzeitpraxis gegenwärtig aussieht. Die Festlegung auf einen Praxisstandort – ein Aspekt, den wir 2010 nicht angesprochen hatten –, ist lediglich für ein knappes Fünftel ein Grund, sich nicht niederzulassen. Diese Zahl bleibt auch im Vergleich zu 2018 nahezu unverändert.

Zwischen Frauen und Männern bestehen bei diesen Fragen nur wenige Unterschiede. Frauen nennen deutlich häufiger als Männer das hohe finanzielle Risiko (59,0 % vs. 43,4 %), ansonsten aber sind sich die Geschlechter in ihren Antworten sehr ähnlich. Dies gilt insbesondere für die Nennung drohender Regresse als Niederlassungshemmnis (41,6 % und 35,8 %) und ein befürchtetes hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie (66,2 % und 54,7 %). Auch im Studienverlauf bestehen relativ wenige eindeutige Unterschiede zwischen Befragten in Vorklinik, Klinik und PJ – mit drei Ausnahmen:

Die Befürchtung, dass man bei einer Niederlassung nur noch ein enges Behandlungsspektrum hat und Diagnose und Therapie zu wenig herausfordernder Routine werden, sinkt im Vergleich zu 2018 nicht mehr. Während in der Vorklinik 53,1 Prozent entsprechende Sorgen haben, sind dies in der Klinik nur noch 63,1 Prozent und im PJ 63,4 Prozent. Umgekehrt gewinnen Bedenken wegen drohender Regresse deutlich an Bedeutung. In der Vorklinik haben 53,1 Prozent Regresse als Niederlassungsbremse genannt, in der Klinik 63,1 Prozent und im PJ 63,4 Prozent. Die Befürchtungen, man habe es bei einer Niederlassung mit einem hohen Maß an medizinfrem-

den Tätigkeiten und Bürokratie zu tun, bleiben jedoch auf einem gleichbleibenden Niveau – von in der Vorklinik über 33,9 Prozent auf 34,9 Prozent im PJ. Hier wird nochmals deutlich, dass die bestehenden bürokratischen Regelungen und Vorgaben im GKV-System einer nachhaltigen Sicherstellung im ambulanten Sektor nicht förderlich sind und einer Reform bedürfen. Dabei müssen insbesondere – um es noch einmal zu betonen – Regresse in ihrer derzeitigen Form abgeschafft werden. Wir zitieren hier abschließend nochmals einen

Kommentar aus dem Jahr 2014, der die bisherigen Ausführungen exemplarisch auf den Punkt bringt:

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

>>

TABELLE 28 / FAKTOREN, DIE GEGEN EINE NIEDERLASSUNG SPRECHEN
(ANGABEN IN PROZENT)

	Prozent der Fälle	Prozent der Antworten	
Hohes finanzielles Risiko	62,7	–	< 2010
	57,4	–	< 2018
	52,6	11,0	< 2022
Hoher Kaufpreis für Praxis	48,7	–	
	43,9	–	
	49,1	9,9	
Geringes Einkommen/ unangemessene Honorierung	53,4	–	
	33,7	–	
	27,5	5,6	
Drohende Regressforderung durch Krankenkasse	49,9	–	
	46,7	–	
	42,4	8,5	
Hohe Arbeitsbelastung	37,4	–	
	37,0	–	
	43,5	8,8	
Wenig Freizeit	23,2	–	
	26,6	–	
	31,0	6,3	
Medizinfremde Tätigkeit und Bürokratie	57,8	–	
	62,3	–	
	65,5	13,2	
Notdienst am Wochenende	11,3	–	
	10,5	–	
	10,8	2,2	
Geringer fachlicher Austausch	35,8	–	
	46,4	–	
	45,3	9,1	
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	25,6	–	
	20,0	–	
	19,3	3,9	
Enges Behandlungsspektrum, Gefahr der Routinisierung von Diagnose und Therapie	36,2	–	
	40,6	–	
	40,5	8,2	
Festlegung auf Praxisstandort	–	–	
	19,0	–	
	19,1	3,8	
Rechtsunsicherheit bei Behandlung von Patienten	25,4	–	
	26,8	–	
	29,4	5,9	
Schlechte Vereinbarkeit Familie und Beruf	23,1	–	
	16,6	–	
	17,8	3,6	
N	2010 zwischen 10.453 und 11.095 2018 zwischen 12.413 und 12.789 2022 = 8.488		

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

Aus diesen Gründen, die gegen eine Niederlassung sprechen, sollte mithin endlich ein Maßnahmenkatalog abgeleitet werden, der die größten Hemmnisse beseitigt, reformiert oder auch mit falschen Vorstellungen aufräumt. Zu den Themen Bürokratie, Budgetierung und Wirtschaftlichkeitsprüfung haben wir bereits Stellung genommen, Reformen sind hier überfällig. Das Thema Einkommen spielte 2010 eine größere Rolle als 2018 und 2022. Dieser Bedeutungsrückgang ist möglicherweise auch dem Umstand geschuldet, dass sich herumgesprochen hat, dass die Verdienstmöglichkeiten im ambulanten Sektor nicht ganz schlecht sind. Es ist zu empfehlen, dass die KVen hier weitere Aufklärungsarbeit leisten. Zudem sollten ökonomische Aspekte (i.w.S.) der ärztlichen Tätigkeit und Versorgung (im ambulan-

ten wie stationären Sektor) bereits im Studium behandelt werden (dazu zählen nicht nur Einkommenschancen, sondern zum Beispiel auch Fragen der Praxis-, Betriebs- und Personalführung oder der Funktionsweise unseres Gesundheitssystems). Auch über die tatsächlichen finanziellen Risiken und Belastungen bei einer Niederlassung und die Finanzierungsmöglichkeiten sollte frühzeitig und flächendeckend besser informiert werden als bisher. Auch hier bietet es sich an, dass dies zum einen von den KVen übernommen wird und zum anderen ebenfalls bereits im Studium oder spätestens während der Weiterbildung angesprochen wird.

Wir haben darüber hinaus wie auch 2010 und 2018 explizit nach der Wichtigkeit verschiedener Unterstützungsangebote bei einer möglichen Niederlassung gefragt (Frage 11c). Im Vergleich zu 2010 haben viele potentielle Unterstützungsangebote nochmals an Bedeutung gewonnen, so dass wir in vielen Fällen faktisch nahezu Konstanten mit annähernd 100 % Zustimmung abgefragt haben (wenn man die Ratings für „sehr wichtig“ und „wichtig“ addiert).

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

>>

TABELLE 29 / WICHTIGE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BEI EINER NIEDERLASSUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2018	2022
Rechtsberatung (Arbeitsrecht, Haftungsrecht, ...)	88,9	96,7	97,4
Beratung bei Verwaltung und Abrechnung	90,7	96,3	97,4
Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis	91,9	96,1	97,1
Finanzierungskonzepte (z.B. Ausfallbürgschaften gegenüber Banken)	88,3	95,6	96,1
Finanzielle Anreize für eine Niederlassung (z.B. Subventionen bei der Anschaffung von medizinischen Geräten)	90,7	96,3	91,7
Analyse potentieller Standorte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (z.B. Patientennachfrage)	84,0	86,4	85,4
Finanzielle Besserstellung für Praxen in wirtschaftlich unattraktiven Versorgungsgebieten (z.B. auf dem Land oder in sozialen Brennpunkten)	83,6	84,5	85,0
Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in ländlichen Regionen (Arbeitsplatzangebote für den Partner, Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, ausreichend schulisches Angebot)	82,0	78,9	77,4
N	zwischen 10.100 und 10.123	zwischen 12.619 und 12.742	zwischen 6.638 und 6.647

Wir haben die Einzelfragen aus Frage 11c ebenfalls mit Hilfe einer Hauptkomponentenanalyse analysiert und verdichtet. Die genannten Unterstützungsangebote sind mithin Indikatoren für drei grundlegende Themenkomplexe oder Faktoren, die bei einer Niederlassung wichtig sein können, nämlich für Finanzierung und Einkommen, Recht und Verwaltung sowie Niederlassung auf dem Land. Die Faktorenstruktur aus dem Jahr 2010 konnte eindeutig (wenn auch mit etwas anderen Faktorladungen) repliziert werden, so dass die Daten aus 2010, 2018 und 2022 gut vergleichbar sind.

Auch hier wurden die Codewerte der Fragen (1 = „sehr wichtig“ bis 4 = „unwichtig“), die zu einem Faktor gehören, für die weitere Auswertung addiert, durch die Zahl der Items geteilt und gerundet. Die so erzeugten Skalenwerte haben damit die gleiche Skalierung wie die sie konstituierenden Items und bilden als verdichtete Information die jeweilige Bewertung der Studenten besser ab als Einzelmessungen. Die Analyse zeigt nochmals sehr deutlich, dass Rechtsberatung, Unterstützung bei der Praxisverwaltung, Hilfe bei der Finanzierung sowie die Reduktion bürokratischer Hürden faktisch für alle niederlassungswilligen künftigen Mediziner sehr hohe Relevanz haben. Hilfen bei der Niederlassung auf dem Land beziehungsweise in wirtschaftlich unattraktiveren Gebieten haben aber im Vergleich zu 2010 in der Welle 2018 deutlich an Bedeutung gewonnen. 2022 kam es jedoch zu einem erneuten Rückgang des Interesses.

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

⁶⁹ www.aerzteblatt.de/nachrichten/swRegress?nid=101041

⁷⁰ Bei den angestellten Ärzten im ambulanten Sektor sind wirtschaftliche Zwänge, zu viel Bürokratie, hohe Investitionsrisiken und drohende Regresse ebenfalls die Hauptgründe, die gegen eine Niederlassung sprechen.

**TABELLE 30 / UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BEI NIEDERLASSUNG
– FAKTOREN UND FAKTORENLOADUNG**

	Finanzierung / Einkommen	Recht / Verwaltung	Niederlassung auf dem Land
Analyse potentieller Standorte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit	,804		
Finanzielle Anreize für eine Niederlassung	,706		
Finanzierungskonzepte	,623		
Rechtsberatung		,758	
Beratung bei Verwaltung und Abrechnung		,663	
Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis		,663	
Finanzielle Besserstellung für Praxen in wirtschaftlich unattrak- tiven Versorgungsgebieten			,828
Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in ländlichen Regionen			,787
Eigenwerte	2,1	1,2	1,5

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .676, Sig. Bartlett: .000, erklärte Varianz 56,31 %

**TABELLE 31 / UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BEI NIEDERLASSUNG
– FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT)**

	Finanzierung / Einkommen	Recht / Verwaltung	Niederlassung auf dem Land	
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	75,7 95,1 91,0	95,5 97,8 97,3	79,4 90,7 81,2	< 2010 < 2018 < 2022
Sehr wichtig	33,0 39,4 44,7	42,7 57,1 63,8	29,9 51,1 43,4	
Wichtig	42,7 55,7 46,3	52,8 40,7 33,5	49,5 39,6 37,8	
Weniger wichtig	6,2 4,6 8,4	4,4 2,1 2,6	18,9 8,3 15,7	
Unwichtig	0,1 0,3 0,6	0,1 0,1 0,1	1,6 1,0 3,2	
N	2010 zwischen 10.100 und 10.123 2018 zwischen 12.619 und 12.742 2022 zwischen 6.646 und 6.655			

4.10 TÄTIGKEIT IM KRANKENHAUS

Eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus ist – seit 2010 relativ konstant – für etwa drei Viertel der angehenden Ärzte attraktiv – und für alle zumindest zeitweise unausweichlich, sofern sie ihre Ausbildung als Arzt abschließen wollen. Studenten im PJ haben mit dieser Form der ärztlichen Tätigkeit auch schon erste Erfahrungen gemacht und alle dürften – nicht zuletzt aufgrund der Unvermeidbarkeit einer Arbeit in der Klinik – auch konkrete Vorstellungen von dieser Tätigkeit entwickelt haben. Entsprechend gibt es auch hier Gründe, die gegen eine (dauerhafte) Anstellung in einem Krankenhaus sprechen (Frage 13)⁷¹ – und sich doch deutlich von den Gründen gegen eine Niederlassung unterscheiden. Das Krankenhaus gilt offenbar stärker noch als 2010 als ein Ort hoher Arbeitsverdichtung, langer Dienstzeiten bei dennoch wenig Zeit für die eigentliche Arbeit am Patienten, die zudem durch einen starken ökonomischen Druck charakterisiert ist und als (nach wie vor) geprägt durch starre Hierarchien und eine autoritäre Führungskultur. Wiederum wird deutlich, welch hohen Stellenwert Familie, Privatleben und Freizeit haben, denn gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus sprechen nach dem Urteil der Studenten vor allem die hohe Arbeitsbelastung (mit vielen Diensten zu ungünstigen Arbeitszeiten) und die daraus resultierende schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die Kommentare zum Thema Krankenhaus als Arbeitgeber illustrieren dies überaus deutlich:

*Die Arbeitsbelastung ist sowohl in Praxen wie auch im Krankenhaus so enorm, dass Menschen kaputt gearbeitet werden und anfangen, Patient*innen zu hassen. Daraus resultiert eine schlechtere, ungenauere Versorgung. Benötigte Zeit für Gespräche kann nicht stattfinden, da es zu viel Arbeit zu tun gibt. Zudem beeinträchtigt der wirtschaftliche Aspekt die Behandlung. Die Patient*innen sind unzufrieden mit der Versorgung, die Pflege kann nicht mehr Betreuung leisten und die Ärzt*innen hängen 14h am Tag im Krankenhaus, lassen Ausgleichstage nach 24h Diensten ausfallen, da zu viel zu tun ist und insgesamt betrachtet hält es das System so nicht mehr lange aus.*

Ich würde mir wünschen, dass die Digitalisierung der Medizin einen viel größeren Anteil im Medizinstudium hat. Die Art zu behandeln wird sich durch Telemedizin & KI im Grundsatz ändern, genauso wie das Bild der ÄrztInnen. Diese Kompetenz und vor allem die Möglichkeiten für MedizinerInnen sollten fester Bestandteil der Ausbildung sein. Genauso wie Betriebswirtschaftliche Grundlagen und Aufklärung über Rechtslagen zu Arbeitsschutz in Krankenhäusern. Zudem würde ich es begrüßen, wenn deutsche Krankenhäuser endlich einen Weg finden, die starren Hierarchien im Krankenhaus abzubauen und sich ein Beispiel an der Unternehmensführung/Personalführung der Wirtschaft nehmen, die viel mehr auf die Bedürfnisse ihrer Arbeitnehmer eingehen, wie zum Beispiel: Vereinbarkeit von Familie & Beruf, Benefits, Auslandsaufenthalte etc. So viele junge AssistenzärztInnen sind unglücklich mit ihrem Job und wechseln in die Wirtschaft, was den Fachkräften Mangel zusätzlich zuspitzt. Man sollte Wege finden, für die Berufseinsteiger zufriedenstellende und moderne Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Ich möchte nicht so viele Überstunden im Krankenhaus machen müssen, wie es allgemein bekannt ist. Ich möchte, dass Arbeitszeiten stärker eingehalten werden, dies lässt sich organisieren, zum Beispiel indem Pflegekräfte manuelle Tätigkeiten, wie Blutentnahmen übernehmen.

Ich wünsche mir humane Arbeitsbedingungen. Keine 30 bis 40 Überstunden, keine UNBEZAHLTEN Überstunden, Freizeitausgleich (der tatsächlich auch stattfindet). Dies ist nur durch ausreichende Fachkräfte möglich. Da aber viele Ärzte vernünftigerweise aus Deutschland emigrieren, müssen Anreize geschaffen werden, die Fachkräfte hierzubehalten. Da sich die Arbeitsbedingungen so schnell erstmal nicht ändern werden, müssen massive finanzielle Anreize erfolgen. Dass ein 80h arbeitender Facharzt im Krankenhaus für einen Hungerlohn arbeitet, wenn man das auf die Stunden runterrechnet, dabei noch so viel Verantwortung trägt und privat alles aufopfert für die Arbeit, ist ein Ding der Unmöglichkeit.

Einen Arbeitsplatz zu finden, an dem man wertgeschätzt wird, ist für mich sehr wichtig. Auch als Famulant oder PJler sollte man sich im Krankenhaus einigermaßen wohlfühlen und willkommen fühlen, sollte das nicht so sein wird die Entscheidung einer späteren beruflichen Tätigkeit wohl nicht auf jene Kliniken fallen.

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind leider katastrophal. Corona hat daran leider nichts verändert. Ich blicke meiner Zukunft als Arzt negativ entgegen und überlege in anderen Bereichen zu arbeiten. Es kann einfach nicht sein, dass ich in fast jedem anderen studierten Beruf gleich viel oder mehr Geld verdienen kann bei geringerer Verantwortung und Wochenarbeitszeit.

Bevor ich im Krankenhaus als Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig war, war der Arztberuf für mich attraktiver. Besonders abschreckend waren für mich die Arbeitsbedingungen und Hierarchien. Ich studiere sehr gerne Humanmedizin und habe daran sehr viel Spaß, das spätere Berufsleben ist jedoch mit viel Angst verbunden.

Ich würde mir wünschen, dass die ganzen Entwicklungen, die es in anderen Bereichen gibt mit verschiedenen Beschäftigungsverhältnissen und Arbeitszeiten genauso im Krankenhausalltag stattfinden. Es sollten sich unbedingt die Arbeitsbedingungen ändern, sonst steht uns ein immer größer werdendes Problem gegenüber, dass immer mehr studierte Mediziner etwas Anderes machen werden.

>>

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

>>

TABELLE 32 / GRÜNDE GEGEN EINE ANSTELLUNG IM KRANKENHAUS
(ANGABEN IN PROZENT)

	Prozent der Fälle	Prozent der Antworten	
Starre Hierarchien	53,2 57,7 63,0	– – 8,9	◀ 2010 ◀ 2018 ◀ 2022
Autoritäre Führungskultur	– 53,7 62,9	– – 8,8	
Geringes Einkommen	43,7 22,7 24,1	– – 3,4	
Hohe Arbeitsbelastung	63,1 78,2 84,4	– – 11,9	
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten	19,2 9,6 11,9	– – 1,7	
Wenig Freizeit	47,1 61,3 69,4	– – 9,8	
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie	33,9 15,9 18,3	– – 2,6	
Bereitschafts- und Nachtdienste	43,5 53,7 57,1	– – 8,0	
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten	55,1 61,2 62,8	– – 8,8	
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten	– 67,9 70,7	– – 9,9	
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	– 1,0 1,8	– – 0,3	
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	– 9,6 12,0	– – 1,7	
Mangel an ärztlichen Kollegen	– 28,9 36,5	– – 5,1	
Mangel an Pflegekräften	– 58,5 62,1	– – 8,7	
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	– 6,6 9,2	– – 1,3	
Schlechte Vereinbarkeit Familie und Beruf	60,5 63,3 65,0	– – 9,1	
N	2010: 10.668 2018: zwischen 12.619 und 12.742 2022: 8.542		

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

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

Ein Vergleich der Vorstellungen von Studenten verschiedener Studienabschnitte zeigt ebenfalls größtenteils signifikante

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

>>

TABELLE 33 / GRÜNDE GEGEN EINE ANSTELLUNG IM KRANKENHAUS NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	Weiblich	Männlich
Starre Hierarchien*	65,2	57,1
Autoritäre Führungskultur	63,5	60,2
Geringes Einkommen*	19,2	34,7
Hohe Arbeitsbelastung*	85,1	81,9
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten*	10,1	15,5
Wenig Freizeit	69,7	67,5
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie*	15,5	23,6
Bereitschafts- und Nachtdienste*	59,0	52,1
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten*	66,3	54,1
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten*	71,5	67,4
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	1,6	2,2
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	11,8	12,1
Mangel an ärztlichen Kollegen*	37,7	33,2
Mangel an Pflegekräften*	63,8	57,7
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten*	9,9	7,4
Schlechte Vereinbarkeit Familie und Beruf*	67,3	59,2
N	8.492	

* Hochsignifikanter Unterschied

TABELLE 34 / GRÜNDE GEGEN EINE ANSTELLUNG IM KRANKENHAUS NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	Vorklinik	Klinik	PJ
Starre Hierarchien*	59,5	64,6	62,8
Autoritäre Führungskultur*	57,0	65,2	64,0
Geringes Einkommen	24,8	24,3	21,8
Hohe Arbeitsbelastung*	80,5	85,9	84,0
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten	11,9	12,0	11,4
Wenig Freizeit*	63,4	71,6	70,4
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie*	13,7	19,2	22,2
Bereitschafts- und Nachtdienste*	46,3	60,5	62,6
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten*	65,1	62,7	58,0
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten	70,8	71,2	67,5
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	2,3	1,5	1,7
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	13,5	11,7	10,0
Mangel an ärztlichen Kollegen*	30,9	37,1	41,4
Mangel an Pflegekräften	61,5	61,0	63,6
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten*	10,4	9,5	6,5
Schlechte Vereinbarkeit Familie und Beruf	59,8	67,0	65,9
N	8.573		

* Hochsignifikanter Unterschied

Das eigentlich Bedenkliche bei diesen Ergebnissen liegt darin, dass seit 2010 die Befürchtungen insbesondere hinsichtlich Arbeitszeiten und Arbeitsbelastung, Bürokratie, Führungskultur und Betriebsklima nicht weniger geworden sind, sondern stagnieren oder sogar noch weiterverbreitet sind. Ob diese Bedenken berechtigt sind, spielt dabei im Sinn des eingangs zitierten Thomas-Theorems nur eine nachgeordnete Rolle. Krankenhäuser haben als Arbeitgeber nach wie vor (zumindest) ein massives Image-Problem, welches zumindest einen Teil der Probleme bei der Besetzung freier Arztstellen erklärt.

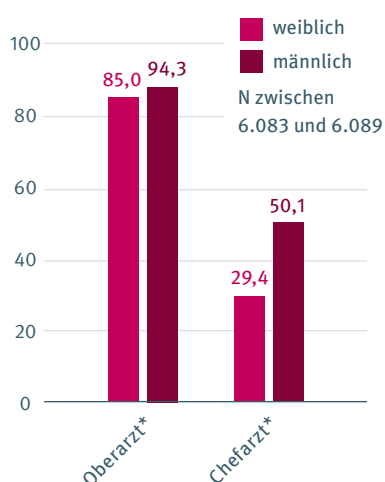
Und dieses Problem betrifft alle Ebenen in der Krankenhaushierarchie und insbesondere die Position als Chefarzt (Frage 11d). Während für immerhin noch knapp die Hälfte der Befragten, die als Angestellte im Krankenhaus arbeiten wollen, eine Position als Oberarzt definitiv eine Karriereoption ist, ist eine Chefarztstelle nur für ein gutes Zehntel eindeutig anstrebenswert und für ein weiteres Viertel eine bedenkenwerte Option.

Männer sind diesbezüglich deutlich karriereorientierter als Frauen. Eine Oberarztstelle ist für nahezu alle Männer eine definitive oder zumindest erwägenswerte Option, eine Chefarztposition für die Hälfte. Bei den Frauen sind beide Anteile niedriger. Dabei sind die Unterschiede bei der Chefarztoption besonders groß.

Der Studienverlauf hat kaum Auswirkungen auf die Attraktivität einer Position als Oberarzt, wirkt sich aber deutlich negativ auf Chefarztambitionen aus. Diese sind im PJ um knapp 16,2 Prozentpunkte niedriger. Bleibt es bei diesen Verteilungen der Präferenzen, könnte es künftig durchaus schwierig werden, freie Chefarztstellen wieder zu besetzen.

⁷¹ Die ursprüngliche Itemliste aus dem Jahr 2010 ist deutlich erweitert worden.

ABBILDUNG 7 / KARRIEREOPTIONEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)



* Hochsignifikanter Unterschied

TABELLE 35 / KARRIEREOPTIONEN (ANGABEN IN PROZENT)

	Oberarzt		Chefarzt	
Ja, auf jeden Fall	46,2	87,9	11,4	36,0
Ja, wahrscheinlich	41,7		24,6	
Nein, eher nicht	11,4	12,1	47,3	64,0
Nein, auf keinen Fall	0,7		16,7	
N	zwischen 6.145 und 6.151			

TABELLE 36 / KARRIEREOPTIONEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	Vorklinik	Klinik	PJ
Oberarzt	89,9	87,2	87,0
Chefarzt*	46,2	32,5	30,0
N	zwischen 6.129 und 6.135		

* Hochsignifikanter Unterschied

4.11 ARBEITSORTE UND REGIONEN

Vor dem Hintergrund der unverändert bestehenden sehr ungleichen Verteilung der Ressource Arzt in Deutschland und der großen Probleme, freie Arztstellen im ambulanten wie auch stationären Sektor in ländlichen Regionen wieder zu besetzen, bleiben Fragen nach dem künftigen Wohn- und Arbeitsort aktuell. Zunächst ist hier vor dem Hintergrund der immer noch aktuellen Diskussion von Interesse, ob Deutschland generell als Arbeitsort noch in Frage kommt und wie viele Studenten (auch oder ausschließlich) das Ausland als späteren Arbeits- und damit auch als Lebensort ins Auge fassen (Frage 14). Hier lässt sich feststellen: Das Ausland hat seit 2010 an Attraktivität eingebüßt und ist nur noch für 40,3 Prozent eine Option. Im Vergleich zu 2010 ist dies ein Rückgang von 23,4 Prozentpunkten.

Auch andere Bundesländer sind insgesamt nicht mehr so attraktiv. Hier stellen wir einen Rückgang von knapp 16,2 Prozentpunkten fest. Mithin zeigt sich eine stabile Tendenz zur Immobilität und Konzentration auf die nähere Heimatregion beziehungsweise 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 Facharztweiterbildung 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 0,6 Prozent wollen überhaupt nicht in Deutschland arbeiten. Allerdings erfreuen sich verschiedene Regionen innerhalb Deutschlands nach wie vor einer sehr unterschiedlichen Beliebtheit.

Bei einer Tätigkeit in Deutschland zeigt sich, wie schon erwähnt, im Vergleich zu 2010 und 2014 in zunehmendem Maß – übrigens ebenso wie bei der Wahl des Studienortes – eine ausgeprägte Heimatorientierung (i.w.S.) der Studenten. Hier manifestiert sich die wohl grundsätzliche Tendenz, dass bekannte Strukturen und Regionen (wenn die Rahmenbedingungen nicht gar zu abschreckend sind) unbekannten und damit tendenziell unsicheren Optionen vorgezogen werden.

Bekannte Regionen gelten dann im Regelfall auch als attraktive Regionen und Exkursionen in die Ferne sind nicht unbedingt die favorisierte Strategie. Man studiert im Herkunftsland beziehungsweise herkunftsland- und damit heimatnah und arbeitet nach Möglichkeit später auch dort. Dass dies aber nicht immer die unmittelbare Heimatregion ist – die allzu intime Kenntnis einer Region kann auch von Nachteil sein, wenn diese in negativen Beurteilungen resultiert – sondern eher das Herkunftsbundesland, lässt sich an der Differenz der Beliebtheit ebendieses Bundeslandes und der näheren Heimatregion ablesen. Wir hätten dies aufgrund der unterschiedlichen räumlichen 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.⁷²

>>

TABELLE 37 / SPÄTERE MÖGLICHE ARBEITSORTE
(ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022
Heimatbundesland	86,3	84,5	86,4	85,8
Nähere Heimatregion	79,5	77,9	80,7	80,4
Region rund um Universität	–	64,3	64,7	64,4
Anderes Bundesland	77,4	64,3	61,6	61,2
Ausland	63,7	48,6	43,7	40,3
N	zwischen 10.375 und 10.435	zwischen 10.708 und 10.753	zwischen 12.655 und 12.710	zwischen 8.504 und 8.563

34,7 Prozent der Studenten stammten aus Rheinland-Pfalz. 59,6 Prozent – also deutlich mehr – ziehen Rheinland-Pfalz als späteren Arbeitsort in Erwägung. Das Studium im Land hat mithin zur Steigerung der Bekanntheit und in der Folge auch der Attraktivität der Region beigetragen. Allerdings waren verschiedene Regionen des Landes unterschiedlich attraktiv: Spitzenreiter war die Region Rheinhessen, in der auch die Universität Mainz liegt und die im 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. Attraktiver sind also urbanisierte Regionen und solche, die als landschaftlich reizvoll gelten – etwa die Flussregionen an Rhein und Mosel –, während rurale, eher strukturschwache Gebiete mit kleinteiliger, dörflicher Siedlungsstruktur wenig anziehend sind (wir werden dies auch noch bei der Frage nach der Größe der Wohn- und Arbeitsorte sehen).

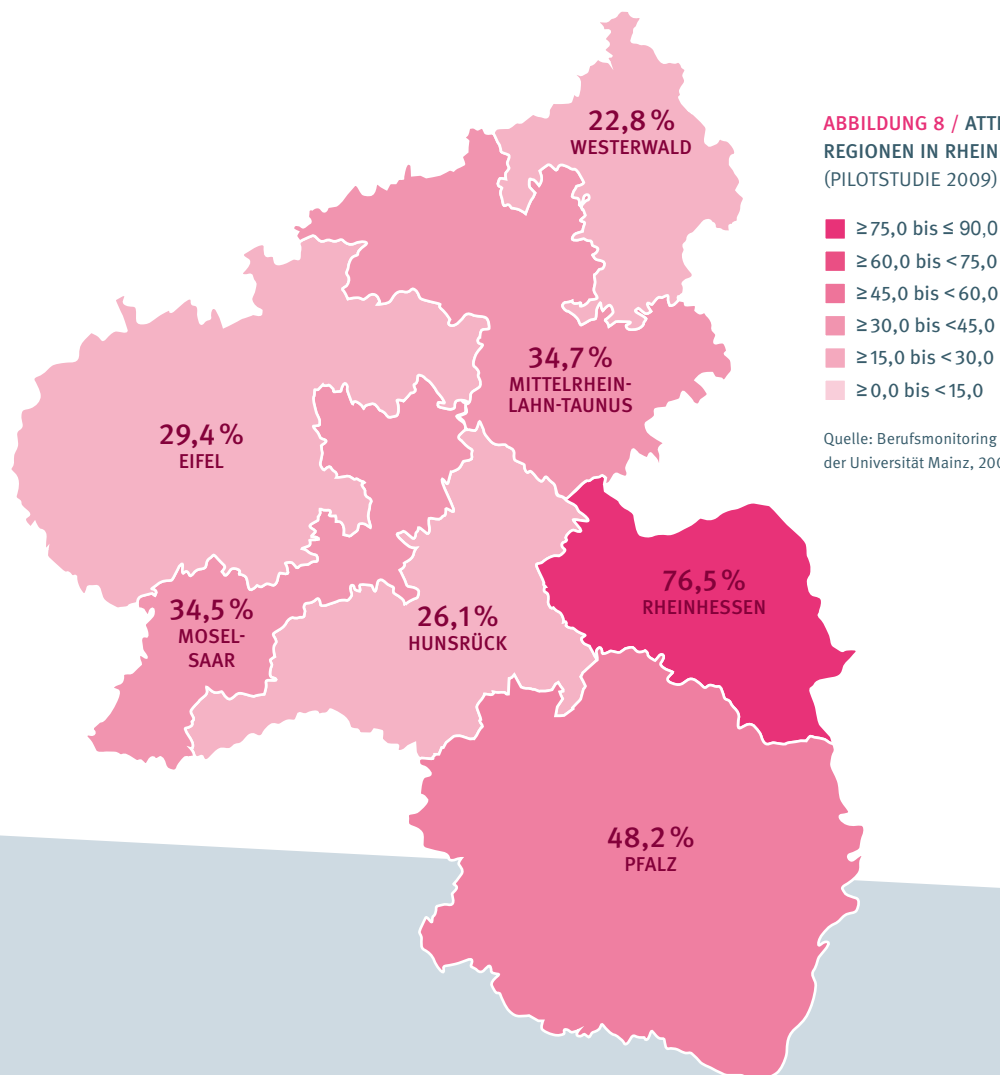


ABBILDUNG 8 / ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN IN RHEINLAND-PFALZ ALS ARBEITSORTE (PILOTSTUDIE 2009)

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

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

Dagegen sind die neuen Länder selbst für vergleichsweise viele Landeskinder offenkundig nicht sehr anziehend. 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 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 – jeweils rund zwei Drittel ziehen diese Region als Arbeitsort in Erwägung. Dies zeigt, dass bekannte Regionen (wenn sie nicht strukturelle Defizite aufweisen, die durch intimere Kenntnis erst recht evident werden) auch eher eine Chance haben, zu präferierten Regionen zu werden.

>>

TABELLE 38 / ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN UND HERKUNFTSREGIONEN (ANGABEN IN PROZENT)

	Süddeutschland	Westdeutsche Flächenstaaten	Ostdeutschland	Stadtstaaten
Heimatbundesland	91,4	86,1	75,8	86,0
Nähere Heimatregion	82,5	80,8	74,5	88,2
Region rund um Universität	66,8	64,1	64,7	54,5
Anderes Bundesland	54,5	63,1	64,0	68,3
Ausland	39,7	38,0	35,5	46,8
N	2022 zwischen 8.157 und 8.221			

In Frage 14a haben wir alle Studenten, die angegeben hatten, dass auch andere Bundesländer als ihr Herkunftsbundesland als Arbeitsort in Frage kämen, gefragt, welche das sind. Hier bestehen seit 2010 sehr deutliche Unterschiede. Wenn andere Bundesländer überhaupt in Frage kommen, dann sind insbesondere die großen west- und süddeutschen Bundesländer und der Stadtstaat Hamburg beliebt und attraktiv. Eine oder mehrere Regionen aus dieser Spitzengruppe kommen für 55,3 Prozent als Arbeitsort in Frage. Im Vergleich zu den Vorjahren hat diese Spitzengruppe an Attraktivität eingebüßt.

Außerdem ist Berlin gleichsam abgestiegen und rangiert – anders als 2010 und 2014 – seit 2018 nicht mehr in der Spitzengruppe, sondern nur noch im Mittelfeld. Dazu zählen auch mittelgroße westdeutsche Flächenstaaten. Diese Region ist – konstant seit 2010 – für rund 49 Prozent eine Option. In Ländern der Schlussgruppe (Hansestadt Bremen, Ostdeutsche Bundesländer und das Saarland) will dagegen nur etwa ein Viertel der Befragten arbeiten. Auch hier gab es eine strukturelle Veränderung, denn Bremen ist aus dem Mittelfeld in die Schlussgruppe abgestiegen. Auch Hamburg hat übrigens seit 2010 an Anziehungskraft verloren, rangiert aber noch in der Spitzengruppe. Mithin sind

alle drei Stadtstaaten weniger attraktiv als in den Jahren 2010 und 2014. Parallel dazu hat die Aversion gegen Großstädte seit 2018 mit mehr als 500.000 Einwohnern Frage 15 zugenommen und steigt auch 2022 nochmals an. Ob sich dies zu einem Trend entwickelt und mit Faktoren wie wahrgenommene gestiegener Devianz mit zunehmenden Unsicherheiten im öffentlichen Raum, als problematisch bewertete vorschulische und schulische Angebote oder Wohnraumverknappung zusammenhängt, ist derzeit offen. Die Datenlage bietet aber Anlass, bei der nächsten Welle auch Fragen zu Standortfaktoren bei der Wohnortwahl zu stellen.

>>

**TABELLE 39 / ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER BUNDESLÄNDER
– NUR LANDESFREMDE STUDIERENDE (ANGABEN IN PROZENT)**

	2010	2014	2018	2022	Attraktivität der Regionen
Baden-Württemberg	55,2	58,7	57,1	56,6	Spitzengruppe 57,4 % 56,7 % 51,0 % 55,3 %
Bayern	63,1	56,7	54,9	55,1	
Hamburg	57,2	63,2	55,7	51,4	
Nordrhein-Westfalen	50,8	51,7	48,1	46,0	
Berlin	52,6	49,0	39,0	36,8	Mittelfeld 44,7 % 45,2 % 44,7 % 49,0 %
Niedersachsen	45,1	43,3	35,7	35,5	
Schleswig-Holstein	38,7	34,9	30,9	33,2	
Hessen	38,2	36,6	34,4	33,0	
Rheinland-Pfalz	38,4	36,3	33,2	32,7	Schlussgruppe 29,0 % 30,8 % 25,7 % 28,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	27,4	24,2	19,5	22,5	
Bremen	32,5	29,7	20,4	20,1	
Brandenburg	23,1	21,2	17,1	17,6	
Sachsen	23,6	24,4	16,7	17,4	
Thüringen	23,3	20,7	15,4	16,0	
Sachsen-Anhalt	16,5	16,5	11,1	11,9	
Saarland	20,7	18,5	12,8	11,7	
N	7.521	7.020	7.614	5.232	

ABBILDUNG 9 / ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER BUNDESLÄNDER:
SPITZENGRUPPE, MITTELFELD UND SCHLUSSGRUPPE
 – NUR LANDESFREMDE STUDIERENDE (ANGABEN IN PROZENT)

- SPITZENGRUPPE: 55,3 %
- MITTELFELD: 49,0 %
- SCHLUSSGRUPPE: 28,5 %



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, 2014 und 2018 festgestellten drei zentralen Trends hat sich nichts geändert:

1. Länder der Spitzengruppe sind bundesweit (mit knapper) Mehrheit attraktiv – deshalb sind sie ja in der Spitzengruppe. Gut 50 Prozent der 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 weniger ausgeprägte Präferenzen und sind hier flexibler und würden mehrheitlich überall arbeiten (allerdings mit Abstrichen gerade für Süddeutschland und NRW).
3. Studenten aus den Ländern der ehemaligen Bundesrepublik 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 graphisch dargestellt, welche Bundesländer für die Studenten als Arbeitsorte attraktiv sind (Abbildungen 10 bis 25). Die Karte in Abbildung 10 ist dann so zu lesen, dass rund 85,9 Prozent der Studenten aus Baden-Württemberg sich auf jeden Fall oder mit großer Wahrscheinlichkeit vorstellen können, später auch in ihrem Herkunftsbundesland zu arbeiten. Für gut 77,2 Prozent ist Bayern auch eine Option, für 31 Prozent Berlin und für 7,5 Prozent Sachsen-Anhalt. Die Abbildungen 10 bis 25 zeigen damit nochmals sehr deutlich, dass – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau – unverändert 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.

Die folgenden Abbildungen 26 bis 41 zeigen zweitens, aus welchen Regionen die jeweils dargestellten Bundesländer grundsätzlich und in welchem Ausmaß Personal rekrutieren können, wenn die in dieser Befragung erhobenen Präferenzen stabil bleiben. Diese Karten geben damit Hinweise für die einzelnen Länder, in welchen Regionen eine gezielte Werbung eher als lohnend erscheint und welche man eher vernachlässigen kann, weil die dort aufgrund des geringen Rekrutierungspotentials zum Teil sehr großen Streuverluste den Aufwand von Werbe- und Informationskampagnen deutlich übersteigen.

⁷² Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass die dabei analysierten Relationen für andere Bundesländer und Regionen wesentlich anders sind.

TABELLE 40 / ATTRAKTIVITÄT VERSCHIEDENER REGIONEN UND HERKUNFTSREGIONEN
– SPITZENGRUPPE, MITTELFELD UND SCHLUSSGRUPPE (ANGABEN IN PROZENT)

	Süddeutschland	Westdeutsche Flächenstaaten	Ostdeutschland	Stadtstaaten
Spitzengruppe	98,5	94,7	74,7	83,2
Mittelfeld	70,2	90,0	73,5	92,5
Schlussgruppe	36,1	45,3	86,3	58,7
N	4.905			

ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER IN PROZENT

ABBILDUNG 10 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

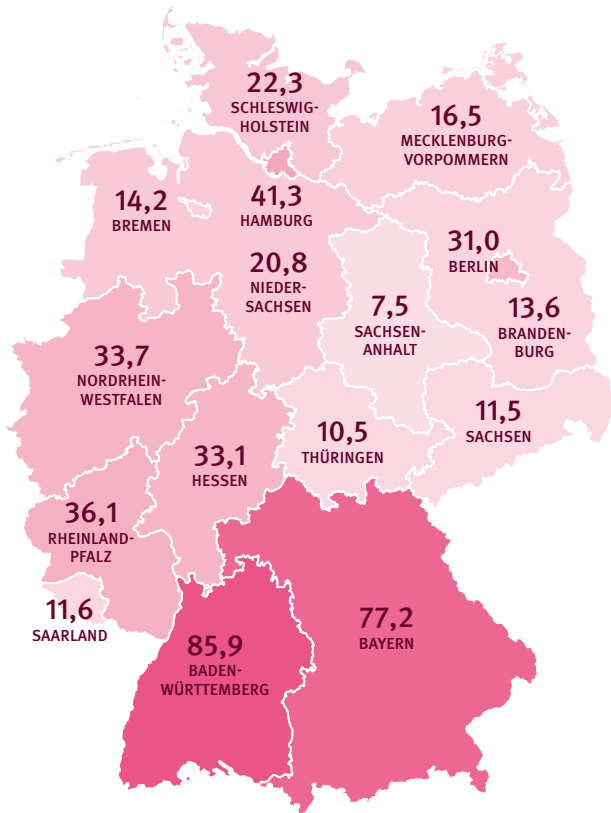


ABBILDUNG 11 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS BAYERN

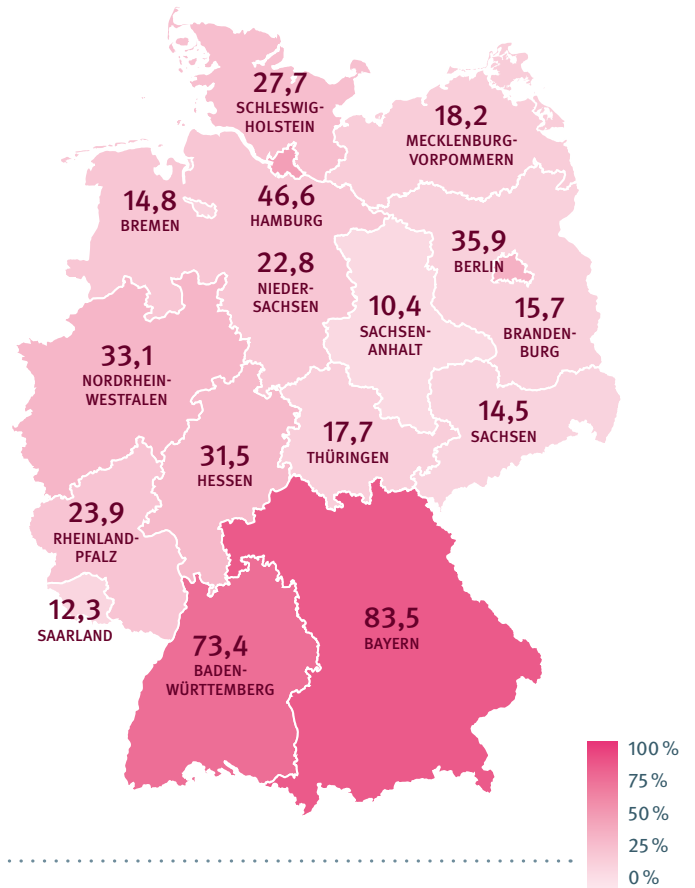


ABBILDUNG 12 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS BERLIN

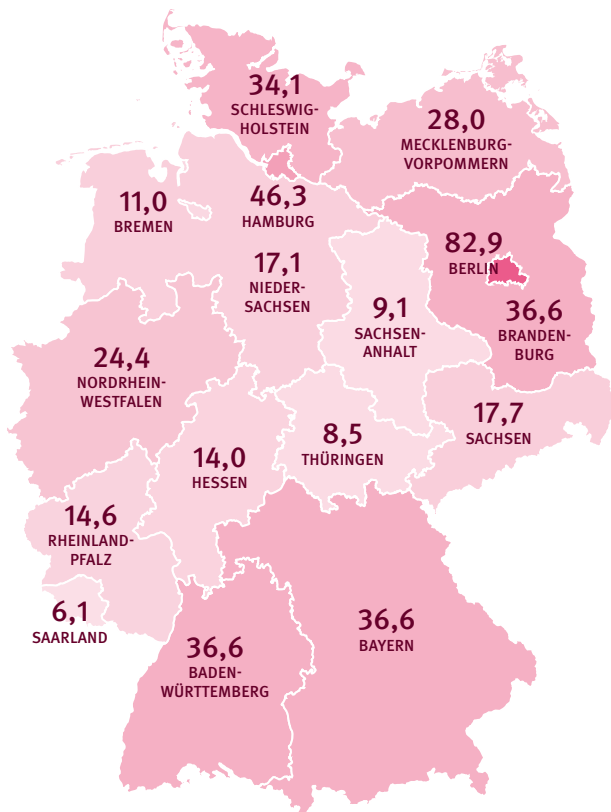


ABBILDUNG 13 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS BRANDENBURG

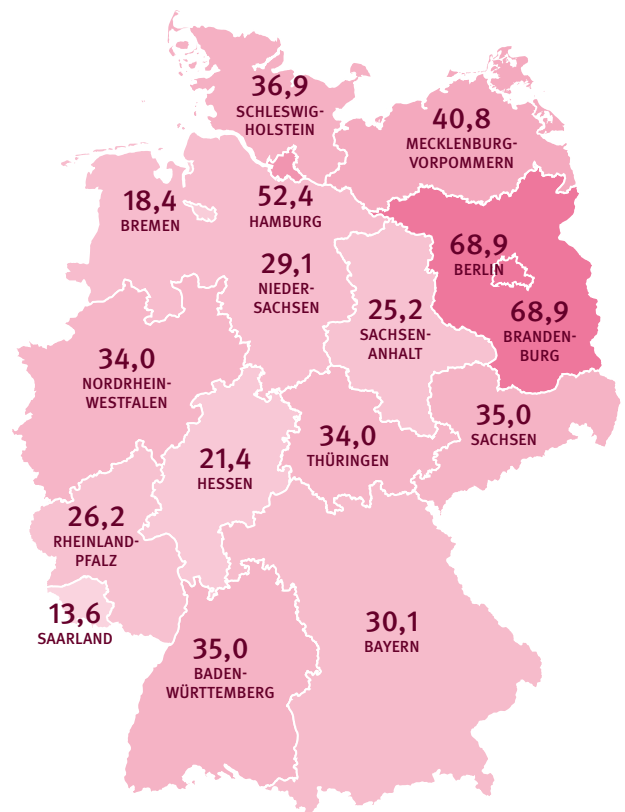


ABBILDUNG 14 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS BREMEN

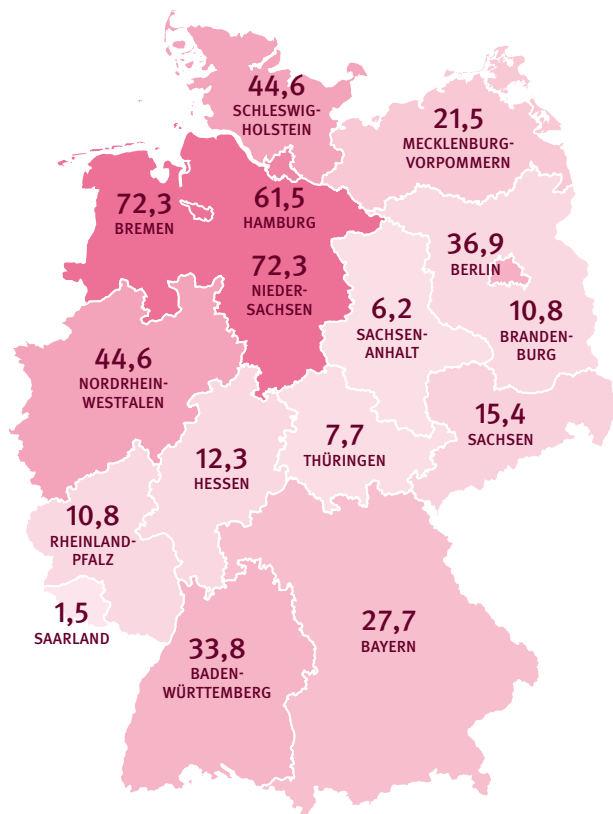


ABBILDUNG 15 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS HAMBURG

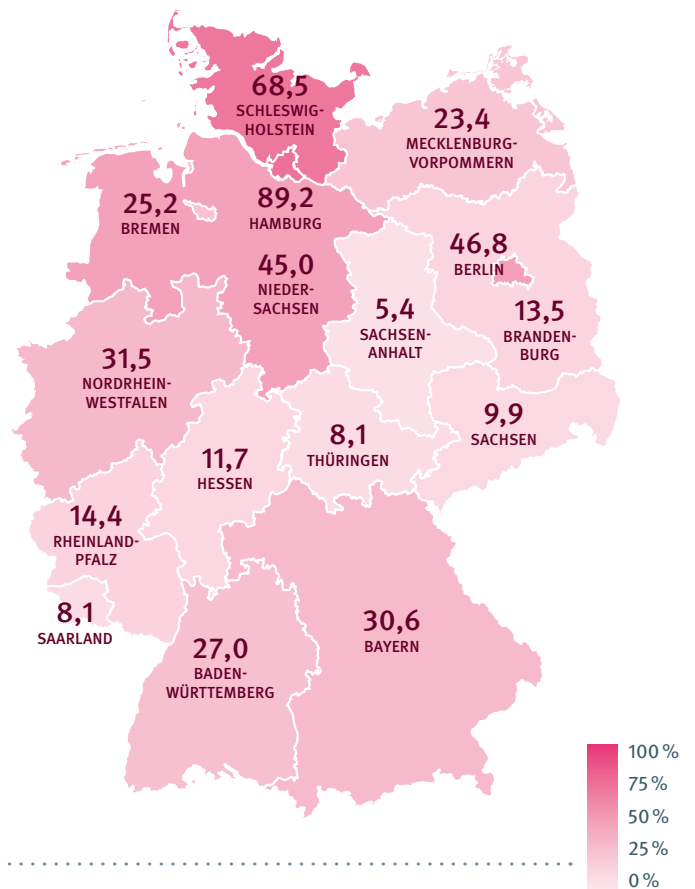


ABBILDUNG 16 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS HESSEN

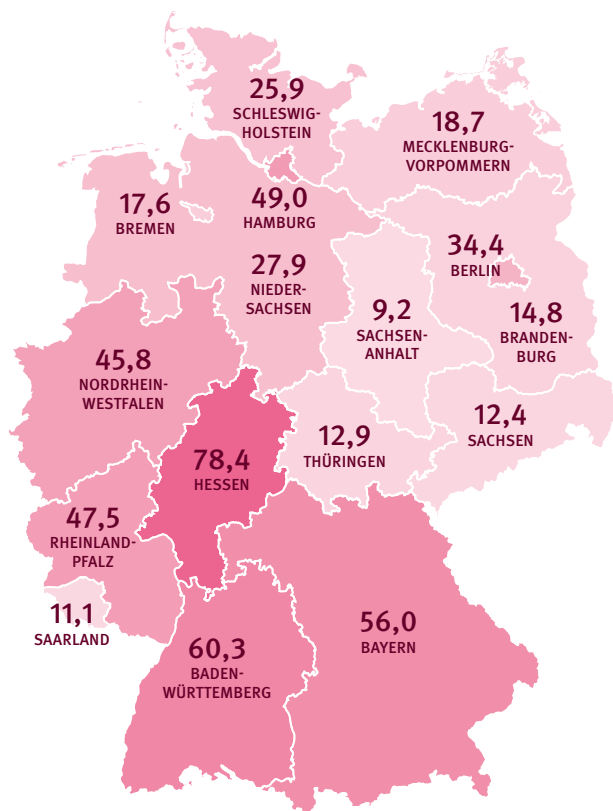


ABBILDUNG 17 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDENTEN AUS MECKLENBURG-VORPOMMERN

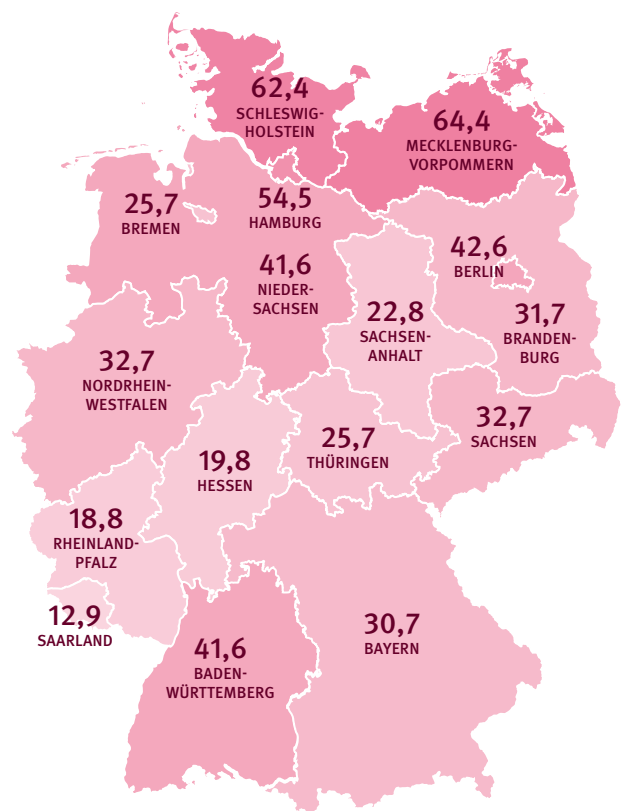


ABBILDUNG 18 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS NIEDERSACHSEN

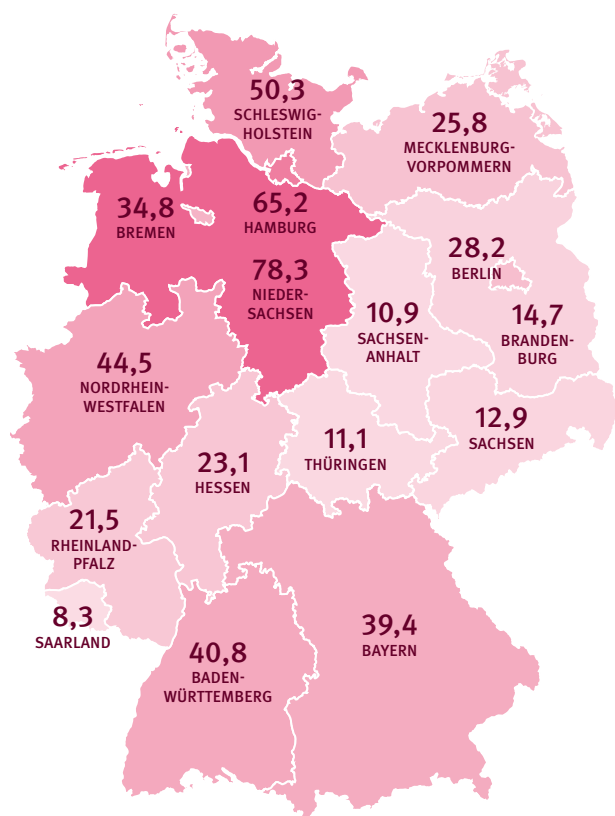


ABBILDUNG 19 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS NORDRHEIN-WESTFALEN

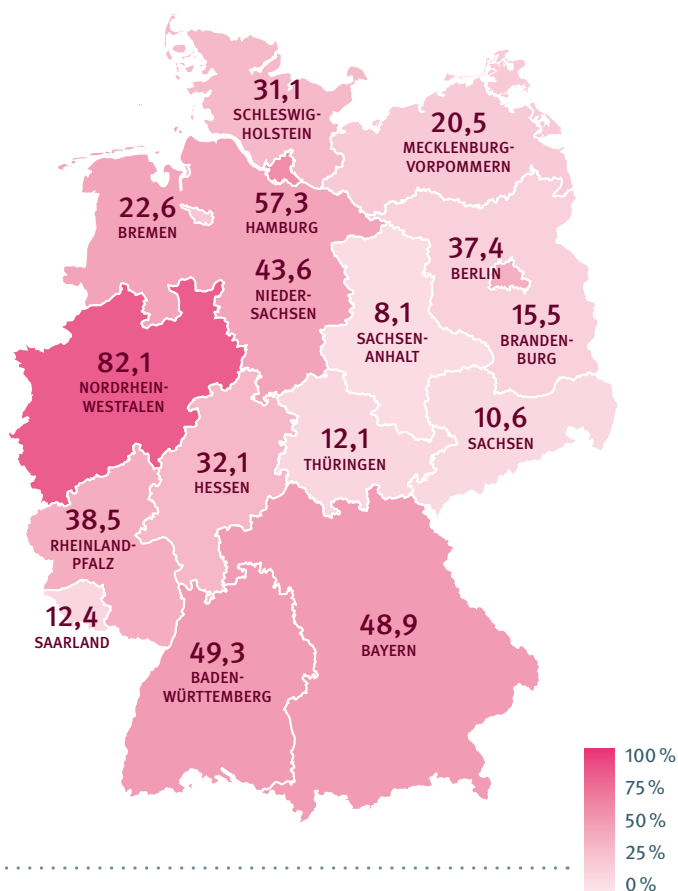


ABBILDUNG 20 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS RHEINLAND-PFALZ

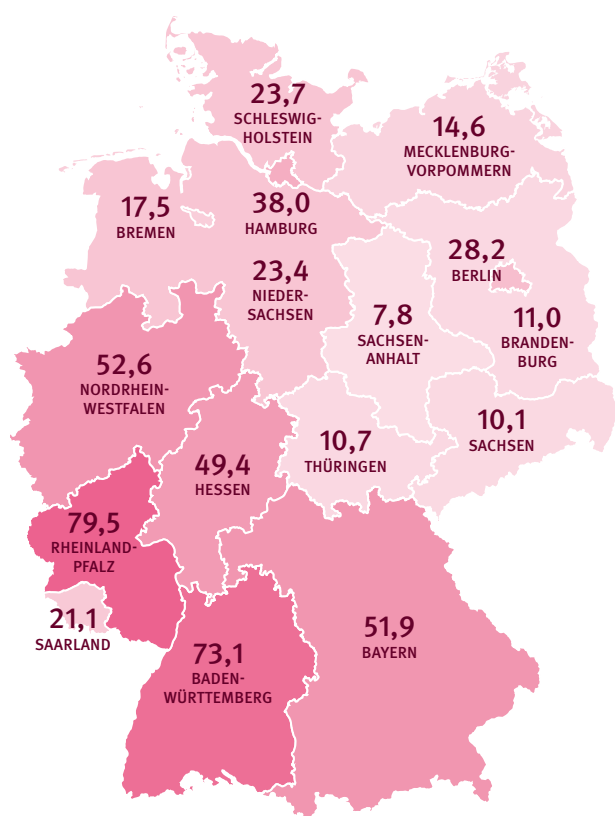


ABBILDUNG 21 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDENTEN AUS SAARLAND

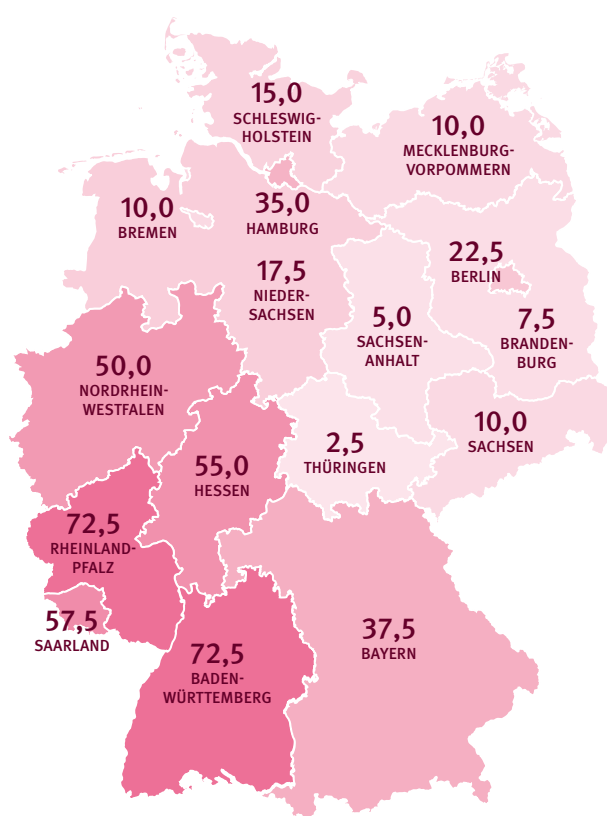


ABBILDUNG 22 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS SACHSEN

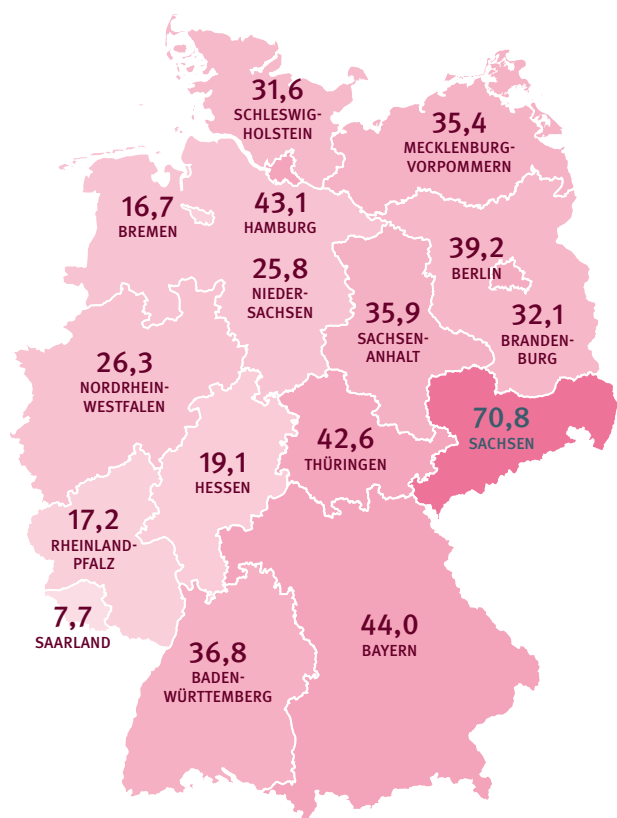


ABBILDUNG 23 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS SACHSEN-ANHALT

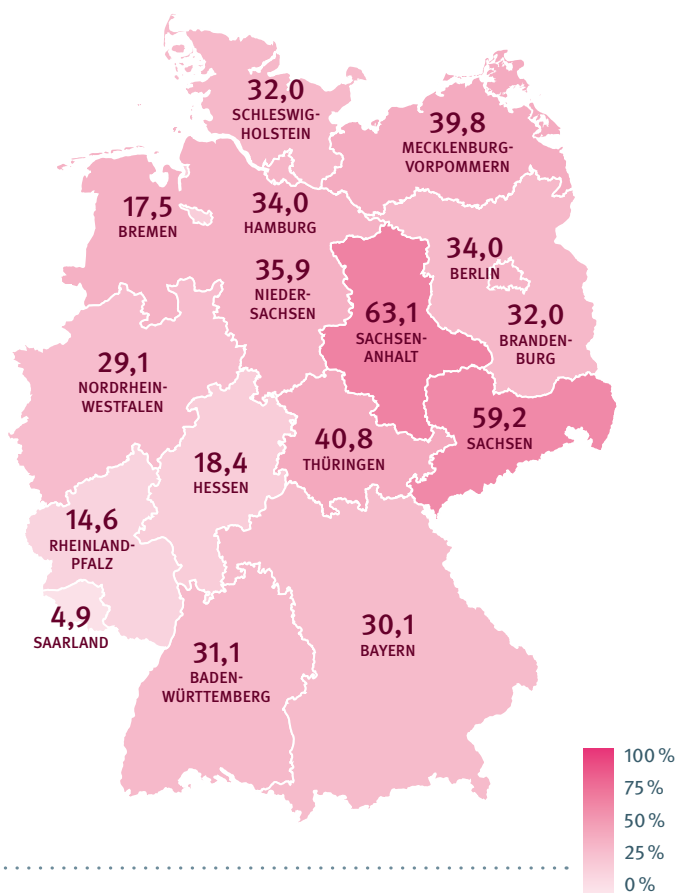


ABBILDUNG 24 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDIERENDE AUS SCHLESWIG-HOLSTEIN

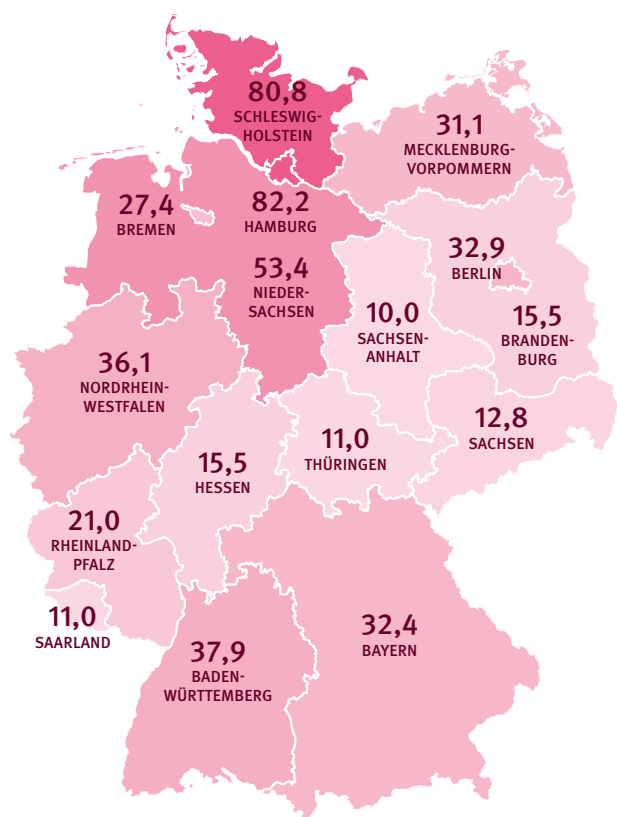


ABBILDUNG 25 / ATTRAKTIVE BUNDESLÄNDER FÜR
STUDENTEN AUS THÜRINGEN

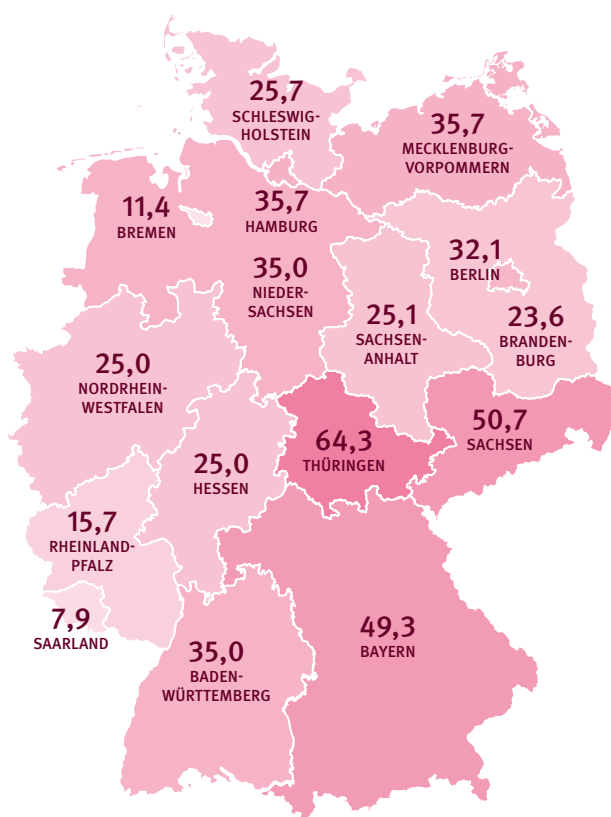


ABBILDUNG 26 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BADEN-WÜRTTEMBERG

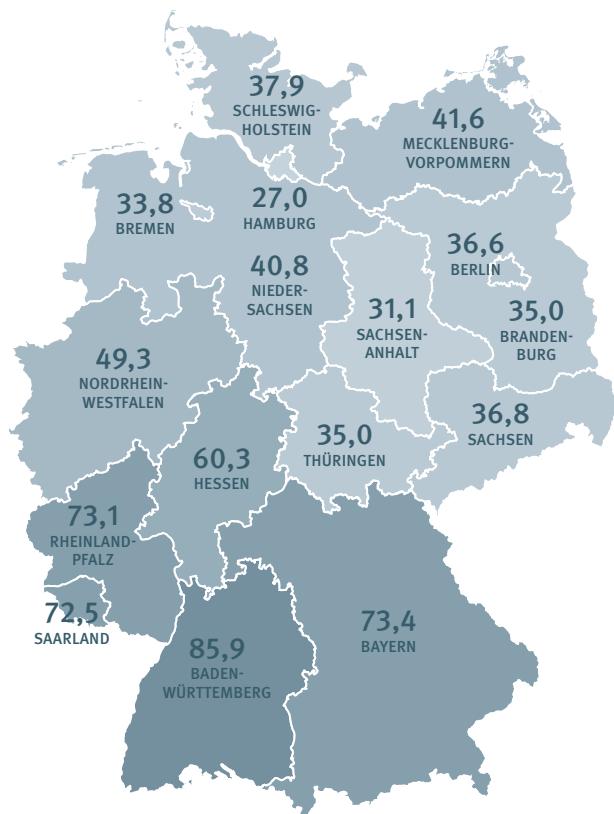


ABBILDUNG 27 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BAYERN

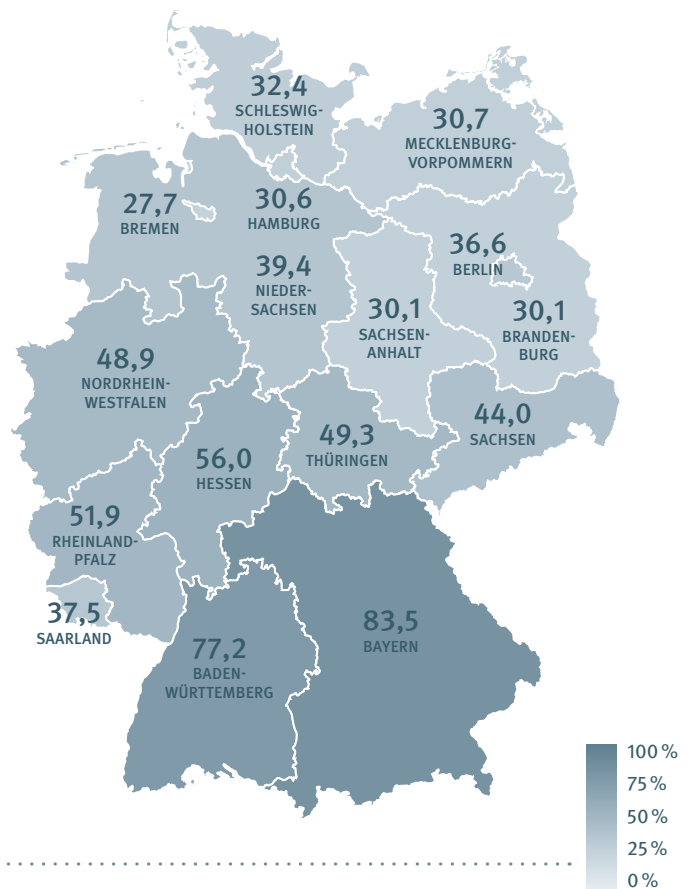


ABBILDUNG 28 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BERLIN

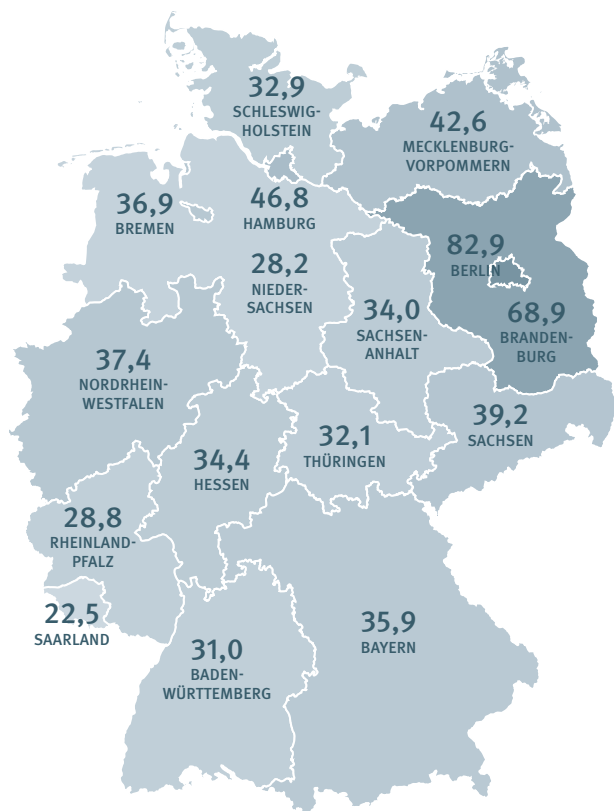


ABBILDUNG 29 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BRANDENBURG

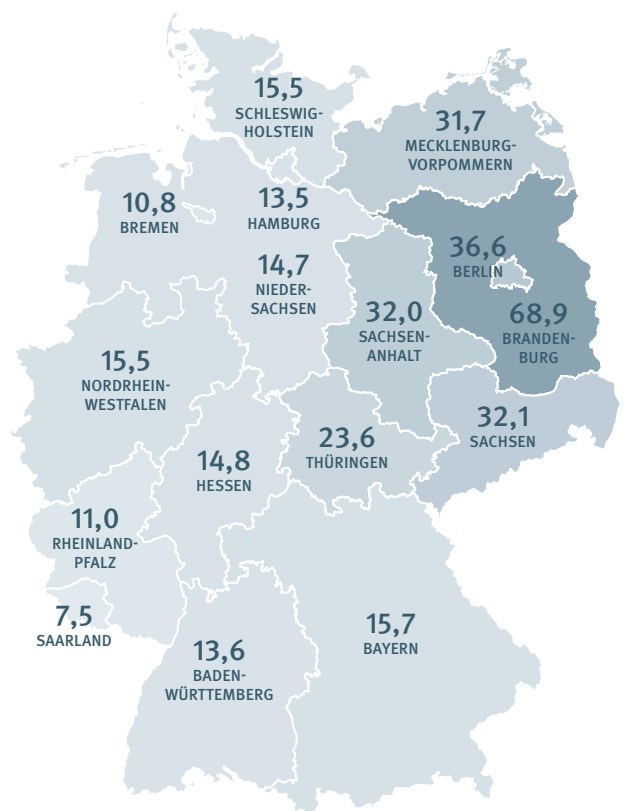


ABBILDUNG 30 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
BREMEN

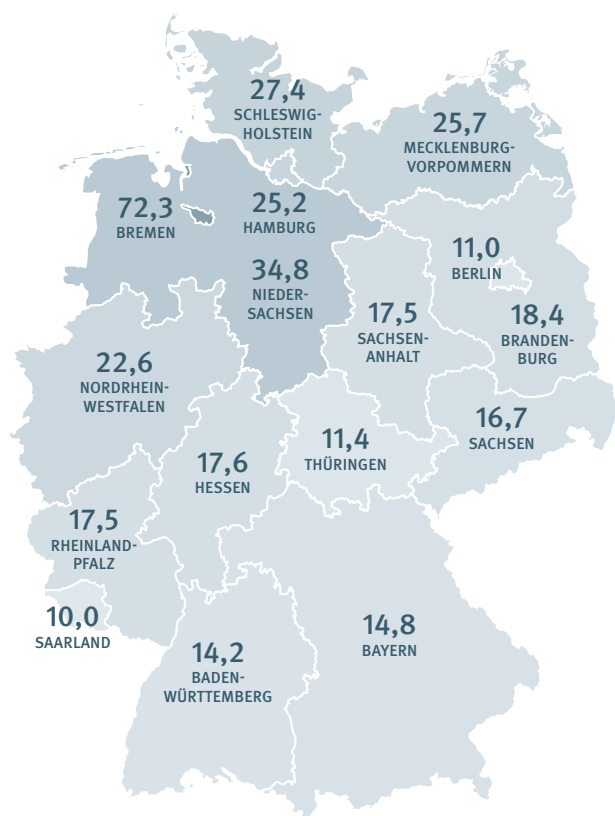


ABBILDUNG 31 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
HAMBURG

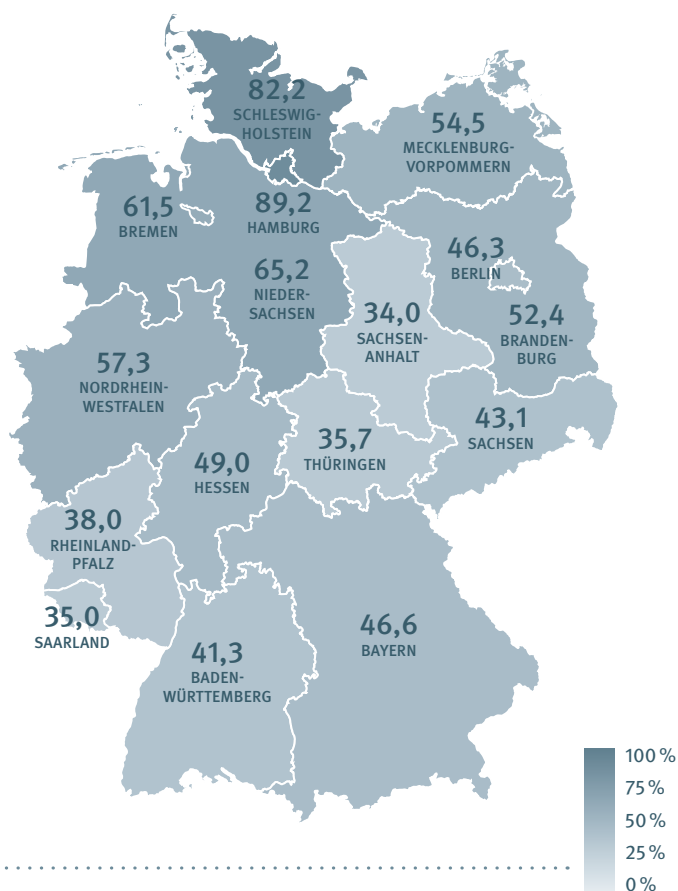


ABBILDUNG 32 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
HESSEN

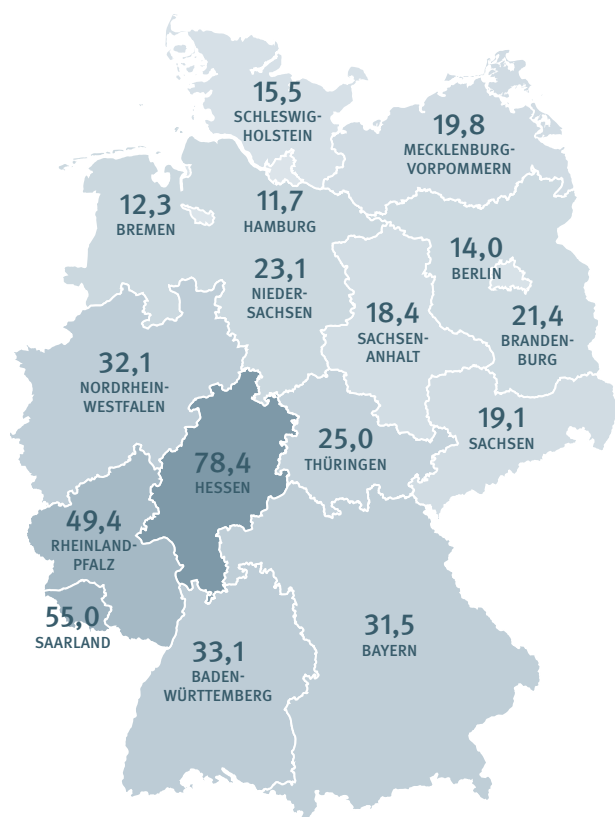


ABBILDUNG 33 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
MECKLENBURG-VORPOMMERN

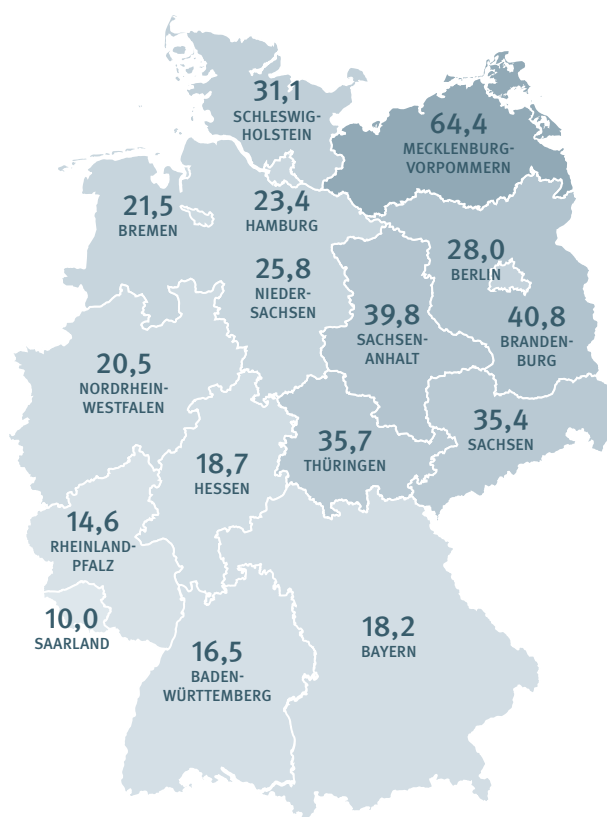


ABBILDUNG 34 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
NIEDERSACHSEN

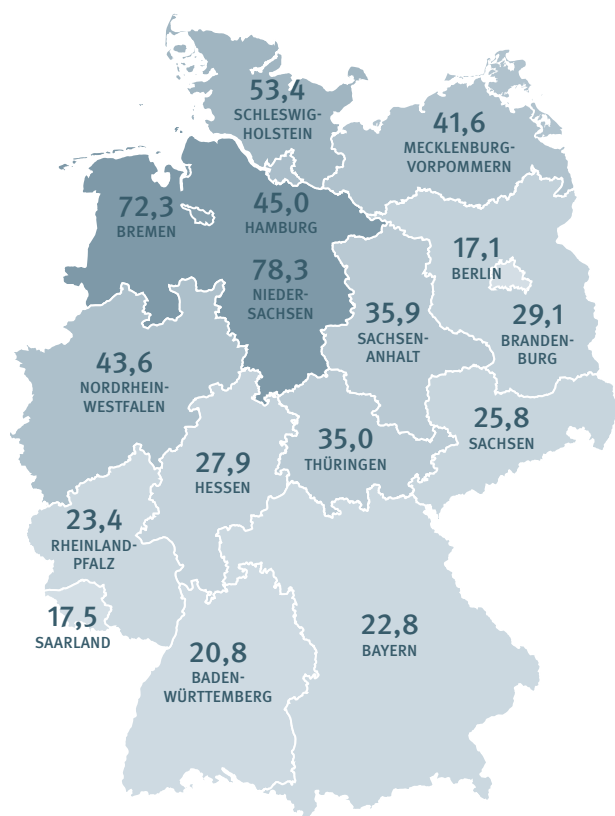


ABBILDUNG 35 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
NORDRHEIN-WESTFALEN

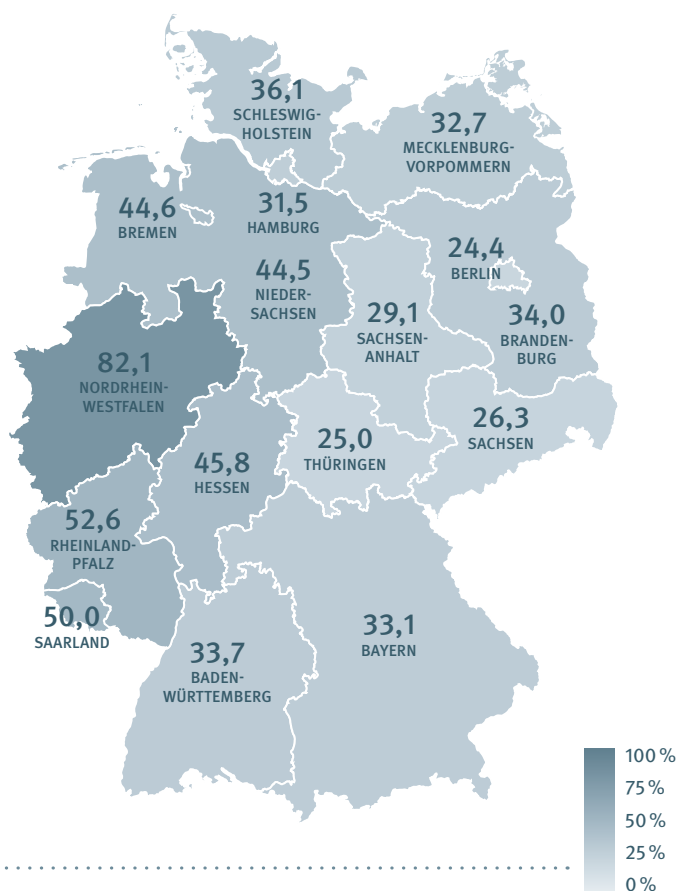


ABBILDUNG 36 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
RHEINLAND-PFALZ

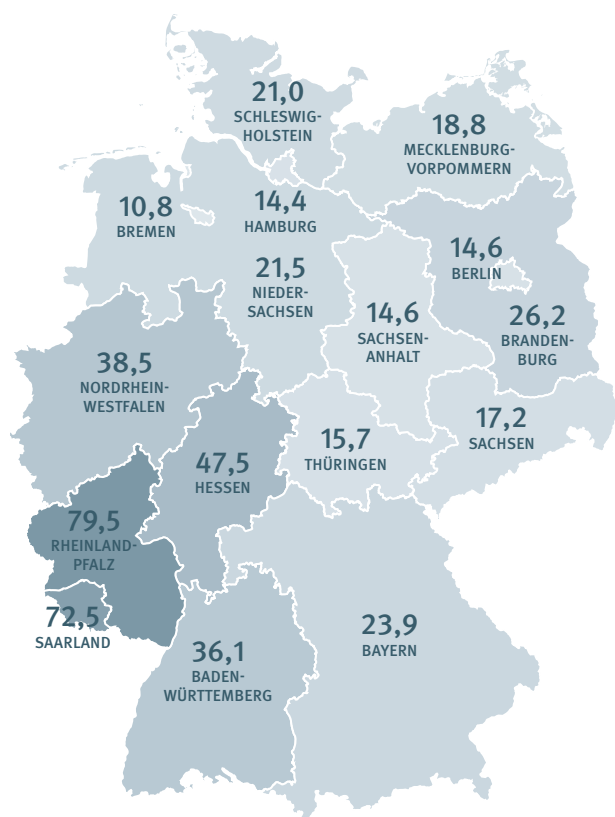


ABBILDUNG 37 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SAARLAND

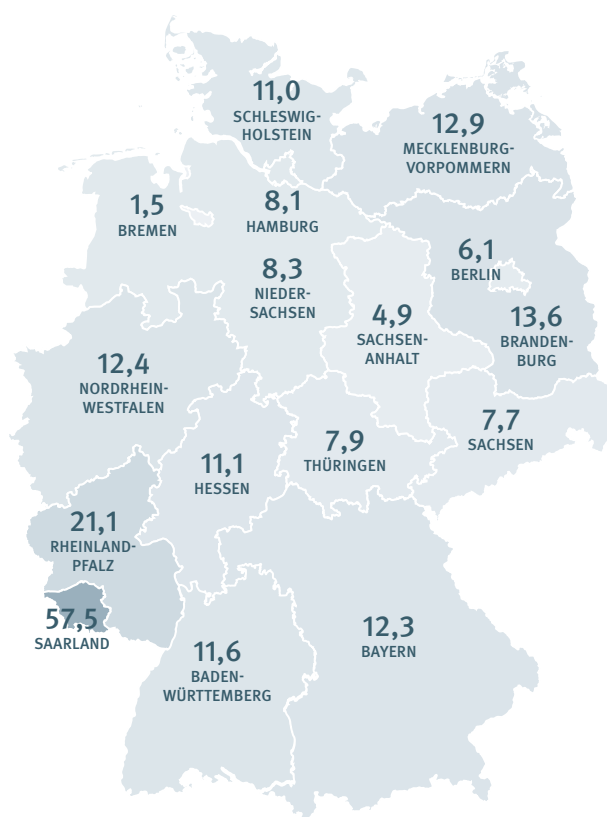


ABBILDUNG 38 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SACHSEN

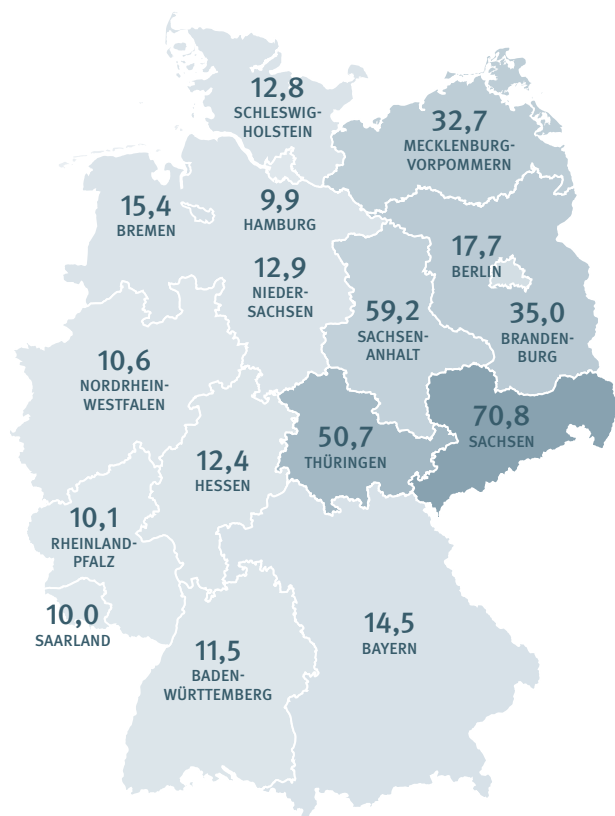


ABBILDUNG 39 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SACHSEN-ANHALT

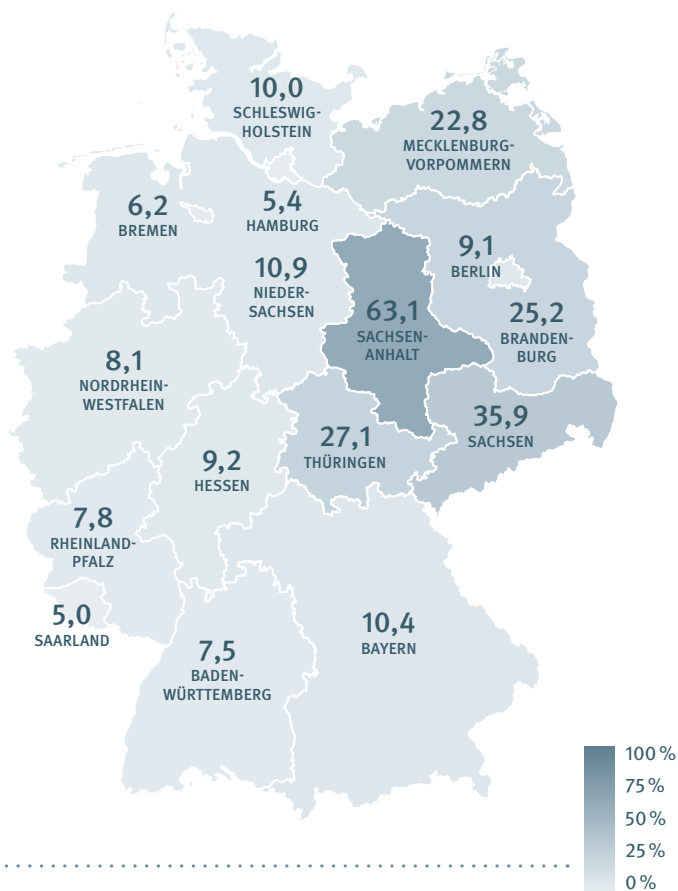


ABBILDUNG 40 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
SCHLESWIG-HOLSTEIN

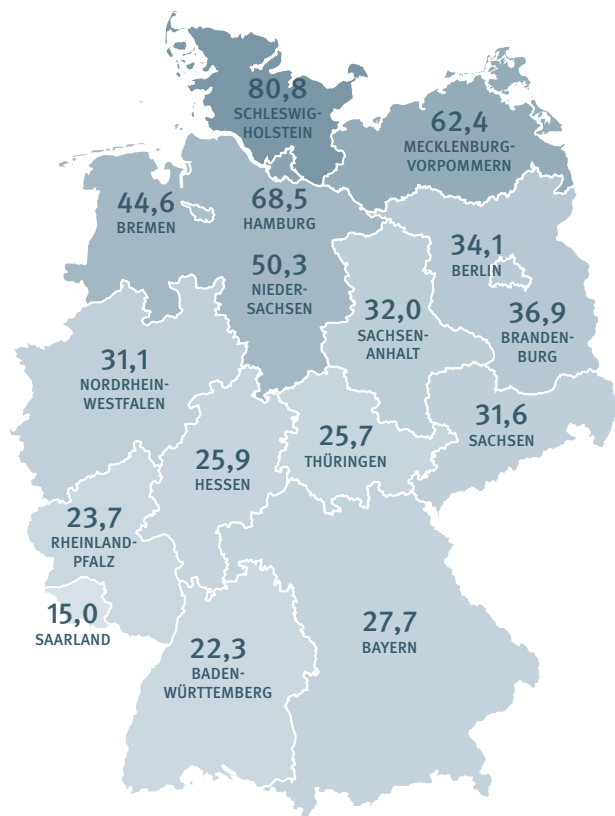
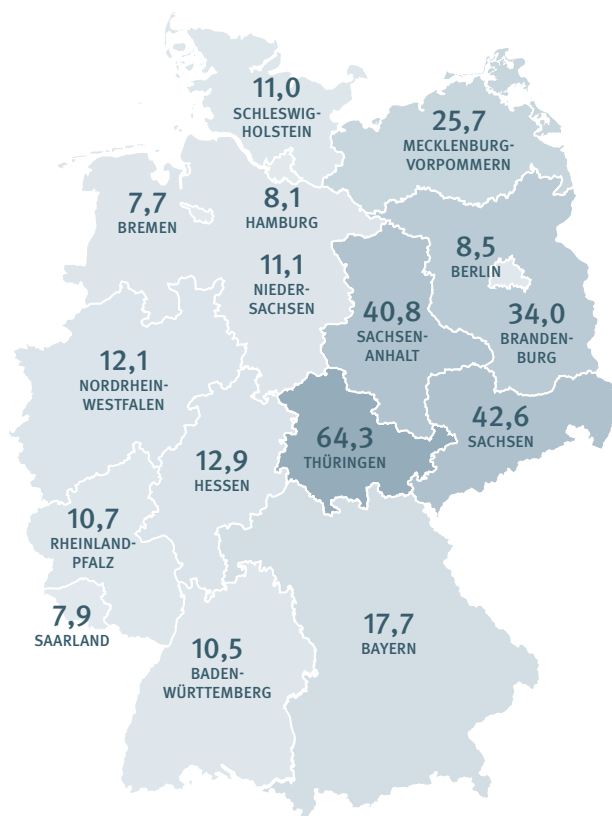


ABBILDUNG 41 / ARBEITSKRÄFTEPOTENTIAL:
THÜRINGEN



Stabil ist auch die sehr unterschiedliche Beliebtheit verschiedener Siedlungstypen beziehungsweise Ortsgrößen. Es gibt nach wie vor Ortstypen, in denen die künftigen Ärzte auf keinen Fall arbeiten wollen. Nur ein Drittel (2022: 33,9 %, 2018: 33,1 %, 2014: 37,0 %, 2010: 33 %) hat in dieser Hinsicht keine Vorbehalte, zwei Drittel dagegen schon. Die unbeliebten Orte lassen sich eindeutig benennen: Es sind die sehr kleinen und kleinen Landgemeinden. Ein Originalkommentar in Versalien aus dem Jahr 2010 hat seine Aktualität bis jetzt nicht verloren:

„ICH WILL NIEMALS IN MEINEM GANZEN LEBEN AUFS LAND ZIEHEN!!!“.

Am attraktivsten sind dagegen mittelgroße Städte und Großstädte bis 500.000 Einwohner, also eher noch überschaubare urbane Räume.

In Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern wollen insgesamt 44,1 Prozent nicht leben und arbeiten. In Orten mit bis zu 10.000 Einwohnern 39,9 Prozent nicht. Das gleichsam platte Land ist mithin unverändert für etwas weniger als die Hälfte der Studenten eine „No-Go-Area“. Ländliche Regionen inklusive der ländlichen Mittelzentren, also der Kreisstädte, die häufig rund 10.000 Einwohner haben, kommen nach wie vor für ein gutes Drittel der Befragten nicht in Betracht. Bei dieser Aversion

gegen das Land spielt wie auch in den Jahren 2010, 2014 und 2018 die regionale Herkunft und sozialräumliche Sozialisation eine entscheidende Rolle. Ländlich sozialisierte Studenten würden signifikant häufiger auch auf dem Land leben und arbeiten.

.....
Ich habe vor dem Studium als MFA in einer Arztpraxis gearbeitet und werde sehr wahrscheinlich auch nach dem Studium ländlich niedergelassen arbeiten.

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

>>

TABELLE 41 / AVERSION GEGEN BESTIMMTE ARBEITSORTE (ANGABEN IN PROZENT)

	2010	2014	2018	2022	Landkreise	Landgemeinden*
Weniger als 2.000 Einwohner	54,3	49,1	51,1	47,9	35,1 33,4 33,9 39,9	45,3 41,2 42,8 44,1
2.000 bis 5.000 Einwohner	46,0	41,7	43,2	40,3		
5.000 bis 10.000 Einwohner	36,4	35,4	34,9	31,5		
10.000 bis 50.000 Einwohner	21,5	20,9	20,1	18,4		
50.000 bis 100.000 Einwohner	11,3	11,6	11,6	10,7		
100.000 bis 500.000 Einwohner	8,0	8,5	9,7	9,9		
500.000 Einwohner und mehr	16,2	17,5	21,8	23,6		
N	10.275	11.462	12.523	8.600		

* Bis 5.000 Einwohner

TABELLE 42 / ARBEITEN IN LANDKREISEN UND LANDGEMEINDEN NACH GRÖSSE DES HERKUNFTSORTES (ANGABEN IN PROZENT)

	Landkreise / Arbeiten in Kleinstadt bis 10.000 Einwohner				Landgemeinden / Arbeiten in Kleinstadt bis 5.000 Einwohner			
	2010	2014	2018	2022	2010	2014	2018	2022
Weniger als 2.000 Einwohner	86,6	81,6	84,1	84,4	78,3	74,2	78,4	78,7
2.000 bis 5.000 Einwohner	81,9	82,4	83,0	83,8	73,6	72,8	72,7	76,1
5.000 bis 10.000 Einwohner	81,0	81,2	85,4	81,1	63,8	72,5	74,6	68,4
10.000 bis 50.000 Einwohner	65,3	70,5	71,5	69,4	52,5	61,1	61,5	57,4
50.000 bis 100.000 Einwohner	58,5	60,6	63,0	60,5	48,7	52,7	55,9	50,5
100.000 bis 500.000 Einwohner	52,4	40,6	60,0	55,9	43,3	52,2	50,6	48,1
500.000 Einwohner und mehr	46,9	47,7	51,4	46,7	39,9	45,4	44,2	40,2
N	10.604	11.462	12.523	8.600	10.604	11.462	12.523	8.600

Einige der Befragten sehen zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2022 jedoch einige Probleme, die sie daran hindern könnten, ihr Interesse an einer Niederlassung auf dem Land zu vertiefen. Dies betrifft unter anderem auch fehlende Facharztsitze fernab der Allgemeinmedizin und die Entwertung des Titels „Landarzt“ durch andere Disziplinen.

Mir gefällt die Vorstellung im ländlichen Raum ganze Familien und einzelne Patienten langfristig zu betreuen (im hausärztlichen oder psychiatrischen Rahmen). Leider höre ich über beide Fachdisziplinen oft abwertende Kommentare, was mich sehr ärgert.

Ich finde, dass es deutlich zu wenige Facharztsitze (außer Allgemeinmedizin) für ländliche Regionen in Brandenburg gibt, das deutlich unter dieser Unterversorgung leidet. Zudem sollten die Hürden alternativer Versorgungsstrukturen, in denen Ärzte mit weiteren Berufstätigen im weiten Raum der medizinischen Versorgung zusammenarbeiten, endlich gesenkt werden. Die Ganzheitlichkeit und Nutzung von Synergieeffekten sind hier (noch?) nicht angekommen.

Im Berufsmonitoring 2018 wurden jedoch zudem einige Vorteile des Landarzttdaseins zusammengetragen. So kann unter anderem auf Vorteile hingewiesen werden, die das hochverdichtete Leben in der Stadt nicht bieten kann.

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

Vorstellbar ist für einige der Befragten zu diesem Zeitpunkt auch ein Wechsel zwischen Stadt und Land mit Wohnsitz und Arbeitsschwerpunkt in der Stadt und einer Teilzeittätigkeit – dann typischerweise im Angestelltenverhältnis – in einem ländlichen Raum. Entsprechende einrichtungs-, träger- oder auch sektorübergreifende Beschäftigungsmodelle müssen allerdings erst noch entwickelt werden, böten dann aber zumindest ländlichen Räumen mit guter Verkehrsanbindung an ein Oberzentrum durchaus Potentiale für die Rekrutierung medizinischen Personals.

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

Ich finde es gut, dass man sich Gedanken macht. Ich fände es gut, wenn es die Möglichkeit gebe als Landarzt angestellt zu werden bei einer Kommune im öffentlichen Dienst, sodass man sich um die Bürokratie und das Personal, sowie Anschaffungskosten keine Gedanken machen muss.

Das Geschlecht hat weiterhin ebenfalls einen signifikanten Einfluss: Frauen sind deutlich eher bereit, auch aufs Land zu gehen als Männer. Dagegen spielt der Studienabschnitt bei dieser Frage auch 2022 keine Rolle.

TABELLE 43 / ARBEITEN IN LANDKREISEN UND LANDGEMEINDEN NACH GESCHLECHT
(ANGABEN IN PROZENT)

	Landkreise / Arbeiten in Gemeinden bis 10.000 Einwohner				Landgemeinden / Arbeiten in Gemeinden bis 5.000 Einwohner			
	2010	2014	2018	2022	2010	2014	2018	2022
Weiblich	68,5	71,7	69,8	71,7	63,3	54,3	60,7	62,8
Männlich	57,6	57,3	58,7	61,3	50,1	42,8	50,7	52,5
N	10.604	11.462	12.523	8.492	10.604	11.462	12.520	8.492

4.12 VERSORGUNGSFORMEN UND -MODELLE: INFORMATIONSTAND ZUKÜNFTIGER ÄRZTE

Kerngeschäft aller kurativ tätigen Ärzte ist die Diagnose und Therapie, also die Behandlung von Patienten. Genau dies wollen die künftigen Ärzte auch leisten und in Studium und Weiterbildung lernen. Entsprechend sind die Studiengänge aufgebaut und im internationalen Vergleich ist die deutsche Variante der Ausbildung in der Medizin sicher nicht die schlechteste. Die spätere Tätigkeit als Arzt umfasst aber weit mehr als die Behandlung von Patienten. Wir haben in Deutschland eine ausgeprägte sektorale Trennung und eine doppelte Facharztschiene, verschiedene Versorgungsformen und -modelle und insbesondere die freiberufliche Tätigkeit bedarf auch einiger betriebswirtschaftlicher Kenntnisse. Zudem gibt es einen Bedarf an Ärzten auch in der medizinischen Forschung und im ÖGD. Hinzu kommen technische Neuerungen und Entwicklungen, die unter den Schlagworten Digitalisierung und Telemedizin subsumiert werden (vgl. dazu auch Kap. 4.13). Aber gerade auf diese Aspekte der späteren Berufstätigkeit bereitet das Medizinstudium in seiner jetzigen Form offenkundig immer noch nicht suffizient vor, viele der Befragten beklagen wie auch in den Jahren zuvor hier Defizite wie die folgenden:

.....
Allgemeinmedizin und allgemein die Möglichkeit einer Niederlassung geraten im Studium sehr in den Hintergrund. Über die speziellen Anforderungen die ein Praxisalltag neben der reinen medizinischen Versorgung hat, wie Praxisverwaltung oder ähnliches lernt man an der Uni leider nicht. Seit der Corona-Pandemie hat sich der Schwerpunkt des Studiums noch weiter von dem Erlernen praktischer Tätigkeiten abgewendet. Viele Praktika sind entfallen und durch das E-Learning ist der eh schon spärliche Patientenkontakt noch weniger geworden.
.....

.....
Ich würde mir wünschen, dass die Digitalisierung der Medizin einen viel größeren Anteil im Medizinstudium hat. Die Art zu behandeln wird sich durch Telemedizin & KI im Grundsatz ändern, genauso wie das Bild der ÄrztInnen. Diese Kompetenz und vor allem die Möglichkeiten für MedizinerInnen sollten fester Bestandteil der Ausbildung sein. Genau so wie Betriebswirtschaftliche Grundlagen und Aufklärung über Rechtslagen zu Arbeitsschutz in Krankenhäusern.
.....

.....
Es sollte mehr Zeit, Mühe und Geld in eine sinnvolle und effektive Ausbildung junger Ärzte nach dem Studium investiert werden, denn das würde nicht nur dem Gesundheitszustand der Patienten zugutekommen, sondern auf der psychischen Gesundheit der Assistenzärzte (weniger Stress und weniger Fehler). Außerdem würde es den Kassen weitere Behandlungen ersparen, die durch Ärztefehler zustande kommen.
.....

.....
Im Studium ist man sehr auf die wissenschaftlichen Inhalte fixiert. Zwar gibt es das Fach Berufsfelderkundung, jedoch ist dieses schlecht gestaltet. Man sollte dort etwas über die Arbeit im Krankenhaus, in der Praxis oder in der Forschung lernen und welche Bedingungen (Gehalt, Freizeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.) dort herrschen. Zwar studiert man Medizin, aber man weiß noch nicht so recht, welcher Weg es werden soll. Ich kann mir eher vorstellen, eine eigene Praxis zu führen, aber die Arbeit im Krankenhaus kann auch schön sein. An Universitäten sollte es hier fakultative Vorlesungen/Infoveranstaltungen geben, die über unsere Möglichkeiten aufklären.
.....

.....
Eine verstärkte Einbindung von medizinisch-naturwissenschaftlicher Forschung in das Studium, vor allem auch in der Vorklinik wäre wünschenswert.
.....

.....
Ich denke es war für alle Studenten sehr positiv, bereits in der Vorklinik durch die Tätigkeit als Krisenhelfer mitzuwirken und somit schnell Erfahrungen zu sammeln wie stressig und anstrengend dieser Beruf tatsächlich ist. Viele wissen nicht was sie erwartet, somit wäre es schon vor dem Antritt des Medizinstudiums ratsam zum Beispiel einen Bundesfreiwilligendienst oder ein FSJ absolviert zu haben.
.....

.....
Es kommt im Studium nicht vor, im Sinne eines Grundkurses in Betriebswirtschaft. Eigentlich ist das ja sinnvoll, da der Arztberuf nicht auf ökonomischen Gewinn abzielt, andererseits zeichnet die Realität ein anderes Bild.
.....

.....
Soweit ich das in der Vorklinik beurteilen kann, wünsche ich mir im Studium betriebswirtschaftliche Aufklärung, da Praxen immerhin einen immensen Anteil an der Gesundheitsversorgung dieses

Landes haben. Diesem Anteil wird die Vorbereitung auf eine solche Tätigkeit später nicht im Ansatz gerecht. Betriebswirtschaft ins Studium einbeziehen!!! Wie rechne ich ab? Wie plane ich finanziell? All das MUSS früh beigebracht werden. Der Mangel an niedergelassenen Ärzten ist ein hausgemachtes Problem!
.....

.....
Die scheinbare Notwendigkeit eines zusätzlichen BWL-Studiums für die Verwaltung und Abrechnung, sowie Personal-Management machen eine Niederlassung für mich Undenkbar. Gleiches gilt für die Telemedizin. Aufgrund der stark unterschiedlichen Qualität der Ausbildungen in den einzelnen Bereichen, kann es meiner Meinung nach keine Pausche Delegation geben. Ich komme selbst aus dem Rettungsdienst und es gibt extreme(!) Ausbildungsunterschiede. Und dennoch wird Formal allen ein gewisses Ausbildungsniveau als Notfallsanitäter zugesprochen.
.....

.....
Es wäre so wichtig, im Studium mehr um das Medizinstudium herum zu lernen. Abrechnung, Niederlassung, all sowas... Betriebswirtschaftliche Fragestellungen, aber auch übergreifende Themen, wie Bürgerversicherung und Co., sollten zumindest im Studium angeboten werden – eventuell gar als Kombistudium à la MD/MBA in den USA?!
.....

.....
Ich wünsche mir, dass die Niederlassung im Studium thematisiert wird und einem die „Angst“ vor dem großen bürokratischen Aufwand (Abrechnung, etc.) genommen wird. Hier habe ich bisher wirklich gar keine Ahnung, obwohl ich die Niederlassung generell attraktiv finde.
.....

.....
Das Thema Niederlassung und die damit verbundenen wirtschaftlichen Aspekte werden in dem Studium leider weder thematisiert (inhaltlich) noch aufgegriffen (Workshops/Seminare). Ich würde mir auch eine bessere Betreuung durch Ärzte in Famulaturen/Praktika/Pj und aber vor allem während der Facharztweiterbildung wünschen.
.....

>>

.....
Ich habe den Eindruck, viele Studierende haben großen Respekt oder gar Angst vor der Niederlassung. Das liegt meiner Meinung nach daran, wie kompliziert und umfangreich die ganze Bürokratie der Praxisführung ist, und wie wenig man darauf vorbereitet wird. Themen wie Behandlungsbudget, Abrechnungssystem, Vermeidung von Rechtsbruch während der Tätigkeit, werden bei uns entweder nur kurz theoretisch oder gar nicht im Studium angesprochen.
.....

.....
Ich habe nicht das Gefühl, dass mir zu den Themen Niederlassung oder Anstellung, Digitalisierung oder Telemedizin, Delegation und Substitution, oder zu Ihren beruflichen Perspektiven Inhalte vermittelt werden. Einiges habe ich außerhalb der Uni (Hiwi Job oder Praktikum) erfahren, aber die Möglichkeiten hat leider nicht jede*r im gleichen Maße. Im Gespräch mit Kommilitonen*innen (auch aus höheren Semestern gibt es häufig den Konsens, dass wir mit viel zu wenigen praktischen Fähigkeiten ins PJ geschickt werden, wo diese dann plötzlich vorausgesetzt werden.
.....

.....
Digitalisierung und damit verbundene Vorteile sollten schon früher beziehungsweise überhaupt im Studium gelehrt werden.
.....

.....
Die Themen Niederlassung, Anstellung, Digitalisierung oder Telemedizin, Delegation und Substitution sind bestimmt wichtige Themen, wenn diese Befragung aber als Ergebnis hat, dass diese Themen im Studium zu wenig behandelt werden und es da dringenden Nachholbedarf hat, muss man gleichzeitig auch sagen, dass es andere Baustellen im Studium gibt, die viel eher in Angriff genommen werden müssten, zum Beispiel die praktisch chirurgische Ausbildung der StudentInnen, um nur ein Thema zu nennen.
.....

.....
Bessere Ausbildungskonzepte in der Chirurgie. Es wird kaum gelehrt, nur die Oberärzte operieren. ... Viel mehr Praxis im Studium, wieso nicht einen festen Krankenhaustag? Famulaturen die man splitten darf, öfters wechseln, um mehr kennen zu lernen.
.....

.....
Es sollte im Studium mehr über die Möglichkeiten, Herausforderungen und Grundkenntnisse einer niedergelassenen Tätigkeit besprochen werden.
.....

.....
Um den Ärztemangel und der stetig wachsenden Arbeitsbelastung entgegen zu wirken, wären mehr Medizinstudiengplätze deren Vergabe fairer erfolgt, notwendig. Dies sei zu den persönlichen Wünschen gesagt. Zudem wäre eine noch höhere Praxisorientiertheit im Studium durchaus sinnvoll. In der Vorklinik bestehen deswegen kaum Verbindungen zur Praxis, die man nicht selbst schlägt.
.....

.....
Im Studium sollte meiner Meinung nach mehr (bzw. überhaupt) über das Thema Niederlassung informiert werden, aktuell weiß ich gefühlt so gut wie nichts darüber – besonders, wenn man keine ärztlich tätigen Verwandten hat!
.....

.....
Digitalisierung und Telemedizin sind im Studium an meiner Heimatuni kaum ein Thema.
.....

.....
In Bezug auf mein Studium haben sich meine Fähigkeiten/Kompetenzen aufgrund zum Teil schlecht umgesetzter Online-Lehre verschlechtert. Für mich selbst haben sich aber viele praktische Kompetenzen stark verbessert, als ich anfang, im Herbst 2020 in der Pflege auf der Herzchirurgie-Intensivstation des Ukb zu arbeiten. Das war aber allerdings auch aufgrund der pandemischen Umstände und des nebenbei weiterlaufenden Studiums gerade in Klausurenphasen schon eine extreme Belastung.
.....

Der letzte Kommentar verweist unter anderem auch auf die Schwierigkeiten des Studiums der Medizin während der Corona-Pandemie. Eine differenzierte Ausführung der Probleme, die diese mit sich brachte, wird in Kapitel 4.15 genauer diskutiert.

Generell ist der Tenor der Befragten, hinsichtlich des Gefühls schlecht über Aspekte wie die späteren beruflichen Anforderungen oder die Arbeitsbelastung informiert zu sein, gleich. Wie bereits 2014 und 2018 wird der eigene Informationsstand über verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung mehrheitlich eher schlecht eingeschätzt (Frage 17).⁷³ Anders als in den vorherigen Jahren wurden in diesem Jahr zusätzlich die persönliche Einschätzung des Informationsstands in Bezug auf Betriebswirtschaftslehre und Praxisführung abgefragt. Der bereits aus Kommentaren

der Befragten ersichtlich Unmut wird mit den Antworten der Selbstschätzung dieser Kategorien gestützt. Ein Großteil der Studierenden sieht vor allem hinsichtlich des eigenen Kenntnisstandes zu Praxisführung und Betriebswirtschaftslehre erhebliche Mängel.

Eine Ausnahme stellt hier nur der stationäre Sektor dar, den man bereits während des Studiums und im PJ kennenlernt. Auch hier sind es aber nur knapp 64 Prozent 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 – insgesamt ist der subjektive Kenntnisstand bei beiden Geschlechtern aber ausbaufähig. Der Anteil der Befragten, die sich subjektiv gut informiert fühlen, in allen Bereichen, für die Referenzdaten vorliegen, hat seit 2018 nicht weiter abgenommen und befindet sich auf einem ähnlichen Stand wie 2014.

Wir empfehlen jedoch weiterhin dringend, diese Ergebnisse nun endlich ernster zu nehmen und bei der Reform oder Novellierung von Studieninhalten zu berücksichtigen.

>>

⁷³ Die erstmals 2014 gestellte Frage haben wir 2018 um einige Bereiche wie z. B. den ÖGD ergänzt.

TABELLE 44 / SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN (ANGABEN IN PROZENT)

	2014	2018	2022
Stationäre Versorgung	65,2	59,5	63,5
Ambulante Versorgung	37,9	29,4	33,3
Gemischte Versorgungsmodelle	15,9	9,5	12,3
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung	13,0	9,1	11,5
Öffentlicher Gesundheitsdienst	–	4,5	8,2
Medizinische Forschung	–	21,6	28,1
Telemedizin	–	3,8	8,4
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung	–	10,8	13,3
Informations- und Wissensmanagement im Bereich ärztlicher Tätigkeit	–	11,5	13,6
Praxisführung	–	–	8,1
Betriebswirtschaft	–	–	5,1
N	zwischen 10.725 und 19.746	zwischen 11.958 und 12.003	zwischen 4.873 und 7.780

TABELLE 45 / SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	Weiblich	Männlich
Stationäre Versorgung*	61,9	67,0
Ambulante Versorgung*	31,8	36,6
Gemischte Versorgungsmodelle*	10,9	15,3
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung	10,9	12,7
Öffentlicher Gesundheitsdienst*	7,3	9,9
Medizinische Forschung*	25,2	33,5
Telemedizin	7,6	9,9
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung*	12,0	15,8
Informations- und Wissensmanagement im Bereich ärztlicher Tätigkeit*	11,6	17,2
Praxisführung	7,3	9,2
Betriebswirtschaft*	3,5	8,2
N	zwischen 4.812 und 7.693	

* Hochsignifikanter Unterschied

TABELLE 46 / SUBJEKTIV GUTER INFORMATIONSSTAND ÜBER ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSBEREICHEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	Vorklinik	Klinik	PJ	
Stationäre Versorgung*	62,1	64,5	73,8	◀ 2014
	51,6	59,3	70,8	◀ 2018
	59,5	62,6	70,4	◀ 2022
Ambulante Versorgung	38,9	37,6	37,3	
	24,8	31,4	29,2	
	32,3	33,4	34,4	
Gemischte Versorgungsmodelle*	19,8	13,9	15,7	
	10,8	9,2	8,9	
	16,9	10,7	11,1	
Teamstrukturen in der ambulanten Versorgung	17,1	11,1	12,3	
	10,2	9,1	8,2	
	13,8	10,6	11,1	
Öffentlicher Gesundheitsdienst	–	–	–	
	6,7	3,8	2,8	
	10,2	7,5	7,5	
Medizinische Forschung*	–	–	–	
	15,9	22,2	23,9	
	22,0	29,9	31,1	
Telemedizin*	–	–	–	
	3,8	3,7	3,9	
	11,9	7,3	7,7	
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung*	–	–	–	
	11,7	10,5	10,7	
	17,3	12,1	11,6	
Informations- und Wissensmanagement im Bereich ärztlicher Tätigkeit	–	–	–	
	10,2	11,4	12,7	
	14,5	13,0	14,0	
Praxisführung*	–	–	–	
	–	–	–	
	12,9	6,5	6,8	
Betriebswirtschaft*	–	–	–	
	–	–	–	
	9,5	3,6	4,2	
N	2014 zwischen 10.725 und 10.746 2018 zwischen 11.929 und 11.974 2022 zwischen 4.860 und 7.761			

* Hochsignifikanter Unterschied.

4.13 DIGITALISIERUNG: HOFFNUNGEN UND BEFÜRCHTUNGEN

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

.....
Digitalisierung könnte viel Positives bringen, aber momentaner Planungsstand und vor allem Umsetzung sind schlecht.

.....
Die Digitalisierung wird unterschätzt und soll nicht befürchtet werden, denn ein guter Übergang soll Ärzten näher von den Patienten machen. Nicht genug wird darin investiert und Medizinstudierende sind kaum davor vorbereitet.

.....
Themen der Praxisorganisation bei Niederlassung müssten aus meiner Sicht im Studium schon angesprochen werden. Die Digitalisierung sollte dabei helfen, die bürokratischen Aufgaben schneller zu bewältigen und mehr Zeit am Patienten zu haben.

.....
Auch die Digitalisierung sollte nicht nur später im Beruf, sondern auch im Studium viel besser umgesetzt werden.

.....
Digitalisierung ist ein Muss. Es passiert so wenig, dass man gar nicht weiß, worüber man sich ärgern könnte, weil man die Möglichkeiten gar nicht erst kennt, die zum Beispiel auf dem Markt verfügbar wären.

Dabei ist das Thema nicht nur im Curriculum der medizinischen Studiengänge durchaus ausbaufähig, auch der Stand der Realisierung in der Versorgung ist kein Anlass für Lobeshymnen.

Zwar kann man auf der Internetseite des BMBF lesen: „Die Digitalisierung hat die Medizin erreicht. Sie könnte das heutige Gesundheitssystem grundlegend verändern, so dass jede Patientin und jeder Patient von besseren Diagnosen und individuelleren Behandlungen profitiert.“⁷⁴ Dem steht aber zum Beispiel entgegen, dass es zwar seit 2021 die digitale Patientenakte (ePA) gibt⁷⁵, diese jedoch nicht verpflichtend und auch für ältere Menschen schwer zugänglich ist. Wie bereits im Jahr 2018 angemerkt, kann bisher noch immer von keiner
 >>

TABELLE 47 / AUSWIRKUNGEN DER DIGITALISIERUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	Verbesserung	Keine Änderung	Verschlechterung	Kann ich nicht beurteilen
Diagnosemöglichkeiten	80,7	7,5	5,6	6,2
Behandlungsmöglichkeiten	74,1	14,8	4,4	6,7
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis	14,0	34,8	41,1	10,2
Arzt-Patienten-Kommunikation	33,4	20,9	37,8	7,9
Arbeitsorganisation	81,6	7,5	4,6	6,3
Verfügbarkeit von Ärzten	59,5	23,9	6,1	10,4
Ärztliche Entscheidungsautonomie	13,5	35,1	29,7	21,8
Delegation ärztlicher Leistungen	39,3	26,2	8,3	26,2
Sicherheit von Patientendaten	18,4	25,4	39,4	16,9
Sektorenübergreifende Versorgung	74,3	8,6	1,7	15,4
N	zwischen 8.503 und 8.545			

TABELLE 48 / BEWERTUNG ZIELSETZUNG DER DIGITALISIERUNG IN MEDIZINISCHER VERSORGUNG UND STAND DER UMSETZUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	„Sehr gut“ und „Gut“	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Kein Urteil
Zielsetzung	28,5	5,0	23,5	22,4	7,9	8,8	32,4
Umsetzung	1,4	0,1	1,3	9,5	16,6	47,3	25,1
N	zwischen 8.501 und 8.531						

flächendeckenden, sektorübergreifenden elektronischen Patientenakte in Deutschland die Rede sein. Und dies, obwohl das Thema seit Anfang der Nuller Jahre diskutiert wird (wir haben z. B. von 2004 bis 2011 ein von KV RLP und dem Land RLP durchgeführtes Modellprojekt zur Einführung einer solchen Patientenakte wissenschaftlich begleitet), Leistungserbringer bestenfalls unzureichend elektronisch vernetzt sind und es bei der Kommunikation und Datenübermittlung immer noch regelmäßig zu Medienbrüchen kommt. Auch dies wird von den angehenden Ärzten kritisch kommentiert:

Häufige Abstürze von Computer Software beziehungsweise schlechte/unstabile Internetverbindungen machen das Arbeiten manchmal fast unmöglich in den Arztpraxen. Ich würde mir deutlich bessere IT-Systeme in der Hinsicht wünschen. Dadurch würden auch deutlich mehr Praxen Interesse an Digitalisierungsmaßnahmen haben.

Die Digitalisierung in Deutschland ist wirklich schlecht. Nach meiner (subjektiven) Einschätzung stehen wir uns oft selbst im Weg, vor allem durch die ganze Überbürokratie (und dem Datenschutz)... Ein Beispiel dazu: Ich war über 10 Jahre im Pflegeberuf tätig und bat die Personalabteilung meine monatlichen Lohnabrechnungen digital zu schicken, was nicht gemacht wurde aufgrund des Datenschutzes... Ich hab eine persönliche Mailadresse und zu dem eine 2 Faktor Authentifizierung, was meines Erachtens sicherer ist, als eine postalische Zustellung... Ebenso könnte man auch alle anderen Bereiche aufzählen...

Ich habe mit einigen Nicht-Medizinischen Arbeitsgruppen in verschiedenen Kliniken gesprochen und jedes Mal war mein Eindruck, dass diese Menschen aus mir unverständlicher Reaktanz unbedingt im ärztlichen Alltag mitmischen wollten und so versucht haben, Zusammenarbeit und Respekt von den Ärzten zu erzwingen. Diese Digitalisierungsprojekte waren dann gut angedacht, aber scheiterten an der Umsetzung, weil es entweder keinen WLAN-Empfang auf der Station gab oder weil schlichtweg das Stationsteam kein Interesse daran hatte.

Komplette Digitalisierung, besser gestern als heute! Der Zustand in vielen Praxen und vor allem aber großen Kliniken ist katastrophal, nicht mehr zeitgemäß und schlicht ineffizient. Ich habe in einer nagelneuen Praxis Famulatur gemacht, die komplett digital lief. Ich würde es nicht anders machen später. So gut es dort intern lief, leider ist trotzdem weiterhin die Kommunikation mit Kollegen aus Laboren, Histologie oder großen Kliniken an Befunde in Papierform gekoppelt. Beratungen zur späteren Niederlassung sind auf jeden Fall wünschenswert, vielleicht gibt es die aber ja auch schon so, damit musste ich mich bis jetzt noch nicht wirklich beschäftigen.

Telemedizin prinzipiell gut, jedoch braucht es dafür erst einmal einen Fortschritt in der Digitalisierung in Deutschland. Darüber hinaus dürfen ältere Menschen, die über keine/weniger Computerkenntnisse verfügen, nicht ausgeschlossen werden...

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte von politischer Seite und auch von Klinikleitungen, sowohl ambulant als auch stationär stärker forciert und zielgerichtet gefördert werden. Es braucht feste Zuständigkeiten, eine bundesweit einheitliche Umsetzungsstrategie und klaren Veränderungswillen. Die junge Generation sollte hier auch stärker miteinbezogen werden. Gezielter Abbau beziehungsweise Verschlankung von Bürokratie und damit einhergehend bessere Arbeitsbedingungen und daraus wiederum folgend auch bessere Patientenversorgung sollten stets das Ziel sein.

Zunehmende Nutzung von deep-learning Algorithmen vor allem in der Pathologie und Radiologie, aber auch in fast allen anderen Fachrichtungen werden Qualitätssicherung und Diagnostik vorantreiben, auch wenn es bis zur vollständigen Umsetzung vermutlich noch einige Jahre dauern wird. Die Digitalisierung bietet ein großes Potential zur Effizienzsteigerung, allerdings sind Krankenhäuser und auch Ämter nicht ansatzweise auf eine ausreichende Datensicherheit vorbereitet. Auf aktuellem Stand kann deshalb fast mit Sicherheit vorausgesagt werden, dass digitalisierte Patientendaten in die falschen Hände gelangen werden.

Selbst die beste Firewall (welche die meisten Krankenhäuser nicht besitzen), ist wirkungslos wenn Mitarbeiter keine ausreichende Kompetenzen zum Beispiel zu Passwort-Sicherheit und Phishing-Mails besitzen. Solange die Digitalisierung also vorangetrieben wird und diese Sicherheitslücken sich nicht schließen wird es nur eine Frage der Zeit sein, bis digitale Anwendungen ausfallen oder ausgebeutet werden.

Fernab der Kritik am Digitalisierungsstand des medizinischen Sektors erhoben sich auch kritische Stimmen unter den Studierenden bezüglich einer generellen Technisierung und Digitalisierung im medizinischen Bereich. Einige nannten beispielsweise eine mögliche Verschlechterung der Arzt-Patienten-Kommunikation oder auch der generellen Überforderung durch digitales „Unwissen“.

Die Zielsetzung, dass durch Digitalisierung Ärzte entlastet werden, ist sehr gut. Allerdings ist die Umsetzung momentan dahingehend, dass die Ärzte in ihrer Freizeit durch erhöhte Erreichbarkeit weiter eingeschränkt werden.

In der Digitalisierung und vor allem der Telemedizin sehe ich die Gefahr einer deutlich zunehmenden Verschlechterung der Arzt-Patienten-Kommunikation, sowie einer gegebenenfalls entstehenden Objektifizierung und noch schnelleren „Patientenabfertigung“. Da dieser scheinbare Fortschritt sicherlich dem Zweck dient den Ärztemangel in ländlichen Regionen zu kompensieren, ist es erstmal nicht ganz verwerflich, nur sollte dies nicht zum allgemeinen Standard werden. Das primäre Ziel sollte sein mehr Ärzte auszubilden und attraktivere Anreize zu schaffen auf dem Land zu praktizieren! Pflegeberufe und weitere medizinische Berufsgruppen müssen ebenfalls attraktiver gemacht werden, der Arzt ist nicht alles. Die Corona-Pandemie ist auch ein exzellentes Beispiel wie schlecht die Kommunikation und Interessen unter allen Beteiligten funktioniert. Mit den teils auch widersprüchlichen Maßnahmen hat man sicherlich die akute Überlastung der Krankenhäuser und der Gesundheitssysteme verhindert aber langfristig das gesamte System, welche vorher schon sehr marode war, nun fast endgültig

>>

zum Kollaps gebracht und das aktuell ohne vermehrtes Patientenauftreten. Ich denke in Deutschland muss sich der Medizinbereich mal ernsthaft Gedanken machen welches Ziel wir eigentlich verfolgen. Steht der Mensch/Patient/Medizinpersonal oder der Profit im Vordergrund? Ist es sinnvoll, dass Krankenkassen selbst Investoren von Krankenhausketten sind oder liegt da nicht ganz klar ein Interessenkonflikt vor?! Fragen über Fragen...

.....
Andere Berufsfelder können teilweise nicht noch mehr Aufgaben übernehmen, weil die eigenen immer mehr werden. Mich sorgt, dass mit zunehmender Digitalisierung die EDV Aufgaben noch mehr werden.

.....
Sowohl die Zielsetzung, dass alle Krankenhäuser bis, ich meine es war 2023, voll digital funktionieren sollten als auch die Umsetzung dieses Zieles sind kurzsichtig. An und für sich hat die Digitalisierung ein großes Potential. Man kann von überall auf alle wichtigen Daten zugreifen, alle Bilder selbst betrachten, alle Dokumentation leserlich durchführen und überdies kann eine automatische Kontrolle mancher Befunde doch hier und da einen Nachts-um-3-in-der-Notaufnahme-Fehler aufdecken, bevor etwas schlimmes passiert. Das Problem ist: All das tut sie selten. Langsame Rechner, unzuverlässiges WLAN, andauernde Updates, bekloppt konzipierte und undurchsichtige Programme. In meinem Haus wurde zuletzt die Medikamentenanordnung digitalisiert. Das Programm, das wir nutzen, ID-Pharma, ist aber unsinnig komplex. Man versuche mal eine Infusion mit Tazobac anzuordnen.

Schrieb man früher einfach Tazobac 4,5g i.v. 1 - 1 - 1, muss man sich nun erstmal durch die Liste der Generika scrollen, dann noch die Trägerlösung definieren und eine Laufrate anordnen. Nichtmal auf der Intensivstation muss man eine Infusion so genau anordnen und wenn doch, hat man dafür 'nen Perfusor. Es fehlt die Möglichkeit, ganz stumpf „Tazobac 4,5g i.v. 1 - 1 - 1“ einzugeben. Und dann natürlich noch die Sicherheitsfrage. Computer sind intrinsisch komplex. Nichteinmal der gemeine Informatiker kann lückenlos die genaue Funktionsweise aller Kleinstschritte aufzählen, die vom Start des Computers bis zu meiner Anordnung des oben genannten Tazobac stattfinden, geschweige denn alle Aspekte des Datenschutzes und der Cybersicherheit. Eine Papierakte kann nicht gehackt werden. Soll kein Digitalisierungs-Bashing sein, sondern nur ein Wort der Vorsicht.

.....
Frauen und Männer sehen die Chancen und Risiken von Digitalisierung und Telemedizin strukturell ähnlich. Allerdings sind die Männer bei der Beurteilung der Chancen anteilig durchgängig optimistischer und bei den Risiken weniger pessimistisch als die Frauen. Die Studiendauer hat keine systematischen Unterschiede zur Konsequenz, lediglich bei der Delegation ärztlicher Leistungen steigt der Anteil der Befragten, die hier Verbesserungspotential sehen, von 33 Prozent in der Vorklinik auf 46 Prozent im PJ.

⁷⁴ www.bmbf.de/de/digitalisierung-in-der-medizin-2897.html

⁷⁵ www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.html

4.14 ÜBERTRAGUNG ÄRZTLICHER AUFGABEN AN ANDERE BERUFSGRUPPEN

Unter den Stichworten „Delegation“ und „Substitution“ wird seit einigen Jahren zunehmend intensiver über die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an entsprechend qualifizierte Arztassistenten, Pflegekräfte oder Medizinische Fachangestellte diskutiert, die diese dann gegebenenfalls auch eigenverantwortlich übernehmen sollen. Dabei ist das Thema Delegation nicht neu und auch nicht grundsätzlich kontrovers, das der Substitution dagegen schon. Wir haben in der entsprechenden Frage an die Studenten dieses Reizwort wie auch bei der Befragung 2014 und 2018 deshalb vermieden und von einer möglichen Aufgabenübertragung gesprochen (Frage 20). Das Meinungsbild dazu ist insgesamt noch positiver als 2014 und 2018, knapp 72 Prozent der Befragten begrüßen solche Entwicklungen. Die generelle Akzeptanz hat seit 2014 um knapp 21,2 Prozentpunkte zugenommen. Die Kommentare zu diesem Thema sind überwiegend positiv, aber auch sehr differenziert:

Es gibt durchaus Situationen und Berufsgruppen, bei denen eine weitergehende Delegation sinnvoll ist, so zum Beispiel für Notfallsanitäter. Diese sollte m. E. nach entsprechenden SAA auch Opioide oder Ketamin und Midazolam zur eigenständigen Analgesie benutzen dürfen. Auch zur Verabreichung einer Phiole Bayotensin muss kein Notarzt mit Blaulicht durch die Heide heizen. Auch in einzelnen Nischenfeldern können Assistenzberufe wertvolle Arbeit leisten, bspw. Wundschwestern. Alles, was sich aber mit der tiefergreifenden Diagnostik und Therapie befasst ist das Privileg der Ärzteschaft. Weder hat ein Atemtherapeut (oder respiratory therapist) ein Laryngoskop anzufassen, noch hat ein Arztassistent (auch physician assistant) irgendwelche Anordnungen zu treffen oder gar Röntgendiagnostik zu veranlassen. Es ist immernoch der Arzt, der die Heilkunst ausübt und das nicht bloß in Form einer Aktenmedizin.

Ich denke, dass vor allem beim Thema Delegation ärztlicher Tätigkeiten noch großer Nachholbedarf besteht. Andere Länder machen es uns schließlich vor. Ich habe zum Beispiel nie verstanden, warum während meiner Famulaturen der Arzt (und nur der Arzt) Fäden ziehen durfte oder Pflegeartikel wie Inkontinenzeinlagen verordnen durfte. Vor allem bei Letzterem kann doch eine Pflegekraft viel besser beurteilen, welchen Bedarf der Patient hat und was das passende Produkt für die Verschreibung wäre! Dies würde zu einer Entlastung des Arztes und zu einer Aufwertung der anderen Gesundheitsberufe führen. Voraussetzung hierfür ist für mich aber auch endlich eine Anpassung der Ausbildungsrichtlinien für Gesundheitsberufe, die mit anderen europäischen Ländern wie zum Beispiel Spanien vergleichbar wäre. Da liegt also noch viel Arbeit im politischen Rahmen an.

Bevor man ärztliche Aufgaben delegiert, was ich grundsätzlich begrüße, muss sich dringend um den Fachkräftemangel gekümmert werden. Wenn das Hilfspersonal aufgrund von Unterbesetzung ohnehin chronisch überarbeitet ist,

was aktuell ubiquitär der Fall ist, kann man noch nicht über Delegation und damit Erhöhung ihres Arbeitspensums nachdenken. Die Attraktivität von Berufen im Gesundheitswesen muss gesteigert werden.

Die Delegation gerade von einfachen Tätigkeiten fände ich sehr gut. Ich habe aber mitbekommen das in manchen Häusern die Ärzte und PJ-ler die Antibiosen selbst anhängen müssen, weil die Pflege sich sträubt. Da frage ich mich dann aber auch wie Delegation funktionieren soll wenn selbst für solche Tätigkeiten keine Verantwortung übernommen werden will.

Ich finde man sollte die ärztliche Delegation nicht noch weiter „schwächen“, da dadurch die Qualität der medizinischen Versorgung abnehmen wird!

Delegation: auch gerne, aber die originären Aufgaben dürfen nicht leiden. Ich bin Fan von VERAHS, und würde sie auch besser bezahlen, aber bin nicht bereit, auch rechtliche Verantwortlichkeiten bei nur fraglicher Eignung zu delegieren.

>>

TABELLE 49 / ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN (ANGABEN IN PROZENT)

	2014	2018	2022
Ich begrüße solche Entwicklungen	50,6	68,2	71,8
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	21,9	15,2	12,0
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	27,5	16,5	16,2
N	10.314	12.008	8.562

TABELLE 50 / ÜBERTRAGUNG VON ÄRZTLICHEN AUFGABEN AN ANDERE MEDIZINISCHE BERUFSGRUPPEN NACH STUDIENABSCHNITT (ANGABEN IN PROZENT)

	Vorklinik	Klinik	PJ	
Ich begrüße solche Entwicklungen	46,3 62,4 70,4	50,3 68,6 70,7	62,3 77,2 76,4	< 2014 < 2018 < 2022
Ich lehne solche Entwicklungen eher ab	22,6 15,7 12,2	22,3 16,0 12,8	18,9 13,1 9,8	
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	31,1 21,8 17,3	27,4 15,4 16,6	18,8 9,7 13,8	
N	10.218 11.979 8.539	3.555 3.151 2.534	5.285 5.575 4.202	1.378 1.650 1.803

Die grundsätzliche Einstellung der nachrückenden Generation der Ärzte unterscheidet sich mithin – wenn denn die „Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an entsprechend qualifizierte Arztassistenten, Pflegekräfte oder Medizinische Fachangestellte, die diese dann eigenverantwortlich übernehmen“ als Substitution interpretiert wird (was sie der grundsätzlichen Tendenz nach wäre) – deutlich von der offiziellen Position der aktuell tätigen Ärzte, denn „der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt jede Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches akademisiertes Personal ab.“⁷⁶ Dieser Beschluss wurde 2017 nochmals bekräftigt: „Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt die Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben durch nichtärztliche Gesundheitsberufe konsequent ab.“⁷⁷

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

Die Frage zu Delegation ist sehr schlecht gestellt. Die Rahmenbedingungen machen einen wichtigen Unterschied. Oft haben nicht-ärztliche Kolleg*innen sehr schlechte Rechtssicherheit bei delegierten Tätigkeiten. Außerdem sind die Entwicklungen bei der Delegation klar an ökonomische Interessen gebunden, und das Ärzt*in-Patient*in-Verhältnis wird dadurch weiter zerstört. Statt einfach mal das Geld in die Hand zu nehmen und genug Ärzt*innen auszubilden behilft man sich mit neuen Berufen und mehr Kompetenz für andere Berufe, ohne ihnen dafür die nötige Rechtssicherheit zu bieten oder den Wunsch vieler Ärzt*innen nach enger Betreuung (statt fabrikartiger Abfertigung) ihrer Patient*innen zu berücksichtigen. Auch wenn ich es grundsätzlich richtig finde, dass nicht-ärztliche Berufe mehr Kompetenzen erhalten, ist es unter den aktuellen Bedingungen meistens schlichtweg ökonomisch begründet und führt kaum zu besser Versorgung.

Eine Delegation ärztlicher Aufgaben an die Pflege ist meiner Meinung nach nicht zielführend, solange ein starker Mangel an Pflegekräften besteht. Verschiebt nur das Problem.

Grundsätzlich bin ich nicht abgeneigt, dass anderen Berufsgruppen mehr Kompetenzen zugesprochen werden sollten (NotSan Gesetz 2015 war eine Wohltat für den Rettungsdienst – außer in Bayern. Der ärztliche Leiter dort hält zum Nachteil der Patienten an mittelalterlichen Strukturen fest) ABER die Etablierung von neuen Berufsgruppen wie physician assistant ist überhaupt nicht zielführend, wenn das grundsätzliche Problem Personalmangel (sowohl ärztlich als auch pflegerisch) ist.

Delegation von bürokratischen Aufgaben an nicht-ärztliches Personal finde ich eine gute Idee damit Ärztinnen und Ärzte mehr Zeit für die tatsächliche Patientenversorgung haben. Die ärztliche Patientenversorgung kann meiner Meinung nach nicht an anderes Personal delegiert werden.

Delegation von einfachen ärztlichen Tätigkeiten wie BE oder PVK legen gerne. Diagnose, Therapieplanung sollten aber weiterhin ausschließlich in ärztlicher Hand bleiben. Wenn eine Delegierung jedoch dazu führt, dass Ärzte und Ärztinnen noch mehr Zeit mit nicht-ärztlichen Tätigkeiten verbringen müssen und dafür weniger Zeit mit den Patient*innen bleibt dann lieber nicht. Den Pflegenotstand und Ärztemangel zu bekämpfen sollte jedoch eine höhere Priorität haben als die Delegierung von ärztlichen Tätigkeiten.

Diese quantitativen wie qualitativen Ergebnisse zeigen, dass die Diskussion über die Themen „Delegation“ und auch „Substitution“, deren Virulenz eine Konsequenz einer fast schon chronischen Mangelsituation ist, nicht durch Gremienbeschlüsse beendet werden kann, sondern ganz im Gegenteil konstruktiv, differenziert und ergebnisoffen geführt werden muss. Dabei halten

wir es für sehr empfehlenswert, wenn gerade dabei Vertreter der künftigen Ärzteschaft stärker in die Diskussion mit einbezogen werden, da diese mit und unter den künftigen – wie auch immer gestalteten – Rahmenbedingungen in der medizinischen Versorgung arbeiten muss. In den Kommentaren wird erneut die Problematik der Bürokratisierung der Medizin deutlich. Die zusätzlichen Belastungen durch die bürokratischen Aufgaben manifestieren sich auch in einer Zukunftsangst.

⁷⁶ www.bundesaerztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf

⁷⁷ www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

4.15 STUDIUM UND AUSBILDUNG VON MEDIZINERN VOR DEM HINTERGRUND DER CORONA-PANDEMIE

Die Corona-Pandemie hatte weltweit erhebliche Auswirkungen auf die verschiedenen Bereiche des Lebens, wobei das Studium der Medizin hier keine Ausnahme darstellt. Medizinstudierende standen vor neuen Herausforderungen und mussten lernen sich mit den Einschränkungen, die während ihrer medizinischen Ausbildung auftraten, zu arrangieren. Die Arbeitsbedingungen für Studierende in dieser Phase waren anspruchsvoll und stellten sie vor eine einzigartige Situation. In vielen Ländern wurden klinische Praktika und Krankenhausstätigkeiten aufgrund von Sicherheitsvorkehrungen und Infektionskontrollmaßnahmen eingeschränkt oder gar ausgesetzt. Zusätzlich mussten Lehrpläne an den Universitäten geändert werden, was teilweise – wie in den Kommentaren angemerkt wird – zu Verzögerungen des Studiums führte.

Auch der direkte Kontakt mit Patienten, welcher ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Ausbildung ist, entfiel oder war nur sehr eingeschränkt möglich.

Darüber hinaus mussten viele Medizinstudierende an vorderster Front der Pandemie arbeiten, indem sie beispielsweise bei der Versorgung von COVID-19-Patienten oder in Test- und Impfzentren ausgeholfen haben. Häufig bedeutete dies lange Arbeitszeiten, hohe psychische und physische Belastung und die potentielle Gefahr der Ansteckung.⁷⁸

Trotz der Herausforderungen, die sich aus den neuen Umständen ergaben, leisteten viele Medizinstudierende einen bedeutenden Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie. Jedoch bewerten in unserer Befragung 58,4 Prozent die Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger

Kompetenzen während des Studiums und der Pandemie als negativ. Vor allem haben, wie in Tabelle 51 ersichtlich, die Kommunikation mit ärztlichen Kollegen, Patienten, sowie die praktischen Fertigkeiten in der Untersuchung/Behandlung von Patienten gelitten.

Dabei arbeiteten viele der Befragten in den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens, wobei einige mehr und andere weniger Patientenkontakt als ihre Kommilitonen hatten.

>>

TABELLE 51 / AUSWIRKUNGEN DER CORONA-PANDEMIE AUF DIE ENTWICKLUNG VON KOMPETENZEN, 2022 (ANGABEN IN PROZENT)

	Verbesserung	Verschlechterung
Selbstorganisation	55,2	5,6
Kommunikation mit ärztlichen Kollegen	21,3	32,5
Kommunikation mit Patienten	23,2	43,7
Praktische Fertigkeiten in der Untersuchung/Behandlung von Patienten	20,4	55,0
Umgang mit Medizintechnik	18,6	28,8
Umgang mit EDV	24,3	13,9
N	zwischen 5.729 und 5.738	

TABELLE 52 / AUFGABEN WÄHREND CORONA-PANDEMIE IN DER VERSORGUNG ODER PANDEMIEBEKÄMPFUNG, 2022 (ANGABEN IN PROZENT) *

	In Prozent
Mitarbeit auf Intensivstationen	14,4
Mitarbeit auf Normalstationen	26,2
Mitarbeit in Testzentren	16,9
Mitarbeit in Impfzentren	13,1
Mitarbeit in Arztpraxen	12,3
Mitarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	6,5
Mitarbeit bei Hotlines	2,8
Mitarbeit in Notaufnahme/Notdienst/ZNA	2,1
Pflege/Rettungsdienst (vorangegangene Berufserfahrung)	5,0
Mitarbeit in Apotheke	0,1
Dienste ohne direkten Patientenkontakt (Labor, Biologie, MTLA)	0,7
N	5.043

* Die Nennungen der Kategorie „Sonstige“ wurden nachträglich den Überkategorien algorithmisch zugeordnet. Auf Anregung der Studierenden entstand so zusätzlich die Kategorien „Mitarbeit in Notaufnahme/Notdienst/ZNA“, „Pflege/Rettungsdienst (vorangegangene Berufserfahrung)“, „Mitarbeit in Apotheke“, „Dienste ohne direkten Patientenkontakt (Labor, Biologie, MTLA)“.

Es konnten zudem signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Mithilfe bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie festgestellt werden. Dabei sind es 63,1 Prozent der Männer und nur 56,9 Prozent der Frauen, die in der Versorgung oder Pandemiebekämpfung während ihres Studiums tätig waren. Männer arbeiteten dabei häufiger auf Intensivstationen, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder hatten eine vorangegangene Berufserfahrung, die sie letztlich zum Zwecke der Mitarbeit in der Versorgung nutzen konnten. Hingegen waren Frauen signifikant häufiger auf Normalstationen tätig als Männer.

Viele der Studierenden taten in der offenen Frage 28 ihre Eindrücke über ihr Studium während der Pandemie kund. Die Kommentare verdeutlichen, dass viele den Eindruck haben, es sei während der Pandemie zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der Ärzte gekommen. Dabei wird betont, dass der Ärztemangel und die Struktur des deutschen Gesundheitssystems den klinischen Beruf weniger attraktiv machen.

Es wird ein dringender Handlungsbedarf gesehen, den ärztlichen Beruf und das Studium selbst attraktiver zu gestalten. Neben der mangelnden Digitalisierung im Studium, litten die Studierenden durch Corona auch unter dem Fehlen praktischer Erfahrung.

Insgesamt wird eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse medizinischen Fachpersonals sowie die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der medizinischen Ausbildung gefordert.

.....
Die Corona-Pandemie hat Ärzte und Pflegekräfte bis an ihre Grenzen gebracht und gespalten, ich denke, dass sich dies vor allem negativ auf die Zukunft auswirken wird und es wäre schön, wenn man mit angemessenen Gehältern und Arbeitsbedingungen dagegensteuern würde. Und zudem die Pflege-Arzt-Kommunikation gefördert würde.

.....
Man hat den Eindruck, dass sich die ärztlichen Arbeitsbedingungen über die Pandemie und insgesamt eher verschlechtern. Besonders als Student im fortgeschrittenen Studium bekommt nun deutlich mit, wie stark der Ärztemangel und die deutsche Krankenhausstruktur/ das Gesundheitssystem den Arztberuf mit klinischem Schwerpunkt weniger attraktiv werden lassen. Streichung ärztlicher Stellen über die Pandemie hinweg, Coronabonus für alle außer die Ärzte, erhöhte Dienstbelastung bei schlechterer Bezahlung, kaum Ausbildung der jungen Kollegen bedingt durch Personalknappheit und ökonomi-

schen Druck – all diese Entwicklungen verschlechtern die berufliche Perspektive angehender Ärzte. Man wundert sich nicht mehr, dass viele ins Ausland gehen oder auf nicht-klinische Tätigkeiten ausweichen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, den ärztlichen Beruf wieder attraktiver und lebenswerter zu gestalten!

Ich wünsche mir für die Zukunft mehr Einsicht von den verantwortlichen Personen, die die Entscheidungen treffen, aus Krankenhäusern Industrien zu erschaffen. Die Tatsache, dass unsere Intensivstationen zu Zeiten einer Pandemie überlastet sind, ist nicht die Schuld derer, die sich infizieren, sondern die Schuld der Menschen, die entschieden haben Personal und Platz abzubauen. Und eben diese Menschen haben zu verantworten, dass seit Jahren Behandlungsfehler/Pflegefehler entstehen, dass Patientin ihr Vertrauen in den Arzt/ die Ärztin verlieren, weil diese, wie wir alle wissen, einfach nicht genug Zeit haben einen Patienten richtig anzusehen.
 >>

TABELLE 53 / AUFGABEN WÄHREND CORONA-PANDEMIE IN DER VERSORGUNG ODER PANDEMIEBEKÄMPFUNG NACH GESCHLECHT, 2022 (ANGABEN IN PROZENT)

	Weiblich	Männlich
Mitarbeit auf Intensivstationen*	21,3	26,2
Mitarbeit auf Normalstationen*	43,1	38,5
Mitarbeit in Testzentren	26,6	26,8
Mitarbeit in Impfzentren	21,1	20,4
Mitarbeit in Arztpraxen	19,4	18,4
Mitarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst*	9,5	11,8
Mitarbeit bei Hotlines	4,3	5,0
Mitarbeit in Notaufnahme/Notdienst/ZNA	17	2,5
Pflege/Rettungsdienst (vorangegangene Berufserfahrung)*	3,6	7,0
Mitarbeit in Apotheke	0,1	0,1
Dienste ohne direkten Patientenkontakt (Labor, Biologie, MTLA)	0,6	0,8
N	4.993	

* Hochsignifikanter Unterschied

Wie viele Patienten werden am Ende ihres stationären Aufenthaltes entlassen ohne ihre eigene Diagnose zu kennen? Auf chirurgischen Stationen werden Diagnosen abgefragt: Der Patient wird operiert, wird entlassen und damit ist die Aufgabe für den Chirurgen erledigt, wie es dem Patienten damit geht, was für gesundheitliche Probleme eigentlich noch behandlungsbedürftig wären, das interessiert leider niemanden. Woran das liegt? Naja... man kann es über DRGs leider nicht abrechnen. Wer verschwendet Arbeit und Kapazitäten, wenn für seine Leistung nicht bezahlt wird. Viele Jahre sind der Pandemie vorausgegangen, in denen bereits bewusst war, dass die Einsparung von Personal durch Geldgier unsere deutschen Kliniken zu einem Haufen überlasteter Versager macht. Politiker muss das nur leider nicht interessieren, denn die würden in einem Krankenhaus von einer Sonderbehandlung profitieren, sie müssten sich nicht hinten anstellen, wenn es um das letzte Dialysegerät oder den letzten Beatmungsplatz handelt. Wir sind Deutschland. Dass es Menschen gibt, die in Deutschland ein Medizinstudium abschließen, ohne im Anschluss die Personallücken in unseren Krankenhäusern zu schließen, liegt eben an jenen Lebensumständen, die der Beruf leider mit sich bringt.

Die digitale Lehre in Corona-Zeiten hat nicht nur die eh schon viel zu kurz kommenden praktischen Teile im Studium auf ein Minimum (ohne Ersatz!!) geschmäkelt, sondern auch gezeigt, dass die Digitalisierung in Deutschland auf keinem guten Stand ist. Außerdem habe ich gelernt, Digitalisierung nicht nur als Vorteil zu sehen, sondern gemerkt, dass digitale Formate in keiner Weise einen Ersatz für den persönlichen Austausch bieten.

So sehr, wie mich es mich menschlich weitergebracht hat, zu Pandemie Zeiten zu unterstützen (da bereits examinierte Pflegekraft), so sehr hat es meine akademischen Leistungen reduziert und folglich mein Studium verlängert.

Corona: Bisher sind die meisten praktischen Teile meiner Ausbildung als Arzt/meines Studiums ausgefallen. Ich empfinde dadurch einen großen Nachteil gegenüber der normalen Situation. Entweder Praktika wie der Präparierkurs, Biochemie-, Chemie-, Physik- und Biopraktika sind wichtig, dann habe

ich einen riesigen Teil der Ausbildung nicht erhalten, oder sie sind unwichtig, dann müsste man sich fragen, wieso sie überhaupt Teil des Studiums sind. Auch Teile des Untersuchungskurses U3 und U4 sind ausgefallen. Ich hatte weder die Möglichkeit, die Anatomie wirklich an einer Leiche zu erlernen (Zoom ist kein Ersatz), noch Labor-Methoden zu erlernen für Forschung und Co. Das ist sehr schade, dass diese Teile der Ausbildung nicht priorisiert wurden, wenn doch die Uni ein Ort ist, an dem Maßnahmen eingehalten werden und es somit bei uns zu keinen Absteckungen kam (jedenfalls mir nicht bekannt).

Ich finde es unglaublich ernüchternd wie wenig Rücksicht auf Pflegekräfte und medizinisches Fachpersonal im Allgemeinen während der Pandemie genommen wurde. Die Personalschlüssel sind viel zu niedrig (auch vorher schon), die Leute arbeiten sich für die Gesellschaft kaputt und die Politik tut nichts. Auch finde ich als Studentin den Umgang mit der Pandemie im Studium sehr schlecht. Die Studenten werden alleingelassen, es gibt kaum Ausweichtermine oder Konzepte zur Fehlzeitenregelung bei Corona-bedingten Fehlzeiten, man muss sich neben allem Anderen auch noch selbst um Ersatztermine kümmern. Ich finde das eine ziemlich große Unverschämtheit und einen traurigen Umgang mit der Lehre für die dringend gebrauchten Ärzt*innen der Zukunft.

Die online Semester hatten definitiv ihre Vor- und Nachteile, es wäre aber wünschenswert, dass sich Lehrformate, die sich bewährt haben, auch nach der Pandemie beibehalten werden. Digitalisierung spielt im Studium eigentlich keine Rolle, das wird eher durch Erfahrungen von Kolleg*innen in den Famulaturen vermittelt...

Ich finde es absolut unverschämt, dass PJ-Studierende so maßlos ausgebeutet werden. Wir wurden weder bei Corona-Boni berücksichtigt noch werden wir anständig bezahlt. Dabei leisten wir einen sehr großen Beitrag zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insbesondere der Krankenhäuser, in denen wir eingesetzt werden. Ich fordere hier ein Umdenken! Bereits als PJ-Studierende lernen wir die Undankbarkeit und die Überbelastung im Gesundheitssystem kennen, so dass ich nach Abschluss des Medizinstudiums auf keinen Fall als klassischer Arzt in einem Krankenhaus

arbeiten werde! Diese Einschätzung teilen sehr viele Medizinstudierende in meinem Umkreis.

Durch die Einschränkungen der Pandemie, wurden uns wichtige Übungseinheiten von praktischen Fertigkeiten im Studium genommen. Leider werden diese nicht nachgeholt. Ich bin im 7. Semester und habe noch nie selber ein EKG angelegt oder geschrieben... das hätte eigentlich im 4. Semester stattfinden sollen... so etwas finde ich unvorbereitend.

Es muss sich etwas ändern bezüglich Arbeitszeiten, Überstunden, Flexibilität, Freizeitausgleich, Verdienst. Durch Corona fühle ich mich als Student sehr schlecht auf mein Berufsleben vorbereitet da das an sich schon theoretische Studium noch verschulter war.

Die Corona Pandemie hat für mich die Möglichkeiten der Praxis Erfahrung in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen während des Studiums stark eingeschränkt.

Ich kann nur für mein Studium sprechen. Ich finde, meine Uni kam nur sehr schleppend bis gar nicht mit der Digitalisierung, die im Rahmen von Corona erforderlich war, voran. Meine Uni hat auch, finde ich, nicht viel dazugelernt. Die Digitalisierung brachte viel Positives mit sich, und meine Uni zieht jetzt überwiegend den alten Vor-Corona-Stiefel durch, ohne bewusst das Positive mitzunehmen. Ja, bereits aufgezeichnete Podcasts vom Sommersemester 2020 werden nicht gelöscht, aber das wars auch schon. In paar Jahren werden die vielleicht veraltet sein, und dass dann jemand die Motivation hat, neue Podcasts aufzunehmen, bezweifle ich. Ich kann nur hoffen, dass andere medizinische Lebensbereiche eher dazu bereit sind, aus neuen Situationen zu lernen und das Positive wirklich aktiv in die Zukunft zu integrieren. Ich finde, es muss Interesse an Fortschritt bestehen.

Corona: als studentische Hilfskraft in der Pandemie in einem Bereich mit hohem (Infektions)Risiko gearbeitet, keine Impfpriorisierung bekommen, keinen finanziellen Ausgleich.

⁷⁸ Siehe hierzu bspw.: www.aerzteblatt.de/archiv/214146/Coronakrise-Medizinstudierende-helfen-lassen

Generell muss betont werden, dass diese Umfrage im Kontext der Corona-Pandemie stattfand und diese einige Herausforderungen für die Studierenden bereithielt. Teilweise wurde der Unterricht auf digitale Plattformen verlegt, was die praktische Erfahrung und den persönlichen Austausch stark einschränkte. Die neue Ärztegeneration hatte hierdurch jedoch auch Einblicke in die Auswirkungen von Krisen auf das Gesundheitssystem und die Bedeutung ihrer zukünftigen Rolle als Ärzte. Die erhöhte Arbeitsbelastung und der Stress während der Pandemie könnte zudem dazu führen, dass diese ein stärkeres Bedürfnis nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance haben. Dabei spielt der Wunsch nach öffentlicher Anerkennung und Wertschätzung für medizinisches Fachpersonal eine sehr große Rolle, die sich auch in den Erwartungen an angemessene Arbeitszeiten und Gehälter niederschlägt.

Die Analysen der vierten Welle bestätigen nichtsdestotrotz erneut weitgehend die Ergebnisse der Befragungen aus den Jahren 2010, 2014 und 2018. Junge Menschen studieren Medizin, um in der ambulanten oder stationären Versorgung zu arbeiten, während andere Arbeitgeber und Arbeitsfelder – etwa die Forschung an einer Universität oder die Arbeit für ein Pharma-Unternehmen – unverändert deutlich weniger attraktiv sind.

Innerhalb des gleichsam ureigenen Feldes der individuell-kurativen Versorgung sind aber wiederum verschiedene Tätigkeitsoptionen nach wie vor unterschiedlich beliebt: Eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus – die alle angehenden Ärzte im Rahmen der Facharztweiterbildung ohnehin kennenlernen – und die Niederlassung als Facharzt sind vergleichbar attraktiv und werden von

jeweils rund drei Viertel der Studenten als Option genannt. Das ist eine Option, bedeutet aber gerade nicht, dass man später auch gleichsam automatisch zum Beispiel in der Klinik arbeitet. Die künftigen Ärzte monieren eher stärker denn je starre Strukturen, unflexible Arbeitszeiten, kaum Teilzeitmodelle und eine immer noch sehr ausgeprägte Hierarchie. Kliniken, die daran nichts geändert haben – die Befunde sind seit 2011 bekannt, haben Probleme bei der Besetzung freier Stellen und dies insbesondere dann, wenn die jeweilige Klinik zusätzlich einen Standortnachteil aufweist, also in einer unattraktiven Region liegt. Unattraktive Regionen sind ländliche Räume, aber auch schlecht angebundene Mittel- und Oberzentren in Randlagen. Zudem scheint sich eine Entwicklung abzuzeichnen, dass auch bestimmte Stadtbezirke in Metropolen als Arbeits- und erst recht als Lebensorte nach Möglichkeit gemieden werden.

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

Die negative Nachricht ist aber, dass auch die aktuell gemessenen Präferen-

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

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

Generell ist eine angestellte Tätigkeit – in der ambulanten oder stationären Versorgung – für fast alle Befragten ungebrochen eine attraktive Option, eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung favorisieren vor allem die Frauen. Dabei spielen Wünsche nach Teilzeittätigkeit und geregelter

>>

Arbeitszeit eine zentrale Rolle, die einem sich gewandelten Berufsrollenbild, der größeren Bedeutung von Freizeit, dem ausgeprägten Kinderwunsch und der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie geschuldet sind.

Unabhängig davon, ob die 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 hat einen stabil harten, aber sehr kleinen Kern von Anhängern (rund 5 %), ist aber ansonsten nicht mehr die erste und favorisierte Option. Eine Niederlassung – wenn sie denn in Frage kommt – soll dann in irgendeiner Form von BAG erfolgen.

Generell schrecken bei einer Niederlassung und damit verbundenen freiberuflichen Tätigkeit – egal ob in Einzel- oder (Formen einer) Gemeinschaftspraxis – seit 2010 unverändert das aus Sicht der 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. Von studentischer Seite wird dies gewünscht und gerade hier beklagen die künftigen Ärzte zum Teil massive 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 endlich und schnell gelöst und dann auch entsprechend kommuniziert werden. Insbesondere die bisherige Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist weder Patienten noch Ärzten vermit-

telbar.⁷⁹ Zudem haben sich diese als nachhaltige und ausgeprägte Niederlassungsbremse erwiesen und sollten abgeschafft werden.

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

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

Das Ausland hat seit 2010 kontinuierlich an Attraktivität eingebüßt und auch innerhalb Deutschlands nimmt die Neigung zu einem Ortswechsel stetig ab. Nach wie vor aber erfreuen sich 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 zunehmend stärkere Konzentration auf die Heimatregion beziehungsweise das Heimatbundesland und die Region rund um die Universität, an der man studiert hat und die man deshalb auch besser kennt. Für die Rekrutierung von Nachwuchs im ambulanten wie stationären Sektor bedeutet dies kurz gesagt: Den größten Erfolg versprechen Strategien, die für die jeweiligen Bundesländer Landeskinder oder Studenten der jeweiligen Landesuniversitäten ansprechen.

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

dend, 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 (BAG) zu nennen, die grundsätzlich alle Merkmale aufweisen, die diese als Arbeitsmöglichkeiten für künftige Ärzte und vor allem Ärztinnen sehr attraktiv machen. MVZ bieten eine Option zur Überwindung bestehender Sektorengrenzen. Es kommt dabei natürlich immer auf die jeweilige institutionelle und vertragliche Gestaltung vor Ort und weitere regionale Rahmenbedingungen an. Dabei sind nicht nur die KV, die Krankenhäuser und andere ärztliche Organisationen gefordert, sondern auch und gerade die Krankenkassen sowie die Kommunen und Gebietskörperschaften und die Gesetzgeber von Bund und Ländern.

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

>>

also nicht wirklich Einzelpersonen, sondern Paare mit in vielen Fällen divergierenden Hochschulabschlüssen. Der folgende Kommentar aus dem Jahr 2014 illustriert dieses Problem:

.....
Stichwort Niederlassung: Mein Cousin ist Hausarzt in eigener Praxis und die administrativen Tätigkeiten fressen einen großen Teil seiner Zeit und hindern ihn daran, seine Kinder aufwachsen zu sehen. (Er kommt unter der Woche um 22:00 Uhr nach Hause.) Wenn er kein konservativer Mensch wäre mit einer Frau, die nur Hausfrau und Mutter ohne Studium ist (nach dem Schema meiner Großmutter), könnte er keine Kinder haben. Hausarzt in eigener Praxis wird für mich daher nie eine Option sein, denn ich möchte auch einen studierten Ehepartner und Kinder.
.....

Die jetzt noch tätige Generation (Nachkriegsgeneration und Babyboomer) der Ärzte geht in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand, wobei dieser Prozess bereits begonnen hat und an Dynamik gewinnen wird. Das Zeitfenster, um nachzubersetzen, ist bald geschlossen! Problematisch stellt sich die Situation dabei insbesondere im ambulanten Sektor dar, weil die in den nächsten Jahren ausscheidenden Ärzte vergleichsweise altershomogen sind. Dies führt nämlich zu der schwierigen Situation, dass bis zu einer kritischen Zeitphase des wahrscheinlichen Ausscheidens vieler Ärzte (z. B. 50 % der in einer Region tätigen Hausärzte in den Jahren 2020/21) eine Region nach den Kriterien der Bedarfsplanung ausreichend versorgt und deshalb gesperrt ist und danach schlagartig frei wird und unter Umständen sogar als unterversorgt gelten muss. Dann allerdings ist es sehr schwierig, junge Ärzte zu gewinnen, weil diese einen allmählichen Übergang eindeutig bevorzugen und vor der Übernahme der alleinigen Verantwortung und Zuständigkeit für Patienten und eine Praxis eine Einarbeitungsphase und den Rückhalt älterer und erfahrener niedergelassener Ärzte wünschen. Wir zitieren hier nochmals einen Kommentar aus dem Jahr 2014, der dieses Problem auf den Punkt bringt:

.....
Bei vielen Kommilitonen (und auch bei mir) besteht der Wunsch zur Niederlassung. Ein großes und auch abschreckendes Problem ist, dass man nach dem Studium und der Facharztweiterbildung völlig ohne betriebswirtschaftliche Kompetenzen verbleibt und gerade auch ohne entsprechendes Know-how das Gesundheits- und Abrechnungssystem (DRGs etc.) betreffend. Durch eigene Erfahrungen während einer Famulatur im ambulanten Sektor habe ich die Probleme eines jungen Arztes als Neueinsteiger erlebt, der ohne seinen erfahrenen und langjährig tätigen Praxispartner völlig allein gelassen und aufgeschmissen wäre.
.....

Man kann hier vor dem Hintergrund der Ergebnisse aller drei Wellen nur ergänzen, dass dies nicht nur für die betriebswirtschaftlichen Aspekte bei der Führung einer Praxis gilt, sondern in noch höherem Maß für den fachlichen Rat bei der Behandlung der Patienten. Hier ist dringend zu empfehlen, für den nun unmittelbar vor der Tür stehenden Generationswechsel, schnellstmöglich! Übergangsregelungen zu finden, die es einer Praxis auch in einem gesperrten Gebiet erlauben, Nachfolger zu beschäftigen, ohne diese aus dem Praxisbudget finanzieren zu müssen, wenn absehbar in der fraglichen Region in einem engen Zeitrahmen viele Sitze frei werden. Eine Finanzierung von solchen Nachfolgern aus dem Praxisbudget ist für ältere Ärzte definitiv kein attraktives Modell, wenn deren Praxis später nicht für (viel) Geld von den Nachfolgern übernommen wird (wovon kaum auszugehen ist), da diese Finanzierung zu Lasten des eigenen Einkommens geht. Hier müssen sich insbesondere die Kostenträger bewegen und das möglichst bald.

⁷⁹ Wir haben dies bereits 2014 genauso formuliert!

FRAGEBOGEN – BUNDESWEITE ERGEBNISSE / IN PROZENT

1. An welcher Universität studieren Sie Medizin?	
Aachen	3,9
Augsburg	0,3
Bayreuth (FAU Erlangen)	0,3
Berlin	0,9
Bochum	4,1
Bonn	2,5
Brandenburg (Medizinische Hochschule)	0,0 (2)
Chemnitz (TU Dresden)	0,0 (3)
Dresden	3,3
Düsseldorf	0,1
Erlangen (FAU)	5,0
Essen	2,3
Frankfurt/Main	3,4
Freiburg	2,1
Gießen	1,1
Göttingen	6,0
Greifswald	0,6
Halle (Saale)	1,7
Hamburg-Eppendorf	1,8
Hannover	2,1
Heidelberg, Fakultät Heidelberg	7,2
Heidelberg, Fakultät Mannheim	1,5
Homburg	0,3
Jena	2,2

FORTSETZUNG TABELLE »

» FORTSETZUNG: 1. An welcher Universität studieren Sie Medizin?

Kiel	2,2
Köln	5,9
Leipzig	0,6
Lübeck	1,8
Magdeburg	1,6
Mainz	1,6
Marburg	4,9
München (LMU)	2,4
München (TU)	3,1
Münster	0,4
Oldenburg	2,2
Regensburg	0,3
Rostock	0,1
Tübingen	3,8
Ulm	4,9
Witten-Herdecke	5,2
Würzburg	1,3
Gesamt	N = 7.075

2. In welchem Fachsemester sind Sie?

Durchschnitt	7 (6,95)
Standardabweichung	4 (3,5)
Gesamt	N = 8.508

3. In welchem Abschnitt Ihres Studiums befinden Sie sich?
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Vorklinischer Teil	30,8
Klinischer Teil	51,6
Modellstudiengang vor dem PJ	7,8
Praktisches Jahr	13,2
Gesamt	N = 8.600

»

4. Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

	Trifft zu	Trifft nicht zu	N
Ich habe bereits praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Studienbeginn gesammelt (z. B. Bundesfreiwilligendienst, Zivildienst, FSJ, Ausbildung o. ä.)	53,7	46,3	8.582
Eltern sind oder waren auch Mediziner	21,7	78,3	8.552
Andere Angehörige sind oder waren auch Mediziner	28,7	71,3	8.563

5. Welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie in Frage? (Bitte kreuzen Sie maximal drei Optionen an)

Allgemeinmedizin	36,7
Anästhesiologie	31,2
Augenheilkunde	5,4
Chirurgie	24,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6,8
Innere Medizin	41,9
Kinder- und Jugendmedizin	27,1
Neurologie	17,1
Öffentliches Gesundheitswesen	3,9
Orthopädie und Unfallchirurgie	17,0
Psychiatrie und Psychotherapie	13,0
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	8,7
Radiologie	11,4
Urologie	7,1
Sonstige, nämlich: _____	13,8
Das weiß ich noch nicht (-----> weiter mit Frage Nr. 6, dann Nr. 8)	6,7
Derzeit würde ich keine Facharztweiterbildung beginnen (-----> weiter mit Frage Nr. 6, dann Nr. 8)	0,9
Gesamt	N = 8.600

»

**6. Und welche Facharztweiterbildungen kommen für Sie definitiv nicht in Frage?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

Allgemeinmedizin	15,1
Anästhesiologie	12,2
Augenheilkunde	46,8
Chirurgie	36,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29,6
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	34,0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	44,3
Innere Medizin	11,3
Kinder- und Jugendmedizin	22,6
Neurologie	23,3
Öffentliches Gesundheitswesen	42,2
Orthopädie und Unfallchirurgie	37,4
Psychiatrie und Psychotherapie	40,0
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	35,6
Radiologie	31,9
Urologie	34,6
Sonstige, nämlich: _____	2,0
Das weiß ich noch nicht (→ weiter mit Frage Nr. 6, dann Nr. 8)	4,2
Gesamt	N = 8.600

»

**7. Vor dem Hintergrund Ihrer aktuellen Interessen und Präferenzen:
Für welche Facharztweiterbildung würden Sie sich jetzt entscheiden?**

Allgemeinmedizin	11,0
Anästhesiologie	9,7
Augenheilkunde	1,2
Chirurgie	7,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7,1
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,7
Innere Medizin	13,4
Kinder- und Jugendmedizin	9,5
Neurologie	3,6
Öffentliches Gesundheitswesen	0,2
Orthopädie und Unfallchirurgie	6,0
Psychiatrie und Psychotherapie	2,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,9
Radiologie	2,4
Urologie	1,4
Sonstige, nämlich: _____	5,8
Das weiß ich noch nicht	14,5
Gesamt	N = 7.938

**8. Was motiviert Sie für die Wahl einer Facharztweiterbildung?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

Die damit verbundene spätere ärztliche Tätigkeit	94,0
Studieninhalte	49,5
Dozenten	16,2
PJ	15,7
Famulatur	40,8
Promotionsvorhaben	12,5
Eltern, Verwandte	9,0
Kommilitonen	3,5
Monetäre Überlegungen	17,4
Status und gesellschaftliches Ansehen	10,4
Gesamt	N = 8.600

»

9. Wie wichtig ist es Ihnen bei der Wahl für ein Fachgebiet, ...?

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
regelmäßige Arbeitszeiten zu haben	37,8	45,3	15,6	1,3	8.584
Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können)	43,5	37,7	16,8	2,0	8.583
gute Verdienstmöglichkeiten zu haben	26,8	52,6	18,8	1,9	8.585
gute Karrierechancen zu haben	21,1	39,0	35,1	4,8	8.571
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	63,8	28,8	6,6	0,8	8.574
später im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen	22,8	41,6	30,0	5,6	8.586
später im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln	22,4	45,1	29,9	2,6	8.580
später im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten	18,0	46,1	32,7	3,2	8.576
später im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten	18,6	42,5	33,8	5,1	8.578
später damit in eigener Praxis tätig zu sein	20,9	34,2	34,4	10,6	8.572
an Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein	11,8	23,3	43,7	21,2	8.588

10. Wie wichtig ist für Sie persönlich bei der Facharztweiterbildung ...?

	Unverzichtbar	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor zu absolvieren	13,0	23,2	27,7	28,8	7,4	8.574
eine Verbundweiterbildung (Rotationsplan) in mehreren Krankenhäusern und/oder Praxen	4,5	21,2	33,1	35,4	5,8	8.557
Mentoren als feste Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung zu haben	41,0	39,9	15,5	3,2	0,4	8.572
begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät zu erhalten	17,9	44,9	28,1	8,5	0,6	8.561
dass Möglichkeiten der Kinderbetreuung bestehen	26,7	30,9	22,4	14,2	5,9	8.558
flache Hierarchien	22,3	41,0	24,5	10,6	1,6	8.544
möglichst große Teile der Weiterbildung bei derselben Institution zu absolvieren	3,5	22,2	32,1	38,6	3,6	8.560

»

11. Nach der Facharztweiterbildung: Kommen die folgenden Tätigkeiten für Sie in Frage?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Selbstständige, freiberufliche hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis (11.B, 11.C)	15,9	26,8	42,6	14,8	8.573
Selbstständige, freiberufliche fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis (11.B, 11.C)	26,8	44,4	25,6	3,2	8.577
Angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus (11.D)	23,6	48,3	22,6	5,4	8.575
Angestellte Tätigkeit in einer Praxis (11.A)	17,7	49,7	26,7	5,8	8.545
Angestellte Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) (11.A)	14,6	51,2	29,3	5,0	8.559
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	2,5	17,5	52,6	27,5	8.561
Angestellte Tätigkeit in der klinischen Forschung	5,4	23,4	42,1	29,0	8.565
Angestellte Tätigkeit in der Forschung ohne Patientenkontakt	3,3	9,4	26,2	61,1	8.566
Angestellte Tätigkeit in der Pharmaindustrie	2,0	9,0	30,2	58,8	8.577
Angestellte Tätigkeit bei einer Krankenkasse	0,5	4,2	28,2	67,1	8.567

11. A: Wollen Sie dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten oder kommt nach einer gewissen Einarbeitungszeit in der ambulanten Versorgung auch eine Niederlassung für Sie in Betracht?

Ich möchte dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten	31,7
Eine Niederlassung ist für mich eine Option (11.B, 11.C)	27,5
Das weiß ich noch nicht	40,9
Gesamt	1.368

11. B: Würden Sie sich lieber allein in einer Einzelpraxis oder in einem Team in einer Gemeinschaftspraxis, MVZ oder einer ähnlichen größeren Einrichtung niederlassen oder kommen beide Optionen in Frage?

Einzelpraxis	5,0
Gemeinschaftspraxis oder ähnliches	50,5
Beide Optionen	44,5
Gesamt	6.681

»

11. C: Wenn Sie sich in eigener Praxis niederlassen würden, wie wichtig wären Ihnen die folgenden Unterstützungsangebote?

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
Analyse potentieller Praxisstandorte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (z. B. Patientennachfrage)	33,9	51,5	13,7	0,9	6.647
Finanzielle Anreize für eine Niederlassung (z. B. Subventionen bei der Anschaffung von medizinischen Geräten)	48,0	43,7	7,8	0,5	6.647
Finanzierungskonzepte	52,2	43,9	3,7	0,3	6.642
Rechtsberatung (Arbeitsrecht, Haftungsrecht,...)	65,6	31,8	2,5	0,1	6.639
Beratung bei Verwaltung und Abrechnung	62,2	35,2	2,5	0,1	6.638
Unterstützung bei bürokratischen Anforderungen vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis	63,6	33,4	2,8	0,1	6.641
Finanzielle Besserstellung für Praxen in wirtschaftlich unattraktiven Versorgungsgebieten (z. B. auf dem Land oder in sozialen Brennpunkten)	46,6	38,4	13,3	1,7	6.638
Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in ländlichen Regionen (Arbeitsplatzangebote für Partner, Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, ausreichendes schulisches Angebot)	40,1	37,3	18,0	4,6	6.638

11. D: Ist für Sie eine oberärztliche oder chefärztliche Position eine erstrebenswerte Karriereoption?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Oberärztliche Position	46,2	41,7	11,4	0,7	6.151
Chefärztliche Position	11,4	24,6	47,2	16,7	6.145

»

12. Welche Aspekte sprechen aus Ihrer Sicht gegen eine Niederlassung in eigener Praxis? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Hohes finanzielles Risiko	53,8
Hoher Kaufpreis für eine Praxis	48,5
Geringes Einkommen, unangemessene Honorierung	27,2
Drohende Regressforderungen durch die Krankenkassen	41,8
Hohe Arbeitsbelastung	42,9
Wenig Freizeit	30,6
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie	64,6
Notdienste am Wochenende	10,6
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	44,7
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	19,0
Enges Behandlungsspektrum, Gefahr der Routinisierung von Diagnose und Therapie	40,0
Festlegung auf einen Praxisstandort	18,8
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	29,0
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	17,5
Sonstige, nämlich: _____	4,5
Gesamt	N = 8.600

13. Welche Aspekte sprechen aus Ihrer Sicht gegen eine angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Starre Hierarchien	62,6
Autoritäre Führungskultur	62,4
Geringeres Einkommen	23,9
Hohe Arbeitsbelastung	83,9
Wenig Aufstiegsmöglichkeiten	11,8
Wenig Freizeit	68,9
Hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie	18,2
Bereitschafts- und Nachtdienste	56,7
Wenig Zeit bei der Behandlung von Patienten	62,4
Starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patienten	70,2
Geringer fachlicher Austausch mit Kollegen	1,8
Wenig Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patienten	11,9
Mangel an ärztlichen Kollegen	36,2
Mangel an Pflegekräften	61,7
Rechtsunsicherheit bei der Behandlung von Patienten	9,2
Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf	64,6
Sonstige, nämlich: _____	1,9
Gesamt	N = 8.600

»

14. Kommen die folgenden Regionen für Sie als Arbeitsort in Frage?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Meine nähere Heimatregion	49,9	30,6	16,6	2,9	8.563
Mein Heimatbundesland	49,7	36,2	12,4	1,8	8.540
Region rund um die Universität	27,2	37,1	28,8	6,8	8.555
Ein anderes Bundesland (14.A)	16,2	45,0	33,3	5,5	8.549
Ausland (14.B)	12,1	28,2	40,9	18,7	8.504

14. A: Welche anderen Bundesländer kommen für Sie als Arbeitsort in Frage? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Baden-Württemberg	56,6
Bayern	55,1
Berlin	36,8
Brandenburg	17,6
Bremen	20,1
Hamburg	51,4
Hessen	33,0
Mecklenburg-Vorpommern	22,5
Niedersachsen	35,5
Nordrhein-Westfalen	46,0
Rheinland-Pfalz	32,7
Saarland	11,7
Sachsen	17,4
Sachsen-Anhalt	11,9
Schleswig-Holstein	33,2
Thüringen	16,0
Gesamt	N=5.232

»

14. B: Welche anderen Länder kommen für Sie als Arbeitsort in Frage? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Länder in Europa:	
Belgien	14,4
Dänemark	34,4
Finnland	18,3
Frankreich	22,8
Griechenland	4,4
Großbritannien	37,3
Italien	14,6
Luxemburg	14,6
Niederlande	28,6
Norwegen	34,8
Österreich	49,6
Schweden	40,2
Schweiz	67,3
Spanien	18,4
Andere, nämlich: _____	6,1
Länder außerhalb Europas:	
Australien	26,9
Kanada	44,9
Neuseeland	31,0
USA	31,8
Andere, nämlich: _____	13,1
Gesamt	N = 3.429

15. Wenn Sie Ihren späteren Arbeitsort völlig frei wählen könnten: Gibt es Orte, in denen Sie auf keinen Fall arbeiten wollen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Nein, alle Ortsgrößen kommen in Frage	33,9
Ja, und zwar in Orten mit:	
weniger als 2.000 Einwohner	47,9
2.000 bis 5.000 Einwohner	40,3
5.000 bis 10.000 Einwohner	31,5
10.000 bis 50.000 Einwohner	18,4
50.000 bis 100.000 Einwohner	10,7
100.000 bis 500.000 Einwohner	9,9
mehr als 500.000 Einwohner	23,6
Gesamt	N = 8.600

»

16. Was denken Sie, welches Monatsnettoeinkommen (in Euro) ist angemessen für:

	Durchschnitt	Standard- abweichung	N
einen angestellten Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung	6.173,62	15,417,83	6.597
einen niedergelassenen Arzt in einer Stadt	8.808,31	41.458,21	6.583
einen niedergelassenen Arzt auf dem Land	8.076,19	17.588,83	6.580

17. Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Anforderungen und/oder Arbeitsbedingungen in:

	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht	Damit habe ich mich noch nicht beschäftigt	N
der stationären Versorgung	11,0	46,8	26,0	7,3	9,0	8.548
der ambulanten Versorgung	3,5	26,2	45,7	13,9	10,6	8.538
dem öffentlichen Gesundheitsdienst	0,9	4,3	21,1	36,4	37,4	8.528
gemischten Versorgungsmodellen (ambulant/stationär)	0,7	8,1	33,3	29,2	28,6	8.532
Team- und Netzstrukturen in der ambulanten Versorgung (z. B. Medizinische Versorgungs- zentren, Ärztenetze oder Berufsausübungsgemeinschaften)	0,9	7,5	33,2	31,5	26,9	8.544
der medizinischen Forschung	3,6	16,6	26,0	25,7	28,2	8.533
Telemedizin	0,5	4,3	17,3	35,0	42,9	8.536
Digitalisierung in der medizinischen Versorgung	0,8	8,6	27,7	34,0	28,9	8.530
Informations- und Wissensmanagement im Bereich der ärztlichen Tätigkeit	0,6	8,6	27,2	31,2	32,4	8.534
Praxisführung	0,7	4,9	15,6	48,4	30,4	8.542
Betriebswirtschaft	0,8	2,4	10,0	49,2	37,6	8.541

»

**18. Mit der Digitalisierung in der Medizin verbinden sich Hoffnungen, aber auch Befürchtungen.
Wie schätzen Sie die Auswirkungen der Digitalisierung auf verschiedene Bereiche in der Medizin ein?**

	Ver- besserung	Keine Änderung	Verschlech- terung	Kann ich nicht beurteilen	N
Diagnosemöglichkeiten	80,7	7,5	5,6	6,2	8.545
Behandlungsmöglichkeiten	74,1	14,8	4,4	6,7	8.524
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis	14,0	34,8	41,1	10,2	8.528
Arzt-Patienten-Kommunikation	33,4	20,9	37,8	7,9	8.530
Arbeitsorganisation	81,6	7,5	4,6	6,3	8.528
Verfügbarkeit von Ärzten	59,9	23,9	6,1	10,4	8.528
Ärztliche Entscheidungsautonomie	13,5	35,1	29,7	21,8	8.524
Delegation ärztlicher Leistungen	39,3	26,2	8,3	26,2	8.503
Sicherheit von Patientendaten	18,4	25,4	39,4	16,9	8.536
Sektorübergreifende Versorgung	74,3	8,6	1,7	15,4	8.534

**19. Wie bewerten Sie die generelle Zielsetzung der Digitalisierung in der
medizinischen Versorgung in Deutschland und den Stand der Umsetzung?**

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Kann ich nicht beurteilen	N
Zielsetzung	5,0	23,5	22,4	7,9	8,8	32,4	8.501
Umsetzung	0,1	1,3	9,5	16,6	47,3	25,1	8.531

**20. In den letzten Jahren wird intensiv über die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an entsprechend
qualifizierte Gesundheitsfachkräfte (z. B. Hebammen, Therapeuten, Pflegefachkräfte) diskutiert, die diese
dann eigenverantwortlich übernehmen sollen. Wie stehen Sie dazu?**

Ich begrüße solche Entwicklungen	71,8
Ich lehne solche Entwicklungen ab	12,0
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	16,2
Gesamt	N = 8.562

»

21. Haben Sie während der Corona-Pandemie Aufgaben in der Versorgung der Corona-Patienten oder der Pandemiebekämpfung übernommen?

Ja	58,8
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 23)	41,2
Gesamt	N = 8.570

22. Welche Aufgaben waren das? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Mitarbeit auf Intensivstationen	22,9
Mitarbeit auf Normalstationen	41,6
Mitarbeit in Testzentren	26,8
Mitarbeit in Impfzentren	20,8
Mitarbeit in Arztpraxen	19,5
Mitarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	10,3
Mitarbeit bei Hotlines	4,5
Sonstige, nämlich: _____	18,3
Gesamt	N = 5.043

23. Haben die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung nach Ihren Erfahrungen Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und die Vorbereitung für Ihre spätere ärztliche Tätigkeit?

Ja	67,7
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 26)	32,3
Gesamt	N = 8.535

24. Sind diese Auswirkungen nach Ihrer Einschätzung insgesamt eher positiv oder eher negativ?

Eher positiv	41,6
Eher negativ	58,4
Gesamt	N = 5.751

»

25. Wie schätzen Sie diese Auswirkungen in Bezug auf die Entwicklung der folgenden Kompetenzen ein?

	Ver- besserung	Keine Änderung	Verschlech- terung	Kann ich nicht beurteilen	N
Selbstorganisation	55,2	34,2	5,6	5,0	5.738
Kommunikation mit ärztlichen Kollegen	21,3	33,2	32,5	13,0	5.734
Kommunikation mit Fachkräften aus anderen medizinischen Bereichen	25,4	30,5	29,8	14,2	5.735
Kommunikation mit Patienten	23,2	25,2	43,7	7,8	5.729
Praktische Fertigkeiten in der Untersuchung oder Behandlung von Patienten	20,4	17,2	55,0	7,4	5.733
Umgang mit Medizintechnik	18,6	34,9	28,8	17,7	5.734
Umgang mit EDV	24,3	38,6	13,9	23,3	5.728

26. Haben die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung und damit zusammenhängende persönliche Erfahrungen für Sie die Attraktivität eins oder mehrerer ärztlicher Tätigkeitsfelder verändert?

Ja	31,6
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 28)	68,4
Gesamt	N = 8.554

27. Wie hat sich die Attraktivität der folgenden ärztlichen Tätigkeitsfelder für Sie geändert?

	Ver- besserung	Keine Änderung	Verschlech- terung	N
Stationäre Tätigkeit	13,7	19,5	66,8	2.694
Ambulante, selbstständige Tätigkeit	26,8	41,9	31,3	2.685
Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	13,0	40,4	46,6	2.685
Medizinische Forschung	36,7	51,5	11,8	2.684

28. Haben Sie Anmerkungen zu den Themen Niederlassung oder Anstellung, Digitalisierung und Telemedizin, Delegation und Substitution, Corona oder zu Ihren beruflichen Perspektiven und Wünschen?

»

29. Sind Sie ...?	
weiblich	68,4
männlich	31,1
divers	0,5
Gesamt	N = 8.535

30. In welchem Jahr wurden Sie geboren? (Bitte vierstellig angeben, bsp.: 1989)			
	Durchschnittsalter	Standardabweichung	N
Im Jahr: _____	25 (24,87)	4 (3,9)	8.500

31. Aus welchem Bundesland stammen Sie?	
Baden-Württemberg	16,1
Bayern	15,5
Berlin	2,9
Brandenburg	1,6
Bremen	0,9
Hamburg	2,0
Hessen	7,4
Mecklenburg-Vorpommern	1,9
Niedersachsen	9,1
Nordrhein-Westfalen	19,8
Rheinland-Pfalz	5,1
Saarland	0,7
Sachsen	4,1
Sachsen-Anhalt	1,8
Schleswig-Holstein	4,6
Thüringen	2,5
Stämme aus dem Ausland	3,8
Gesamt	N = 8.567

>>

**32. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Sie Ihre Kindheit und Jugend verbracht haben?
(Mehrfachnennungen sind möglich.)**

Weniger als 2.000 Einwohner	15,4
2.000 bis 5.000 Einwohner	13,5
5.000 bis 10.000 Einwohner	11,8
10.000 bis 50.000 Einwohner	24,2
50.000 bis 100.000 Einwohner	10,0
100.000 bis 500.000 Einwohner	17,3
Mehr als 500.000 Einwohner	15,3
Gesamt	N = 8.600

**33. Wie würden Sie den Urbanisierungsgrad der Region einstufen, in der Sie Ihre Kindheit und Jugend verbracht haben?
(Mehrfachnennungen sind möglich.)**

Ländliche Region	35,4
Kleinstadt	29,6
Mittelstadt	21,5
Großstadt	19,2
Metropolregion	11,7
Gesamt	N = 8.600

VIELEN DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

**DIE ERGEBNISSE DER BUNDESWEITEN
BEFRAGUNG 2022 FINDEN SIE ONLINE:**
*[www.kbv.de/html/berufsmonitoring-
medizinstudierende.php](http://www.kbv.de/html/berufsmonitoring-medizinstudierende.php)*