



ERGEBNISSE
EINER BEFRAGUNG
IN DEUTSCHLAND,
FRANKREICH UND
DER SCHWEIZ

ALL RESULTS IN
ENGLISH ON
PAGE 55

BERUFSMONITORING EUROPÄISCHE MEDIZINSTUDIERENDE 2022

IMPRESSUM

Autoren (Universität Trier):

Stefan Schreiber, Rüdiger Jacob, Johannes Kopp

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.

l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

Swiss Medical Students' Association

Austrian Medical Students' Association

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny

International Federation of Medical Students Associations the Netherlands

Redaktion:

Abteilung Versorgungsstruktur KBV

Übersetzung:

Chris Richardson Translation Services

Gestaltung:

büro lüdke GmbH

Fotos:

© AdobeStock, rh2010

Stand:

September 2023

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

VORWORT

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Auf Initiative der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und in Kooperation mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) sowie der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschland (bvmd) findet seit 2010 alle vier Jahre eine Befragung Medizinstudierender zu den beruflichen Vorstellungen und Erwartungen statt (Berufsmonitoring), die von der Universität Trier ausgestaltet und umgesetzt wird.

Im Vorfeld der vierten Umfrage 2022 war die Frage nach den Auswirkungen der Pandemie und den Erfahrungen Medizinstudierender Motiv, eine Befragung in weiteren Ländern anzustoßen. Eine zunehmende Mobilität und die jeweiligen Herausforderungen in den Gesundheitswesen bilden einen grundsätzlichen Kontext ab.

Mithilfe der Kontakte des bvmd zu internationalen Studierendenverbänden in Europa war es möglich, neben den Studierenden in Deutschland auch eine auswertbare Datenlage aus Frankreich und der Schweiz zu erhalten.

Die Ergebnisse dieser europäischen Befragung liegen nun vor und werden im folgenden Bericht beschrieben. Sie zeigen, dass Vorstellungen und Wünsche der befragten Studierenden in den verschiedenen Ländern gar nicht so weit auseinanderliegen. Eine Work-Life-Balance und das Arbeiten in Teams sind Leit motive bei Wünschen für die zukünftige Arbeit angehender Ärztinnen und Ärzte. Auch dass die Medizin immer weiblicher wird, ist ein Trend über alle Länder hinweg. Die Ergebnisse der Befragung können Hinweise geben, um Strategien zu entwickeln und geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, die diese Bedarfe ins Auge fassen und dabei auch über den eigenen Tellerrand hinaus zu schauen.

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

VORWORT 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 Tätigkeitsspektrum spielen dabei eine tragende Rolle. Kleinstädte und ländliche Regionen mit weniger als 5.000 Einwohnern sowie Metropolregionen sind dabei unter den Medizinstudierenden eher unbeliebt. Gleichwohl 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 zum einen ein Wandel in den Arbeitsbedingungen, als auch eine ausreichend hohe Zahl Studierender aus einer ländlichen Herkunftsregion von elementarer Bedeutung. Eine pauschale Erhöhung der Studienplatzkapazitäten, wie sie jüngst unter anderem von Herrn Lauterbach gefordert wurde, erscheint hingegen widersinnig. Wir rufen die Politik daher eindringlich zu einem Strategiewechsel auf Basis dieser Ergebnisse auf.

Chirurgie und Allgemeinmedizin: Die aktuelle Welle des Berufsmonitorings zeigt in der nationalen Auswertung¹ erneut, dass sich die Beliebtheit einzelner Fächer im Verlauf des Studiums ändert. Im Praktischen Jahr am Ende des Medizinstudiums konnten sich nur noch 19,3 Prozent der Teilnehmenden vorstellen, in der Chirurgie zu arbeiten, ein drastischer Rückgang gegenüber 35 Prozent vier Jahre zuvor in der präklinischen Phase. Der aktuell von der Unterversorgung besonders betroffene Fachbereich Allgemeinmedizin weist dabei erfreulicherweise einen entgegengesetzten Trend auf. Eine entscheidende Rolle spielen dabei aus Sicht der bvmd neben der Lehre die Betreuung und Integration der Studierenden in das ärztliche Team. Ferner betont die bvmd, dass diese Effekte zur Attraktivitätssteigerung unterversorgter Bereiche untersucht und verstärkt werden sollten, um statt einer pauschalen Studienplatzerhöhung eine zielgerichtete Lösung für den relativen Ärzt*innenmangel zu verfolgen.

Praktische Kompetenzen der Medizinstudierenden – Einfluss der Corona-Pandemie: Zu den Schlüsselaufgaben des Medizinstudiums gehört es, die Absolvent*innen auf ihren späteren Berufsalltag vorzubereiten. Studien aus der Ausbildungsforschung ergaben jedoch, dass hierbei ein „deutliches Defizit“ besteht.² Diese Situation wurde durch die Corona-Pandemie verschärft, denn knapp 60 Prozent der Studierenden in Deutschland gaben eine Verschlechterung ihrer praktischen und kommunikativen Fertigkeiten an. Die zeitnahe Umsetzung der angestrebten Reformen des Medizinstudiums wird dadurch unumgänglich.

Digitalisierung: Insbesondere die Umsetzung der Digitalisierung wird von den Medizinstudierenden als mangelhaft bewertet. Problematisch ist dabei, dass sogar bereits praktizierte Elemente digitaler Medizin, wie die Telemedizin und die elektronische Patientenakte in der medizinischen Ausbildung nur selten thematisiert werden. Es ist daher essenziell, dass die zukünftigen Ärzt*innen in ihrer Ausbildung auf die Chancen, Herausforderungen und Gefahren eines digitalen Gesundheitswesens vorbereitet werden.

¹ Open-Source-Produkte im eBusiness-Bereich Pro und Contra des betrieblichen Einsatzes (kbv.de). www.kbv.de/media/sp/ergebnisse_medizinstudentenbefragung_kbv_2022.pdf

² GMS | GMS Journal for Medical Education | Wie gut beherrschen Studierende im Praktischen Jahr klinisch-praktische Fertigkeiten? (egms.de). www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001057.shtml#ref1

Wir freuen uns, dass in Anlehnung an das im Jahr 2009 gestartete Projekt zum Berufsmonitoring Medizinstudierender in Deutschland nun auch die erste Befragung des Berufsmonitorings Europäischer Medizinstudierender gestartet ist und hoffen, dass diese sich trotz einer zur Zeit noch geringen Beteiligung in den einzelnen Ländern auf Dauer genauso bewähren wird wie das Berufsmonitoring Medizinstudierende in Deutschland.

Die Befragungsergebnisse sollen allen Akteuren der Gesundheitsversorgung helfen die beruflichen Vorstellungen der Studierenden besser einzuschätzen und entsprechende Weichenstellungen vorzunehmen. Damit liefern die Ergebnisse wertvolle Informationen und zeigen Konvergenzen und Divergenzen im medizinischen Bereich zwischen verschiedenen europäischen Ländern auf.

Die Ausgangslage und Problemstellung der europäischen Befragung entsprechen der Befragung der Medizinstudierenden in Deutschland, insbesondere in Hinblick auf die Wünsche, Bewertungen und Erwartungen der neuen Generation von Ärzten und auf die Rekrutierungsprobleme bei medizinischem Personal, welche sich besonders in ländlichen Regionen weiter verschärfen und in zunehmendem Maß auch die Pflege betreffen.

Versorgungsforschung ist stets eine interdisziplinäre Veranstaltung und die daraus resultierenden Berichte sind immer das Resultat der Arbeit einer Vielzahl von Personen. Dies gilt auch für diesen Forschungsbericht, der ohne die enge Kooperation zwischen dem Fachbereich IV Soziologie/Empirische Sozialforschung der Universität Trier einerseits, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem MFT, der bvmd und Medizinstudierenden in den beteiligten europäischen Ländern andererseits nicht möglich gewesen wäre. Deshalb ist es uns auch ein besonderes Anliegen allen an diesem Projekt beteiligten Personen für Ihr Engagement und den fachlichen Input zu danken.

Außerdem danken wir allen Medizinstudierenden nochmals sehr herzlich für die Teilnahme an der Befragung.

Vorwort: Kassenärztlichen Bundesvereinigung	3
Vorwort: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.	4
Vorwort: Universität Trier	5
 Abbildungsverzeichnis	 7
Tabellenverzeichnis	7
 01 Ausgangslage und Problemstellung	 8
 02 Die Befragung – Methodik, Feldarbeit und Datenanalyse	 9
 03 Ergebnisse	 10
3.1 Strukturdaten	10
3.2 Studium	12
3.3 Studium und Ausbildung vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie ..	13
3.4 Vorerfahrungen im medizinischen Bereich	15
3.5 Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit	16
3.6 Arbeitgeber und Niederlassung	20
3.7 Niederlassung: Potential und Niederlassungsbremsen	22
3.8 Tätigkeit im Krankenhaus	23
3.9 Arbeitsorte und Regionen	24
3.10 Arbeitsorte im Ausland	26
3.11 Digitalisierung: Hoffnungen und Befürchtungen	27
 04 Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen	 29
 05 Anhang: Fragebogen	 31
5.1 Fragebogen – Ergebnisse Europa	31
5.2 Fragebogen – Ergebnisse Frankreich	39
5.3 Fragebogen – Ergebnisse Schweiz	47

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Beteiligung nach Studienländern	10
Abbildung 2: Beteiligung nach Geschlecht	10
Abbildung 3: Aufgaben in der Versorgung / Pandemiebekämpfung nach Geschlecht	13
Abbildung 4: Faktoren zur Berufserwartung nach Geschlecht – Deutschland	17
Abbildung 5: Faktoren zur Berufserwartung nach Geschlecht – Frankreich	18
Abbildung 6: Faktoren zur Berufserwartung nach Geschlecht – Schweiz	19
Abbildung 7: Arbeiten in Kleinstädten bis 5.000 Einwohner nach Geschlecht	25
Abbildung 8: Arbeiten in Kleinstädten bis 10.000 Einwohner nach Geschlecht	25

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Herkunft der Studierenden: Wohnort	11
Tabelle 2: Urbanisierungsgrad der Herkunftsregion	11
Tabelle 3: Verteilung nach Studienjahren	12
Tabelle 4: Corona: Aufgaben in der Versorgung / Pandemiebekämpfung	13
Tabelle 5: Corona: Aufgabenfelder während der Pandemie	13
Tabelle 6: Corona-Maßnahmen: Auswirkungen auf Entwicklung wichtiger Kompetenzen	13
Tabelle 7: Bewertung der Entwicklung wichtiger Kompetenzen	14
Tabelle 8: Verbesserung/Verschlechterung auf die Entwicklung von Kompetenzen	14
Tabelle 9: Veränderungen der Attraktivität ärztlicher Tätigkeitsfelder	14
Tabelle 10: Vorerfahrung im medizinischen Bereich	15
Tabelle 11: Vorerfahrung im medizinischen Bereich nach Geschlecht	15
Tabelle 12: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit	16
Tabelle 13: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit, Faktoren und Faktorladung – Deutschland ..	17
Tabelle 14: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit – Faktoren – Deutschland	17
Tabelle 15: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit, Faktoren und Faktorladung – Frankreich ..	18
Tabelle 16: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit – Faktoren – Frankreich	18
Tabelle 17: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit, Faktoren und Faktorladungen – Schweiz ..	19
Tabelle 18: Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit – Faktoren – Schweiz	19
Tabelle 19: Niederlassung und angestellte Tätigkeit	20
Tabelle 20: Niederlassung und angestellte Tätigkeit nach Geschlecht	21
Tabelle 21: Präferierte Form der Niederlassung	22
Tabelle 22: Präferierte Form der Niederlassung nach Geschlecht	22
Tabelle 23: Karriereoptionen im Krankenhaus	23
Tabelle 24: Karriereoptionen im Krankenhaus nach Geschlecht	23
Tabelle 25: Spätere mögliche Arbeitsorte	24
Tabelle 26: Aversion gegen bestimmte Arbeitsorte	24
Tabelle 27: Arbeitsorte im Ausland	26
Tabelle 28: Auswirkungen der Digitalisierung	27
Tabelle 29: Bewertung Zielsetzung/Umsetzung der Digitalisierung	28

Die Bevölkerung wird insgesamt älter und auch wenn sich die detaillierte Entwicklung in den betrachteten Ländern leicht unterscheiden, hat diese Entwicklung in ländlichen Regionen früher begonnen als in Agglomerationsräumen. Die zunehmende Zahl der zu versorgenden älteren Bevölkerung steigt und gerade deren Versorgung wird in zunehmendem Maß Probleme aufwerfen, sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Alter als solches ist zwar keine Ursache von Krankheit, aber im fortgeschrittenen Alter treten bestimmte Krankheiten häufiger 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.

Selbst bei rückläufigen Bevölkerungszahlen werden deshalb die Konsultationszahlen beziehungsweise der Bedarf nach ambulanter und stationärer Behandlung absehbar wohl nicht sinken, sondern eher noch steigen. Nun unterliegt aber auch die Ärzteschaft diesem demographischen Wandel: Ärzte und Patienten werden gemeinsam alt. Arztpraxen werden künftig häufiger vakant und bereits jetzt in bestimmten Regionen – insbesondere auf dem Land – häufig nicht wieder besetzt, Krankenhäuser aller Versorgungsstufen haben ebenfalls zunehmend Probleme bei

der Wiederbesetzung freier Stellen bis hin zur Chefarzzebene. Künftig wird sich die Situation verschärfen, weil 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.

Diese Probleme resultieren zum einen aus einem drohenden Mangel an Ärztinnen und 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 auch in der Ärzteschaft beobachtbaren demographischen Wandel stellt sich damit naturgemäß die Frage nach der Entwicklung bei dem medizinischen Nachwuchs. Neben (bislang) eher rückläufigen, zumindest aber stark schwankenden Absolventenzahlen zeichnet sich ein zweiter Trend sehr deutlich ab: Medizin wird weiblich.

Nun sagt dies natürlich noch nichts über die spätere berufliche Motivation der künftigen Medizinerinnen und Mediziner, etwa zur angestrebten Facharztrichtung, 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.

Das Berufsmonitoring Medizinstudierender in verschiedenen europäischen Ländern stellt die erste Erhebung dieser Art dar. Ob es sich wie die in Deutschland seit 2010 durchgeführte und als Längsschnittstudie angelegte Befragung bewähren wird, bleibt aber noch abzuwarten. Ausgewählt wurden Frankreich, die Schweiz, Österreich, Polen und die Niederlande, weil die bvmd dort gute Kontakte zu entsprechenden Vertretungen von Medizinstudierenden hat.

Die bvmd hat zur Verteilung des Links diese Vertretungen kontaktiert und diese gebeten, den Link weiterzuleiten. Faktisch handelt es sich bei dem Auswahlmodus um eine Form der Schneeballauswahl. Wir haben keine Informationen darüber, wie groß oder aktuell die jeweiligen E-Mailverteiler sind und wer von den so ausgewählten Medizinstudierenden die E-Mail überhaupt erhalten oder zur Kenntnis genommen hat.

Die Feldzeit startete am 25.05.2022 und endete am 31.08.2022. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten 727 Studierende den Fragebogen (mehr oder weniger) vollständig ausgefüllt.³ Der Rücklauf ist mit hin ausgesprochen bescheiden und auch nur für Frankreich und die Schweiz auswertbar, da die Beteiligung in Österreich, den Niederlanden und Polen deutlich zu gering waren. Die Ergebnisse haben nur einen explorativen Charakter und sind nicht repräsentativ für Frankreich und die Schweiz.

Für die Datenerfassung wurde die Online-Befragungssoftware „EFS-Survey“ der Firma Tivian/Unipark verwendet.⁴ In der quantitativen Datenauswertung wurden zur Dimensionsprüfung und Datenverdichtung Hauptkomponentenanalysen (PCA, Varimax-Rotation) durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programmpaket SPSS, Version 28. Die Prozentangaben in den Tabellen sind Spaltenprozentwerte.

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

› 25.05.2022 – 31.08.2022

ART DER BEFRAGUNG

› Online-Befragung

AUSWAHLMODUS

› Schneeballauswahl

LINK

› www.unipark.de/uc/European_Survey_Medical_Students

ZIELGRUPPE

› Medizinstudierende in ausgewählten europäischen Ländern

FELDPHASE

25.05.2022

› Start der Online-Befragung

31.08.2022

› Ende der Online-Befragung. Insgesamt haben 727 Personen teilgenommen.

³ Angeklickt wurde die Erfassungsmaske von insgesamt 729 Personen.

⁴ https://www.unipark.de/uc/European_Survey_Medical_Students

03 | ERGEBNISSE

3.1 STRUKTURDATEN

Die Beteiligung an der ersten europäischen Befragung der Medizinstudierenden ist in Abbildung 1 dargestellt. Insgesamt liegen dem Datensatz 722 auswertbare Rückmeldungen zugrunde, davon fallen 330 auf die Schweiz und 328 auf Frankreich und stellen damit jeweils circa 45 Prozent der Personen in der Befragung dar. Für die Länder Österreich, Polen und die Niederlande sind die Fallzahlen zu gering, um statistisch noch sinnvoll ausgewertet und interpretiert werden zu können. Im weiteren Verlauf werden deshalb lediglich die Ergebnisse für Frankreich und die Schweiz präsentiert und den Ergebnissen der 4. Welle des Berufsmonitorings Medizinstudierende in Deutschland (2022) gegenübergestellt (N = 8.600). Der Rücklauf ist als sehr unzufriedenstellend einzustufen.

Medizin ist seit einigen Jahren ein weiblich dominierter Studiengang. Abbildung 2 zeigt die Beteiligung an der Umfrage nach Geschlecht. In Deutschland ist ein Drittel der Befragten (N = 8.535) männlich, in Frankreich ca. ein Fünftel (N = 322) und in der Schweiz wiederum ein Drittel (N = 320).

Das Alter der Befragten in Deutschland schwankt zwischen 18 und 54, das Durchschnittsalter beträgt 24,9 Jahre, der Median 24 und der Modus 24 Jahre. Das Alter der Befragten in Frankreich schwankt zwischen 19 und 37 Jahren, hier beträgt das Durchschnittsalter 21,7 Jahre, der Median 21 Jahre und der Modus 20 Jahre. In der Schweiz schwankt das Alter der Befragten zwischen 18 und 45 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt 23,9 Jahre, der Median 24 und der Modus 22 Jahre. Entsprechend sind die Befragten in der Altersklasse von 20 bis unter 25 Jahre am stärksten über alle drei Länder vertreten.

Rund 96 Prozent der Befragten in Deutschland haben die deutsche Staatsbürgerschaft, während in Frankreich über 99 Prozent der Befragten die französische Staatsbürgerschaft besitzen. In der Schweiz haben 94 Prozent die Schweizer und rund 5 Prozent die deutsche Staatsbürgerschaft.

>>

ABBILDUNG 1 / BETEILIGUNG NACH STUDIENLÄNDERN
(ANGABEN IN PROZENT)

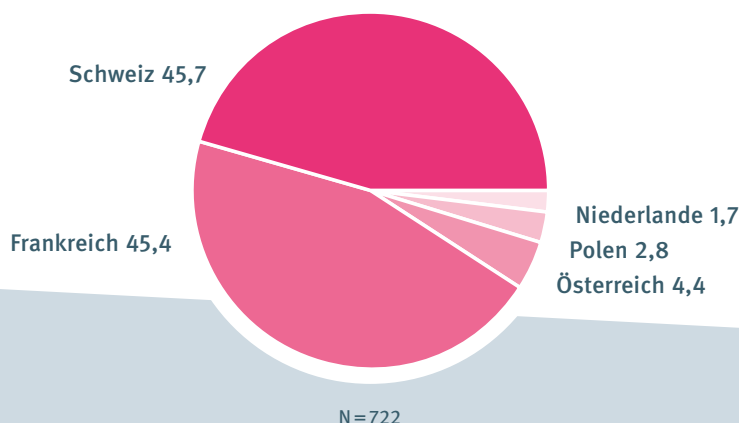


ABBILDUNG 2 / BETEILIGUNG NACH GESCHLECHT
(ANGABEN IN PROZENT)

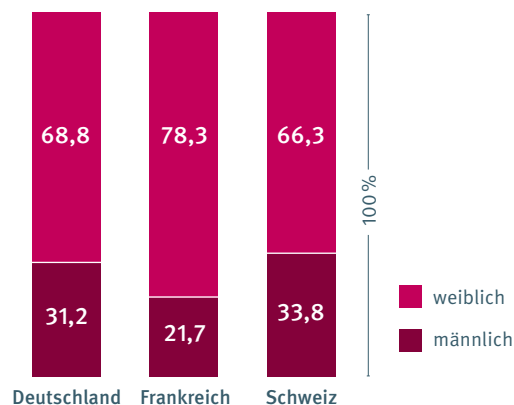


Tabelle 1 und 2 dokumentieren Informationen zur sozialräumlichen Herkunft der Studierenden. Hier haben wir zum einen nach der Einwohnerzahl des Ortes gefragt, in dem die Studierenden Kindheit und Jugend verbracht haben und zum anderen, wie sie den Urbanisierungsgrad ihrer Heimatregion einstufen.

In Deutschland kommt rund ein Viertel der Befragten aus einer ländlichen Region, in Frankreich knapp ein Drittel und in der Schweiz rund 39 Prozent. Für die Metropolen verzeichnen sowohl Deutschland als auch Frankreich circa 15 Prozent, die Schweiz 2,4 Prozent.

Kleinere, formal selbständige Herkunftsorte können auch in einer stärker verdichteten Region sein, weshalb wir auch nach dem Urbanisierungsgrad gefragt haben (siehe Tabelle 2).

Auffällig ist zum einen der hohe Anteil der Schweizer Studierenden, die in einer ländlichen Region aufgewachsen sind – was aber der Siedlungsstruktur der Schweiz geschuldet und deshalb nicht überraschend ist. Weniger plausibel ist zum anderen der vergleichsweise geringe Anteil der Studierenden aus ländlichen Regionen in Frankreich, denn dort gibt es – verglichen mit Deutschland – mehr und größere ländlich strukturierte Regionen. Auch diese Verteilung zeigt, dass die Ergebnisse für Frankreich nicht repräsentativ sind.

TABELLE 1 / HERKUNFT DER STUDIERENDEN: WOHNORT
(ANGABEN IN PROZENT)

Einwohnerzahl	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Dorf			
bis 5.000	25,3	29,2	38,5
bis 2.000	13,3	13,7	16,1
2.000 bis 5.000	12,0	15,5	22,4
Kleinstadt			
5.000 bis 10.000	10,4	14,9	23,6
Mittelstadt			
10.000 bis 100.000	32,1	43,3	29,4
10.000 bis 50.000	22,8	29,6	22,1
50.000 bis 100.000	9,3	13,7	7,3
Großstadt			
100.000 bis 500.000	16,8	11,0	17,9
Metropole			
500.000 oder mehr	15,4	15,0	2,4
N	8.546	328	330

TABELLE 2 / URBANISIERUNGSGRAD DER HERKUNFTSREGION
(ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Ländliche Region	26,8	25,6	47,0
Kleinstadt	26,1	31,1	33,9
Mittelstadt	18,7	31,7	24,5
Großstadt	16,6	14,9	6,5
Metropolregion	11,8	19,2	4,2
N	8.544	328	330

3.2 STUDIUM

Das Medizinstudium ist in Deutschland durch die Approbationsordnung geregelt. Zugangsvoraussetzung ist die Allgemeine Hochschulreife verbunden mit einem Numerus clausus (NC), der aktuell bei einer Abiturdurchschnittsnote von 1,0 liegt oder ein entsprechend anrechenbarer Schul- oder Berufsausbildungsabschluss, respektive der Landarztquote. Die Regelstudienzeit für das Studium der Humanmedizin beträgt in Deutschland und der Schweiz 12 Semester und dauert damit 6 Jahre.

Das Medizinstudium in Frankreich ist im Studienjahr 2020/2021 reformiert worden, seitdem muss im ersten Studienjahr das Fach Gesundheitswissenschaften absolviert werden. Das Studium in Frankreich wird nicht durch Semester sondern durch Studienjahre strukturiert. Das Medizinstudium ist in drei *Cycles* gegliedert. Das Studium dauert insgesamt zwischen 9 bis 12 Jahren, wobei der dritte Cycle die Facharztausbildung in der gewählten Spezialisierung beinhaltet.

Das Medizinstudium in der Schweiz ist in einen Bachelor- und einen Masterstudiengang gegliedert, die jeweils drei Jahre und somit in der Summe sechs Jahre dauern. Bei einer Überauslastung des verfügbaren Kontingents an Studienplätzen können mittels eines Numerus Clausus oder Eignungstest die Studienplätze vergeben werden. Dies wird jedes Jahr landesweit in Abhängigkeit der Anmeldungen entschieden.

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der befragten Medizinstudierenden nach Studienjahren. In Frankreich haben vor allem Studierende teilgenommen, die sich in den ersten Jahren des Studiums befinden, während in der Schweiz die Beteiligung über die Studienjahre etwas gleichmäßiger verteilt ist. In Deutschland befinden sich die Befragten durchschnittlich im siebten Fachsemester, somit zwischen dem 3 und 4 Studienjahr.

TABELLE 3 / VERTEILUNG NACH STUDIENJAHREN

Studienjahr	Frankreich		Schweiz	
	N	%	N	%
1	2	0,6	66	20,1
2	142	43,3	37	11,3
3	87	26,5	66	20,1
4	48	14,6	68	20,7
5	33	10,1	26	7,9
6	15	4,6	64	19,5
7	1	0,3	1	0,3
N	328		328	

3.3 STUDIUM UND AUSBILDUNG VOR DEM HINTERGRUND DER CORONA-PANDEMIE

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie haben sich in allen gesellschaftlichen Bereichen manifestiert und wirken sich nicht zuletzt auch auf das Leben der Studierenden aus. Auf die Studierenden im medizinischen Bereich kamen dabei zusätzliche Anforderungen und Aufgaben zu, die neben einem corona-bedingten Studium zu absolvieren sind, da diese teilweise für verschiedene Aufgaben in der Versorgung oder zur Eindämmung der Pandemieausbreitung eingesetzt wurden. Inwieweit und in welchen Aufgabenfeldern die Studierenden im Einzelnen tätig wurden und damit praktische medizinnahe Erfahrungen sammeln konnten, wird in Tabelle 4 und Tabelle 5 dargestellt.

In den drei untersuchten Ländern haben jeweils wesentliche Anteile der Studierenden Aufgaben in der Versorgung oder der Pandemiebekämpfung übernommen. Differenziert nach Geschlecht zeigt sich, dass in Deutschland, Frankreich und der Schweiz jeweils mehr Männer Aufgaben übernommen haben (Abbildung 3). Dies ist insofern bemerkens- und bedenkenswert, als in allen drei Ländern deutlich mehr Frauen Medizin studieren beziehungsweise sich an der Umfrage beteiligt haben.

Die Aufgabenfelder, die Studierende während der Corona-Pandemie übernehmen konnten, variieren dabei von Aktivitäten auf den Stationen (Intensiv- und Normalstation), über Test- und Impfzentren, Arztpraxen und dem öffentlichen Gesundheits-

dienst bis hin zu Informations- und Beratungsleistungen bei Hotlines. Die Befragten konnten mehrere Aufgabenfelder benennen, in denen sie tätig waren (siehe Tabelle 5).

In Frankreich und Deutschland ist die Normalstation der am häufigsten genannte Einsatzort. In der Schweiz wurden über die Hälfte der Befragten in Testzentren tätig, die auch in Deutschland und Frankreich am zweithäufigsten genannt wurden.

In allen drei Ländern haben deutlich mehr als die Hälfte der Befragten ausgesagt, dass die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und die Vorbereitung auf ihre spätere ärztliche Tätigkeit haben (siehe Tabelle 6).

>>

TABELLE 4 / CORONA: AUFGABEN IN DER VERSORGUNG/ PANDEMIEBEKÄMPFUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Ja	58,8	45,6	63,0
Nein	41,2	54,4	37,0
N	8.570	327	330

TABELLE 5 / CORONA: AUFGABENFELDER WÄHREND DER PANDEMIE (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Normalstation	41,9	57,1	39,2
Testzentren	26,8	39,0	56,9
Intensivstation	22,9	20,1	10,0
Impfzentren	20,8	25,3	27,8
Arztpraxen	19,5	5,8	11,5
Öffentlicher Gesundheitsdienst	10,3	9,1	7,2
Hotlines	4,5	7,8	5,3
N	5.043	154	209

ABBILDUNG 3 / AUFGABEN IN DER VERSORGUNG/ PANDEMIEBEKÄMPFUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

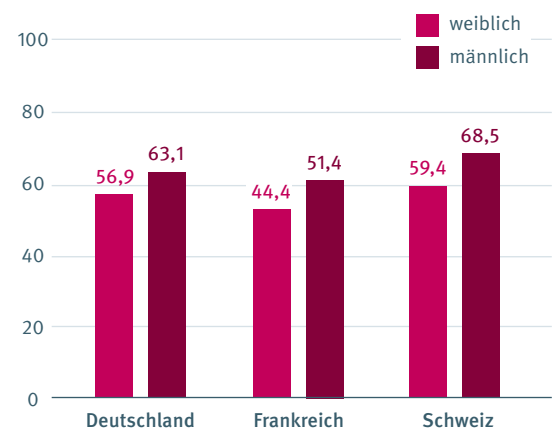


TABELLE 6 / CORONA-MAßNAHMEN: AUSWIRKUNGEN AUF ENTWICKLUNG WICHTIGER KOMPETENZEN (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Ja	67,7	64,4	61,4
Nein	32,3	35,6	38,6
N	8.535	323	329

Inwiefern diese Auswirkungen bewertet werden und ob diese eine Verbesserung oder Verschlechterung auf die Entwicklung der Kompetenzen darstellen wird in Tabelle 7 und Tabelle 8 dargestellt.

In Deutschland bewerten die Befragten die Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und die Vorbereitung für die spätere ärztliche Tätigkeit mehrheitlich als eher negativ, während in der Schweiz diese von einer deutlichen Mehrheit als eher als positiv eingestuft werden. In Frankreich ergibt sich ein dagegen geteiltes Bild.

Mit Blick auf die Angaben bezüglich der Verbesserung oder Verschlechterung konkreter Kompetenzen wird in allen drei Ländern vor allem eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Selbstorganisation genannt und in Frankreich und der Schweiz das medizinische (Fach-)Wissen. Während in Deutschland über die Hälfte der Befragten eine Verschlechterung in den praktischen Fertigkeiten in der Untersuchung oder Behandlung von Patienten sieht, wird diese in Frankreich von einem Drittel als Verbesserung wahrgenommen.

TABELLE 7 / BEWERTUNG DER ENTWICKLUNG WICHTIGER KOMPETENZEN (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Eher positiv	41,6	50,2	67,2
Eher negativ	58,4	49,8	32,8
N	5.751	211	201

Des Weiteren wurden die Studierenden gefragt, ob die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung und damit zusammenhängende persönliche Erfahrungen für diese die Attraktivität eines oder mehrerer ärztlicher Tätigkeitsfelder verändert hat.

In Deutschland und der Schweiz sagen jeweils ein Drittel der Befragten, dass die Attraktivität einzelner ärztlicher Tätigkeitsfelder sich verändert habe, in Frankreich circa 40 Prozent. In Tabelle 9 sind diese Grade der Veränderungen – ob besser (B), keine Änderung (K. Ä.), schlechter (S) – nach Tätigkeitsfeldern dargestellt.

In Deutschland, Frankreich und (mit Abstrichen) in der Schweiz wird insbesondere eine Reduktion der Attraktivität einer stationären Tätigkeit genannt. Es bleibt zu untersuchen, woran genau

dies liegt, denn wenn – wie in Deutschland und Frankreich – bei zwei Dritteln der Studierenden mit klinischen Erfahrungen bei der Corona-Bekämpfung eben diese zu einer Attraktivitätsabnahme einer genuin ärztlichen Tätigkeit und eines für die Versorgung höchst relevanten Beschäftigungsfelds führen, dann ist das ein sehr bedenklicher Long-Covid-Effekt.

Demgegenüber ist die ambulante Tätigkeit in Frankreich und der Schweiz für die Studierenden attraktiver geworden, in Deutschland sieht eine relative Mehrheit hier keine Veränderung. Während über alle drei Länder hinweg die Befragten eine Verschlechterung beziehungsweise keine Änderung der Attraktivität einer Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst sehen, hat die medizinische Forschung eher an Attraktivität gewonnen.

TABELLE 8 / VERBESSERUNG/VERSCHLECHTERUNG AUF DIE ENTWICKLUNG VON KOMPETENZEN (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich		Schweiz	
	B	S	B	S	B	S
Selbstorganisation	55,2	5,6	42,1	16,3	47,0	6,5
Kommunikation Kollegen	21,3	32,5	26,3	11,0	31,0	15,5
Kommunikation Fachkräfte	25,4	29,8	26,8	8,1	39,5	12,5
Kommunikation Patienten	23,2	43,7	23,1	27,9	40,2	20,1
Medizinisches (Fach-) Wissen	–	–	32,9	18,8	42,0	19,5
Praktische Fertigkeiten Patientenversorgung	20,4	55,0	29,5	23,7	33,5	35,0
Medizintechnik	18,6	28,8	24,2	19,3	26,0	12,5
EDV / Umgang mit digitalen Hilfsmitteln	24,3	13,9	29,0	4,3	46,5	1,0
N	zwischen 5.729 und 5.738		zwischen 207 und 209		zwischen 199 und 200	

TABELLE 9 / VERÄNDERUNGEN DER ATTRAKTIVITÄT ÄRZTLICHER TÄTIGKEITSFELDER (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland			Frankreich			Schweiz		
	B	K. Ä.	S	B	K. Ä.	S	B	K. Ä.	S
Stationäre Tätigkeit	13,7	19,5	66,8	20,3	11,7	68,0	14,6	44,8	40,6
Ambulante Tätigkeit	26,8	41,9	31,3	41,4	43,0	15,6	49,0	35,4	15,6
Tätigkeit im ÖGD	13,0	40,4	46,6	14,8	53,9	31,3	24,7	43,3	32,0
Medizinische Forschung	36,7	51,5	11,8	46,1	47,7	6,3	41,7	49,0	9,4
N	zwischen 2.684 und 2.694			128			zwischen 96 und 97		

B = besser / K. Ä. = keine Änderung / S = schlechter

3.4 VORERFAHRUNGEN IM MEDIZINISCHEN BEREICH

Vorerfahrungen im medizinischen Bereich können aus verschiedenen Gründen und auf verschiedene Weise – beispielsweise zum Erleichtern des Einstiegs in ein Medizinstudium – gesammelt werden. In Deutschland und der Schweiz können über die Hälfte der Befragten bereits Vorerfahrungen vorweisen, in Frankreich lediglich weniger als ein Drittel.

In allen drei Ländern haben die Befragten Eltern oder andere Verwandte mit medizinischem Hintergrund, wobei diese als Berufsvererbungsquote bezeichnete Zahl zwischen knapp 31 Prozent in Frankreich und knapp 43 Prozent in der Schweiz variiert, in Deutschland liegt diese ähnlich wie in den früheren Befragungen bei 37 Prozent.

Fasst man alle Angaben zu den Vorerfahrungen im medizinischen Bereich zusammen (siehe Tabelle 10), dann haben rund 72 Prozent der Befragten in Deutschland eigene praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Aufnahme des Studiums gesammelt, oder durch die Tätigkeit von Eltern oder Verwandten Einblicke gewonnen – bis hin zu der Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen. Im Vergleich dazu liegt

dieser Wert in Frankreich bei lediglich 49 Prozent, in der Schweiz wiederum bei 74 Prozent.

Vor allem in der Schweiz und Deutschland weisen die Befragten selbst Vorerfahrungen auf oder konnten bereits Einblicke durch Eltern und Verwandte im medizinischen Bereich gewinnen. Das bedeutet, dass die große Mehrheit der Studierenden durchaus nicht unvorbereitet ein Medizinstudium aufgenommen, sondern im Vorfeld durch praktische Einblicke konkrete Vorstellungen davon entwickelt hat, was ein Studium der Medizin und eine ärztliche Tätigkeit bedeutet. 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 Unterschiede, die in Frankreich und der Schweiz deutlicher ausgeprägt sind als in Deutschland (siehe Tabelle 11). Bei den Männern ist diese Vererbungsquote grundsätzlich höher, in Frankreich über 9 Prozentpunkte.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich solcher Vorerfahrungen bewegen sich insgesamt auf einem hohen Niveau. Für die deutschen Kohorten kann eine kontinuierliche Verringerung der Abstände bezüglich der Vorerfahrung zwischen Frauen und Männern beobachtet werden, da diese seit der ersten Erhebung 2010 (17 Prozentpunkte Differenz, Männer 85 Prozent, Frauen 68 Prozent), im Jahr 2022 lediglich 6 Prozentpunkte beträgt.

Die Schweiz weist hinsichtlich der Strukturen zur Vorerfahrung ähnliche Werte auf: Insgesamt haben in der Schweiz circa drei Viertel der Befragten Vorerfahrungen, der Unterschied zwischen den Geschlechtern beträgt lediglich 4 Prozentpunkte.

Demgegenüber ist der Vorerfahrungswert in Frankreich deutlich geringer. Weniger als die Hälfte der Befragten haben bereits Vorerfahrung – durch eigene Erfahrungen oder die Tätigkeit der Eltern – gesammelt, dies liegt unter anderem auch an der geringeren Berufsvererbungsquote in Frankreich. Differenziert nach Geschlechtern weisen wiederum mehr Männer vor Beginn des Studiums Erfahrungen im medizinischen Bereich auf.

TABELLE 10 / VORERFAHRUNG IM MEDIZINISCHEN BEREICH

	Deutschland			Frankreich			Schweiz		
	%	Berufsver- erbungsquote	Vorerfahrung insgesamt	%	Berufsver- erbungsquote	Vorerfahrung insgesamt	%	Berufsver- erbungsquote	Vorerfahrung insgesamt
Praktische Erfahrung vor Studium	53,7			27,2			53,6		
Eltern sind Mediziner	21,7	37,3	71,5	10,4	30,9	48,6	23,0	42,6	73,6
Andere Verwandte sind Mediziner	28,7			26,0			30,4		
N	8.582 / 8.552 / 8.564			327 / 327 / 327 / 327			330 / 329 / 330 / 329		

TABELLE 11 / VORERFAHRUNG IM MEDIZINISCHEN BEREICH NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich		Schweiz	
	W	M	W	M	W	M
Praktische Erfahrung vor Studium	51,8	58,4	27,5	27,1	53,3	52,8
Praktische/klinische Erfahrung während des Studiums im medizinischen Bereich	–	–	92,0	91,4	98,1	94,4
Eltern sind Mediziner	20,4	24,5	9,2	15,7	21,2	25,9
Andere Verwandte sind Mediziner	27,9	30,3	24,7	31,4	28,0	34,3
Berufsvererbungsquote	35,9	40,3	29,1	38,6	39,3	48,1
Vorerfahrung insgesamt	69,8	75,9	47,0	55,7	71,6	75,9
N	zwischen 8.450 und 8.479		321		zwischen 318 und 320	

W = weiblich / M = männlich

3.5 ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT

In der Befragung sind, 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. Von hoher Wichtigkeit sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten, die aber auch Flexibilität ermöglichen, oder der Wunsch, 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.

In Tabelle 12 werden die einzelnen Aspekte hinsichtlich der Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit, nach Ländern differenziert, abgebildet. Die Aussagen der Studierenden aus Deutschland und der Schweiz weisen ähnliche Zustimmungswerte auf. Demgegenüber stehen einige Aspekte, die seitens der französischen Medizinstudierenden deutlich anders bewertet werden: Geregelte Arbeitszeiten werden in Deutschland und der Schweiz als sehr wichtig oder wichtig empfunden, während in Frankreich lediglich die Hälfte der Befragten diese Erwartungshaltung aufweisen.

Als (sehr) viel wichtiger im Vergleich zu den Studierenden aus Deutschland und der Schweiz in Bezug auf die Erwartungen nennen die französischen Studierenden vor allem folgende Aspekte: „Neben der Krankheitsgeschichte auch die Lebensumstände der Patienten kennen“, „Arbeiten im Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen“, „Gute Karrieremöglichkeiten“ und das „Arbeiten in Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe“.

>>

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

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Familie und Beruf gut vereinbaren			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	92,5	95,4	95,8
Sehr wichtig	63,8	67,4	68,2
Wichtig	28,8	28,0	27,6
Weniger wichtig	6,6	4,0	3,3
Unwichtig	0,8	0,6	0,9
Geregelte Arbeitszeiten			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	83,1	49,1	75,7
Sehr wichtig	37,8	5,5	32,1
Wichtig	45,3	43,6	43,6
Weniger wichtig	15,6	46,0	22,7
Unwichtig	1,3	4,9	1,5
Arbeitszeiten flexibel gestalten			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	81,2	77,4	84,4
Sehr wichtig	43,4	27,7	54,4
Wichtig	37,7	49,7	30,0
Weniger wichtig	16,8	22,0	13,9
Unwichtig	2,0	0,6	1,5
Gute Verdienstmöglichkeiten			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	79,4	86,2	77,6
Sehr wichtig	26,8	23,5	29,7
Wichtig	52,6	62,7	47,9
Weniger wichtig	18,8	12,5	20,9
Unwichtig	1,8	1,2	1,5
Beitrag zum Spektrum an Krankheiten behandeln			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	67,5	68,0	61,5
Sehr wichtig	22,4	20,7	17,9
Wichtig	45,1	47,3	43,6
Weniger wichtig	29,9	30,2	34,2
Unwichtig	2,6	1,8	4,2
Neben Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	64,4	88,1	69,4
Sehr wichtig	22,8	42,4	26,4
Wichtig	41,6	45,7	43,0
Weniger wichtig	30,0	10,4	26,4
Unwichtig	5,6	1,5	4,2
Arbeiten im Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	64,2	79,6	63,3
Sehr wichtig	18,0	37,8	20,9
Wichtig	46,2	41,8	42,4
Weniger wichtig	32,7	18,9	32,7
Unwichtig	3,2	1,5	3,9
Gute Karrieremöglichkeiten			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	60,2	81,9	66,2
Sehr wichtig	21,1	33,0	24,6
Wichtig	39,0	48,9	41,6
Weniger wichtig	35,1	16,2	29,5
Unwichtig	4,8	1,8	4,3
Arbeiten im Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	61,1	78,7	62,1
Sehr wichtig	18,6	35,7	19,7
Wichtig	42,5	43,0	42,4
Weniger wichtig	33,8	19,2	32,7
Unwichtig	5,1	2,1	5,2
Tätigkeit in eigener Praxis			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	55,1	41,8	49,7
Sehr wichtig	20,9	9,8	14,2
Wichtig	34,2	32,0	35,5
Weniger wichtig	34,3	45,7	41,5
Unwichtig	10,6	12,5	8,8
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien			
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	35,1	46,1	38,3
Sehr wichtig	11,8	11,6	12,2
Wichtig	23,3	34,5	26,1
Weniger wichtig	43,7	36,3	40,4
Unwichtig	21,2	17,7	21,3
N	zwischen 8.571 und 8.588	zwischen 327 und 328	zwischen 329 und 330

Die Einzelaspekte („Items“) aus Tabelle 12 wurden mit Hilfe einer Faktorenanalyse (konkret: einer Hauptkomponentenanalyse) gruppiert und verdichtet. Mit dieser Analyse können die den Fragen zugrunde liegenden Dimensionen (oder „Faktoren“) identifiziert werden. Wenn Items zu einem Faktor gehören und eine bestimmte Dimension repräsentieren, dann sollten sie auf den jeweiligen Faktor „laden“, d. h. hoch mit diesem korrelieren und Werte nahe bei 1 oder -1 erreichen und zudem nicht auf andere Faktoren laden. Wenn dies – so wie in der folgenden Tabelle – gegeben ist, spricht man von einer „Einfachstruktur“ der Komponentenmatrix.

Die Analyse hat für die drei Länder jeweils vier zentrale Faktoren identifiziert, die sich jedoch in ihrer Ausgestaltung hinsichtlich der einzelnen Faktoren leicht unterscheiden. Dennoch lassen sich für die drei Länder jeweils die Kategorien Familie und Freizeit, Team und Kollegen beziehungsweise Patienten, Beruflicher Erfolg und Einkommen sowie Abwechslung im Beruf und Wissenschaftsorientierung zuordnen. Die kursiv hinterlegten Items am Ende der jeweiligen Tabelle laden auf keinem der Faktoren.

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.

Die zentralen Ergebnisse der Faktorenanalyse sind differenziert nach Ländern in den nachstehenden Tabellen (13, 15 und 17) und Abbildungen (4, 5 und 6) dargestellt, sowie die Bewertung der Wichtigkeit der Faktoren in den Tabellen 14, 16 und 18.

In Deutschland – aber auch in den beiden anderen Ländern – ist der Faktor Familie für eine deutliche Mehrheit sehr wichtig oder wichtig und damit mit Abstand der Bedeutsamste. Danach rangieren: Beruflicher Erfolg, Team und Kollegen und der Faktor Abwechslung im Beruf (siehe Tabelle 14).

Bei der Bedeutung dieser Faktoren bestehen teilweise deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern (siehe Abbildung 4). In Deutschlandsind für die Frauen Familie und Freizeit (auf insgesamt hohem Niveau) noch wichtiger als für Männer. Für Männer sind dagegen Abwechslung im Beruf und der ärztlichen Tätigkeit wichtiger als für Frauen.

>>

TABELLE 13 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN UND FAKTORLADUNG

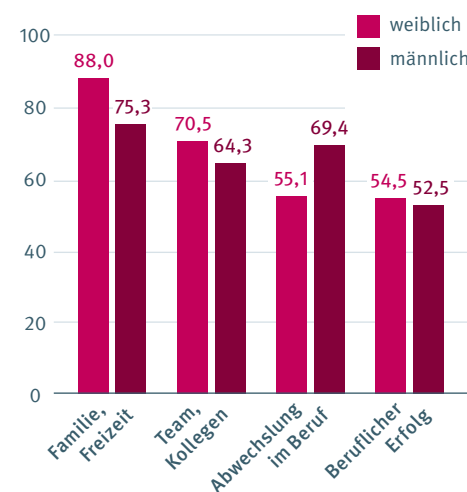
Deutschland	Familie, Freizeit	Team, Kollegen	Beruflicher Erfolg	Abwechslung im Beruf
Arbeitszeiten flexibel gestalten	,745			
Geregelte Arbeitszeiten	,721			
Familie und Beruf gut vereinbaren	,709			
Arbeiten im Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen		,823		
Arbeiten im Team mit Kollegen anderer 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 Forschungsthemen und Studien				
Eigenwerte	1,17	1,73	1,53	1,23

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .631, Sig. Bartlett: .000, erklärte Varianz 56,94 %

TABELLE 14 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT)

Deutschland	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 / FAKTOREN ZUR BERUFSERWARTUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT) – DEUTSCHLAND



Mit Blick auf die Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit rangiert in Frankreich hingegen der berufliche Erfolg als wichtigster Faktor (siehe Tabelle 16). Darauf folgen das Team und die Kollegen, Abwechslung im Beruf und als Schlusslicht die Familie und Freizeit.

Hinsichtlich der Wichtigkeit dieser Faktoren differenziert nach Geschlecht werden diese in Frankreich ebenfalls unterschiedlich bewertet (siehe Abbildung 5). Der berufliche Erfolg rangiert auf sehr hohem Niveau sowohl bei Frauen als auch bei Männern an erster Stelle. Für die Frauen folgen anschlie-

ßend das Team und die Kollegen, Familie und Freizeit und als Schlusslicht die Abwechslung im Beruf. Bei den Männern hingegen ist der zweitwichtigste Faktor die Familie, Freizeit und die Eigenverantwortung, darauf folgen das Team und Kollegen und ebenfalls als letzter Faktor die Abwechslung im Beruf. Damit unterscheidet sich Frankreich deutlich hinsichtlich der Wichtigkeit der einzelnen Faktoren als auch hinsichtlich der Geschlechterunterschiede zu Deutschland und der Schweiz.

>>

TABELLE 15 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN UND FAKTORLADUNG

Frankreich	Familie, Freizeit	Team, Kollegen	Beruflicher Erfolg	Abwechslung im Beruf
Familie und Beruf gut vereinbaren	,706			
Arbeitszeiten flexibel gestalten	,696			
Tätigkeit in eigener Praxis	,577			
Geregelte Arbeitszeiten	,561			
Arbeiten im Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe		,881		
Arbeiten in Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen		,867		
Gute Karriereöglichkeiten			,796	
Gute Verdienstmöglichkeiten			,686	
Breites Spektrum an Krankheiten behandeln				,853
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien				
Neben Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen				
Eigenwerte	2,04	1,93	1,46	1,23

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .633, Sig. Bartlett: <.001, erklärte Varianz 60,5 %

ABBILDUNG 5 / FAKTOREN ZUR BERUFSERWARTUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT) – FRANKREICH

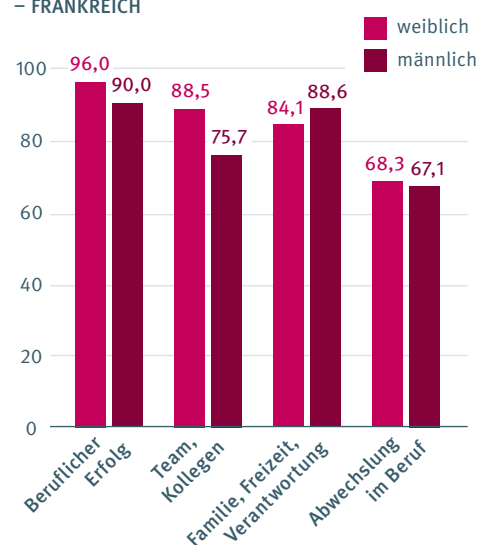


TABELLE 16 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT)

Frankreich	Beruflicher Erfolg	Team, Kollegen	Abwechslung im Beruf	Familie, Freizeit, Verantwortung
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	84,1	79,1	68,0	65,9
Sehr wichtig	28,3	36,7	20,7	27,6
Wichtig	55,8	42,4	47,3	38,3
Weniger wichtig	14,4	19,1	30,2	29,4
Unwichtig	1,5	1,8	1,8	4,6
N	328			

Die Ergebnisse der Schweizer Befragten (siehe Tabelle 18) ähneln wiederum denen der Ergebnisse aus Deutschland. Der Faktor Familie wird von über drei Viertel der Befragten als sehr wichtig eingestuft. Darauf folgen die Faktoren Team und Patienten, Beruflicher Erfolg und Abwechslung im Beruf.

Die Wichtigkeit der Faktoren nach Geschlecht (siehe Abbildung 6) in der Schweiz (N = 320) verteilt sich ähnlich wie in Deutschland. Familie und Freizeit sind sowohl für Frauen als auch für Männer anteilig der wichtigste Faktor,

gefolgt von beruflichem Erfolg. Lediglich hinsichtlich der Faktoren Team und Patienten sowie Abwechslung im Beruf präferieren Frauen ersteres, während den Männern anteilig die Abwechslung im Beruf und Eigenverantwortung wichtiger sind.

Wie dargestellt ist der Faktor Familie und Freizeit in Deutschland und der Schweiz anteilig der wichtigste, rangiert aber auch in Frankreich auf sehr hohem Niveau. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und entsprechend flexible Arbeitszeiten respektive der Wunsch,

Eigenverantwortung für die Zeitgestaltung übernehmen zu können, gewinnt zunehmend an Relevanz.

Medizin ist inzwischen mehrheitlich weiblich, und für nahezu alle Frauen in der Stichprobe ist 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.

TABELLE 17 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN UND FAKTORLADUNG

Schweiz	Familie, Freizeit	Team, Patienten	Beruflicher Erfolg	Abwechslung im Beruf
Arbeitszeiten flexibel gestalten	,795			
Familie und Beruf gut vereinbaren	,766			
Geregelte Arbeitszeiten	,712			
Arbeiten im Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe		,804		
Arbeiten im Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen		,795		
Neben Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen		,578		
Gute Karrieremöglichkeiten			,833	
Gute Verdienstmöglichkeiten			,746	
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien			,573	
Tätigkeit in eigener Praxis				,761
Breites Spektrum an Krankheiten behandeln				,638
Eigenwerte	2,13	1,98	1,66	1,22

Hauptkomponentenanalyse, Rotation Varimax, KMO: .641, Sig. Bartlett: <.001, erklärte Varianz 63,53 %

ABBILDUNG 6 / FAKTOREN ZUR BERUFSERWARTUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT) – SCHWEIZ

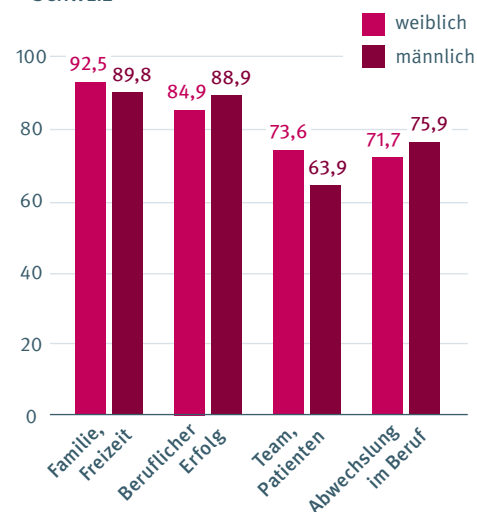


TABELLE 18 / ERWARTUNGEN AN DIE SPÄTERE BERUFSTÄTIGKEIT, FAKTOREN (ANGABEN IN PROZENT)

Schweiz	Familie, Freizeit	Team, Patienten	Beruflicher Erfolg	Abwechslung im Beruf
„Sehr wichtig“ und „Wichtig“	76,5	64,9	64,8	55,6
Sehr wichtig	42,3	22,3	22,2	16,1
Wichtig	34,2	42,6	38,6	39,5
Weniger wichtig	20,4	30,6	30,3	37,9
Unwichtig	3,2	4,4	9,0	6,5
N	328			

3.6 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 (siehe Tabelle 19). Am beliebtesten ist eine angestellte Tätigkeit in der Versorgung, sowohl in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Absolut unattraktiv ist dagegen eine Beschäftigung bei einer Krankenkasse. Die künftigen Ärzte wollen später in der kurativen Medizin arbeiten – ambulant oder stationär, angestellt oder niedergelassen –, andere Optionen sind demgegenüber von sehr nachgeordneter Bedeutung.

Die angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt kommt für über 90 Prozent der Befragten über alle drei Länder hinweg als Tätigkeit auf jeden Fall oder wahrscheinlich in Frage und für drei Viertel der Befragten in den jeweiligen Ländern ist auch die generelle Niederlassung eine Option.

Während sich in Deutschland über drei Viertel der Befragten eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung vorstellen können, ist diese in Frankreich lediglich bei der Hälfte der Befragten attraktiv, in der Schweiz wiederum bei rund 66 Prozent. Die fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis ist für die Befragten attraktiver als eine hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis.
>>

TABELLE 19 / NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt	96,0	91,1	96,0
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung	77,4	52,1	65,7
Niederlassung generell	73,6	73,4	74,1
Angestellte Tätigkeit im Krankenhaus	72,0	71,3	79,1
Fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	71,2	68,8	66,5
Angestellte Tätigkeit in Praxis	67,5	52,1	65,7
Angestellte Tätigkeit im MVZ	65,7	–	–
Hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	42,6	55,7	45,5
Angestellte Tätigkeit in klinischer Forschung	28,9	31,0	28,0
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	20,0	8,6	24,8
Angestellte Tätigkeit in Forschung ohne Patientenkontakt	12,7	7,0	9,1
Angestellte Tätigkeit in Pharmaindustrie	11,0	3,4	10,0
Angestellte Tätigkeit bei Krankenkasse (Administration, Ärzteverwaltung)	4,7	2,8	6,7
N	zwischen 8.545 und 8.577	zwischen 326 und 328	zwischen 328 und 330

Zwischen Männern und Frauen gibt es unverändert nahezu durchgängig signifikante Unterschiede hinsichtlich der Attraktivität künftiger Tätigkeiten (wenn auch auf sehr unterschiedlichem Niveau).

Frauen ziehen 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 (Praxis oder größerer Versorgungseinrichtung). 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.

In allen drei Ländern finden sich hinsichtlich der hausärztlichen oder fachärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis zwischen den Geschlechtern wenig Unterschiede (siehe Tabelle 20). Die präferierte Form ist jedoch die fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis. Die angestellte Tätigkeit in einer Praxis ist für die Frauen (W) in allen drei Ländern grundsätzlich eher eine Berufskarriere als für Männer (M). Diese können sich wiederum deutlich eher eine Tätigkeit in der Pharmaindustrie vorstellen, wobei sich die Zustimmung grundsätzlich auf geringem Niveau befindet und innerhalb der deutschen Kohorte bei den Männern die höchste Zustimmung findet. Auch die Niederlassung findet über alle drei Länder hinweg eine hohe Zustimmung, wobei diese ebenfalls bei Männern höher liegt als bei Frauen.

TABELLE 20 / NIEDERLASSUNG UND ANGESTELLTE TÄTIGKEIT NACH GESCHLECHT
(ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich		Schweiz	
	W	M	W	M	W	M
Hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	42,5	42,9	54,0	58,6	43,9	49,1
Fachärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	70,2	73,5	66,3	77,1	63,5	72,9
Angestellte Tätigkeit im Krankenhaus	70,8	74,9	73,8	60,0	77,4	82,4
Angestellte Tätigkeit in Praxis	74,3	52,7	53,8	44,3	69,7	57,4
Angestellte Tätigkeit im MVZ	70,7	55,3	–	–	–	–
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	21,5	16,1	7,5	11,4	23,6	27,8
Angestellte Tätigkeit in klinischer Forschung	26,8	32,8	29,8	36,2	25,2	35,2
Angestellte Tätigkeit in Forschung ohne Patientenkontakt	11,5	14,8	6,3	10,0	9,0	9,3
Angestellte Tätigkeit in Pharmaindustrie	7,9	17,5	2,4	7,1	8,0	13,9
Angestellte Tätigkeit bei Krankenkasse (Administration, Ärzteverwaltung)	4,5	4,8	2,0	5,7	7,1	4,6
Niederlassung generell	72,6	76,2	70,2	82,9	72,0	78,5
Angestellte Tätigkeit in der Versorgung insgesamt	97,4	93,1	94,0	80,0	97,2	94,4
Angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung	83,0	65,4	53,8	44,3	69,7	57,4
N	zwischen 8.422 und 8.480		zwischen 321 und 322		zwischen 318 und 320	

W = weiblich / M = männlich

3.7 NIEDERLASSUNG: POTENTIAL UND NIEDERLASSUNGSBREMSEN

Wie eben gezeigt ist bei den Medizinstudierenden die generelle Bereitschaft zur Niederlassung vorhanden – auch wenn eine angestellter Tätigkeit in der Versorgung insgesamt präferiert wird.

Die Studierenden, die entsprechende Vorstellungen äußerten, einen Niederlassungswunsch aber nicht angegeben haben, wurden 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. In Deutschland (N = 1.368) möchte circa ein Drittel (31,7 Prozent) der Befragten dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten während knapp ein weiteres Drittel eine Niederlassung als Option angibt (27,5 Prozent) und rund 41 Prozent darüber noch keine Entscheidung für sich getroffen haben. In Frankreich (N = 20) möchten 40 Prozent dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten, für ein Viertel ist die Niederlassung eine Option und knapp 35 Prozent wissen das noch nicht.

In der Schweiz (N = 34) möchten 32 Prozent dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten, während für weitere 30 Prozent eine Niederlassung eine Option darstellt. 38 Prozent haben diesbezüglich noch keine Entscheidung gefällt.

In den Folgefragen wurden die Studierenden gefragt, in welcher Praxisform sie sich (ggfs.) niederlassen würden (siehe Tabelle 21). In Deutschland ist die Gemeinschaftspraxis oder größere Versorgungseinrichtungen die präferierte Form der Niederlassung. In Frankreich und der Schweiz kommen beide Optionen, die Einzelpraxis oder größere Versorgungseinrichtungen, für die Mehrheit der Befragten als Niederlassungsform in Frage.

Die nach Geschlecht differenzierten Präferenzen der Niederlassungsform sind in Tabelle 22 dargestellt. Es wird deutlich, dass Männer (M) in Deutschland und der Schweiz anteilig häufiger als Frauen (W) die Niederlassung (auch) in einer Einzelpraxis bevorzugen. In Frankreich sind es hingegen deutlich mehr Frauen, die eine Einzelpraxis präferieren.

TABELLE 21 / PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Einzelpraxis	5,0	9,8	6,8
Gemeinschaftspraxis / größere Versorgungseinrichtung	50,5	19,2	41,4
Beide Optionen	44,5	71,0	51,8
N	6.681	245	251

TABELLE 22 / PRÄFERIERTE FORM DER NIEDERLASSUNG NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich		Schweiz	
	W	M	W	M	W	M
Einzelpraxis	4,1	7,1	11,0	6,8	5,1	10,3
Gemeinschaftspraxis / größere Versorgungseinrichtung	54,2	42,6	18,8	18,6	39,9	41,4
Beide Optionen	41,7	50,3	70,2	74,6	55,1	48,3
N	6.613		240		245	

W = weiblich / M = männlich

3.8 TÄTIGKEIT IM KRANKENHAUS

Eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus ist für die meisten der angehenden Ärzte attraktiv – und für alle zumindest zeitweise unausweichlich, sofern sie ihre Ausbildung als Arzt abschließen wollen. In Frankreich und der Schweiz gehören praktische und klinische Erfahrungen bereits früh im Studium zum Teil der Ausbildung, in Frankreich haben bereits 92 Prozent der Befragten Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt, in der Schweiz sogar fast 97 Prozent.

In Deutschland wurde hinsichtlich einer leitenden Tätigkeit im Krankenhaus zudem differenziert, ob eine Oberarzt- oder Chefarztposition für die Studierenden in Frage kommt (siehe Tabelle 23). In Frankreich und der Schweiz wurde dies als leitende ärztliche Position in einem Krankenhaus als erstrebenswerte Karriereoption abgefragt.

In Deutschland ist die Oberarztkarriere die präferierte Option und auch in der Schweiz kann sich die Mehrheit der Befragten eine leitende Position vorstellen. Demgegenüber sagen knapp die Hälfte der Befragten in Frankreich, dass eine leitende ärztliche Position in einem Krankenhaus für sie eher nicht oder auf keinen Fall eine erstrebenswerte Karriereoption darstellt.

Das Krankenhaus gilt offenbar noch als ein Ort hoher Arbeitsverdichtung, langer Dienstzeiten bei zeitgleich wenig Zeit für die eigentliche Arbeit am Patienten, die zudem durch einen starken ökonomischen Druck charakterisiert ist und (nach wie vor) geprägt wird durch starre Hierarchien und eine autoritäre Führungskultur. Wiederum wird deutlich, welch hohen Stellenwert Familie, Privatleben und Freizeit haben.

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigt sich erneut, dass über alle drei Länder hinweg Männer grundsätzlich eher dazu bereit sind, leitende Positionen annehmen zu wollen (siehe Tabelle 24).

Während in Deutschland die Karriereoption Oberarzt sowohl für Männer als auch für Frauen mit hohen Zustimmungswerten in Frage kommt und auch in der Schweiz von der Mehrheit der Frauen als auch Männer als erstrebenswerte Karriere angesehen wird, sind die französischen Studierenden hinsichtlich einer leitenden Position im Krankenhaus als Karriere deutlich zurückhaltender.

TABELLE 23 / KARRIEREOPTIONEN IM KRANKENHAUS (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich	Schweiz
	Oberarzt	Chefarzt	Leitende ärztliche Position	Leitende ärztliche Position
Ja, wahrscheinlich	88,0	36,1	39,1	67,6
Nein, unwahrscheinlich	12,0	63,9	60,9	32,4
N	zwischen 6.145 und 6.151		233	259

TABELLE 24 / KARRIEREOPTIONEN IM KRANKENHAUS NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich		Schweiz	
	W	M	W	M	W	M
Oberarzt	85,0	94,3	–	–	–	–
Chefarzt	29,4	50,1	–	–	–	–
Leitende ärztliche Position	–	–	38,2	42,9	64,2	76,4
N	zwischen 6.083 und 6.089		228		251	

W = weiblich / M = männlich

3.9 ARBEITSORTE UND REGIONEN

Vor dem Hintergrund der unverändert bestehenden sehr ungleichen Verteilung der Ressource Arzt 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, welche Arbeitsorte und -regionen generell in Frage kommen und wie viele Studierende (auch oder ausschließlich) das Ausland als späteren Arbeits- und damit auch als Lebensort ins Auge fassen (siehe Tabelle 25).

Während in Frankreich über die Hälfte der Befragten angeben, das Ausland als späteren möglichen Arbeitsort anzusehen, sind es in der Schweiz und Deutschland weniger als die Hälfte. Insgesamt stellt die nähere Heimatregion den präferierten Arbeitsort dar. In Frankreich und der Schweiz ist die Region rund um die Universität jedoch auch sehr attraktiv. Grundsätzlich zeigt sich damit eine deutliche Heimatorientierung seitens der Befragten. In Frankreich und der Schweiz lässt sich hinsichtlich des Arbeitsortes jedoch eine höhere Flexibilität feststellen.

Urbanisierte Regionen und solche, die als landschaftlich reizvoll gelten sind häufig attraktiver, während rurale, eher strukturschwache Gebiete mit kleinteiliger, dörflicher Siedlungsstruktur wenig anziehend sind.

Die geringste Varianz besteht bei der Attraktivität der (den Studierenden vertrauten) Region rund um die Universität – in Frankreich und der Schweiz ziehen diese Region jeweils über 80 Prozent 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.

Ähnlich ist auch die sehr unterschiedliche Beliebtheit verschiedener Siedlungstypen beziehungsweise Ortsgrößen (siehe Tabelle 26). Es gibt nach wie vor Ortstypen, in denen die künftigen Ärztinnen und Ärzte auf keinen Fall

arbeiten wollen. In Deutschland haben knapp ein Drittel der Befragten keine Vorbehalte (und mithin zwei Drittel Aversionen gegen bestimmte Regionen und Siedlungstypen), in Frankreich circa 38 Prozent und in der Schweiz circa 46 Prozent.

Sowohl in Deutschland, Frankreich und der Schweiz sind die kleineren Landgemeinden von weniger als 2.000 Einwohnern bis 5.000 Einwohner am unbeliebtesten. Doch auch die Metropolregionen erfreuen sich nicht der größten Beliebtheit: Während Regionen dieser Größenordnung in der Schweiz de facto nicht vorhanden sind, sind die Metropolregionen in Frankreich (Paris, Marseille, Lyon und Bordeaux) auch eher unbeliebt.

>>

TABELLE 25 / SPÄTERE MÖGLICHE ARBEITSORTE (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Heimatsbundesland	85,8	–	–
Nähere Heimatregion	80,4	83,5	90,3
Anderes Bundesland/ andere Region im Land des Universitätsbesuchs	61,2	79,5	82,7
Ausland	40,3	52,3	46,4
Region rund um Universität	64,4	81,0	85,5
N	zwischen 8.504 und 8.563	zwischen 325 und 327	330

TABELLE 26 / AVERSION GEGEN BESTIMMTE ARBEITSORTE (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Alle Orte kommen in Frage	33,9	37,8	46,1
Weniger als 2.000 Einwohner	47,9	44,8	39,4
2.000 bis 5.000 Einwohner	40,3	34,5	28,8
5.000 bis 10.000 Einwohner	31,5	23,2	20,6
10.000 bis 50.000 Einwohner	18,4	11,6	10,6
50.000 bis 100.000 Einwohner	10,7	10,4	6,1
100.000 bis 500.000 Einwohner	9,9	11,6	7,0
500.000 Einwohner und mehr	23,6	28,4	20,3
N	8.600	328	330

Die attraktivsten Arbeitsorte stellen dagegen mittelgroße Städte und Regionen mit Bevölkerungszahlen bis zu 100.00 beziehungsweise 500.000 über alle drei Länder hinweg dar.

Die Attraktivität des zukünftigen Arbeitsortes hängt auch von der regionalen Herkunft der Studierenden und deren sozialräumlicher Sozialisation ab. Ein Arbeitsort in einer Kleinstadt mit bis zu 5.000 Einwohnern ist unter den Studierenden, deren eigener Herkunftsort eine Kleinstadt mit bis zu 2.000 Einwohnern ist, am attraktivsten. Die Attraktivität in ruralen Regionen zu arbeiten nimmt mit steigender Einwohnerzahl des Herkunftsortes grundsätzlich ab. Lediglich in der Schweiz (N=330) können sich die Hälfte der Befragten, unabhängig von der Größe des eigenen Herkunftsortes, vorstellen in einer Kleinstadt mit bis zu 5.000 Einwohnern zu arbeiten.

In Deutschland (N=8.600) können sich ebenfalls circa die Hälfte der Befragten vorstellen in einer Kleinstadt bis 5.000 Einwohner zu arbeiten, wenn diese selbst aus mittelgroßen Städten bis Großstädten kommen. Am unbeliebtesten (40,2 Prozent) ist die Kleinstadt als Arbeitsort bei Studierenden aus den Metropolen.

In Frankreich (N=328) zeichnet sich ein ähnliches Bild, wobei die Zustimmungswerte generell höher sind als in Deutschland. Am unattraktivsten ist die Kleinstadt bei Studierenden aus mittelgroßen Städten mit bis zu 50.000–100.000 Einwohnern (44,4 Prozent) und bei Studierenden aus den Metropolen (45,7 Prozent).

Das Geschlecht hat ebenfalls einen Einfluss auf den präferierten Arbeitsort (siehe Abbildung 7): Frauen sind eher bereit auf dem Land zu praktizieren als Männer. In Deutschland (N=8.492) liegt die Diskrepanz zwischen den weiblichen und männlichen Studierenden bei über 10 Prozentpunkten. In der Schweiz (N=322) liegt der Geschlechterunterschied sogar bei 19 Prozent. Demgegenüber steht Frankreich: Über 60 Prozent der Frauen und Männer sind bereit in einer Kleinstadt mit bis zu 5.000 Einwohnern zu praktizieren und der Geschlechterunterschied liegt diesbezüglich lediglich bei knapp drei Prozentpunkten.

Ähnliche Zustimmungswerte verzeichnet die Attraktivität für das Arbeiten in einer Kleinstadt mit bis zu 10.000 Einwohnern: Während die Zustimmung bei Studierenden aus Gemeinden mit bis zu 2.000 Einwohnern sehr hoch liegt

(Deutschland 84 Prozent [N=8.600], Frankreich 89 Prozent [N=328], Schweiz 91 Prozent [N=330]), nimmt die Attraktivität mit der Größe des Herkunftsortes ab. Doch lediglich bei Studierenden, deren Größe des Herkunftsortes bei 500.000–1 Million Einwohnern liegt, unterschreitet der Zustimmungswert 50 Prozent (46,7 Prozent).

In Frankreich und der Schweiz sind unabhängig der Größe des Herkunftsortes mehr als die Hälfte der Befragten bereit in Kleinstädten mit bis zu 10.000 Einwohnern zu praktizieren. Abbildung 8 zeigt die Zustimmung nach Geschlecht: Während in Deutschland (N=8.492) die Bereitschaft bei den weiblichen Studierenden erneut über 10 Prozentpunkte höher liegt, ist die Diskrepanz in der Schweiz (N=320) wiederum am ausgeprägtesten und liegt bei über 16 Prozentpunkten. In Frankreich (N=322) beträgt diese weniger als zwei Prozentpunkte.

ABBILDUNG 7 / ARBEITEN IN KLEINSTÄDTEN BIS 5.000 EINWOHNER NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)

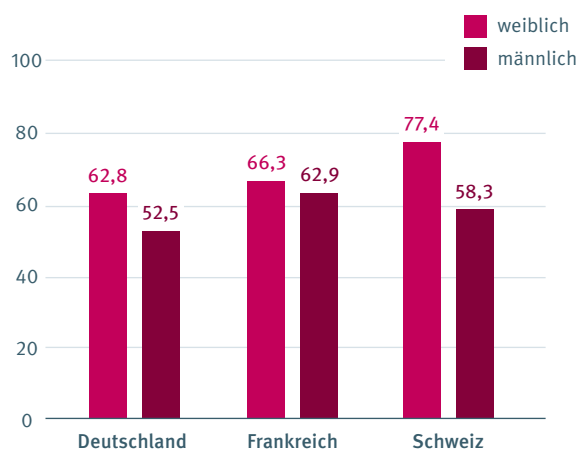
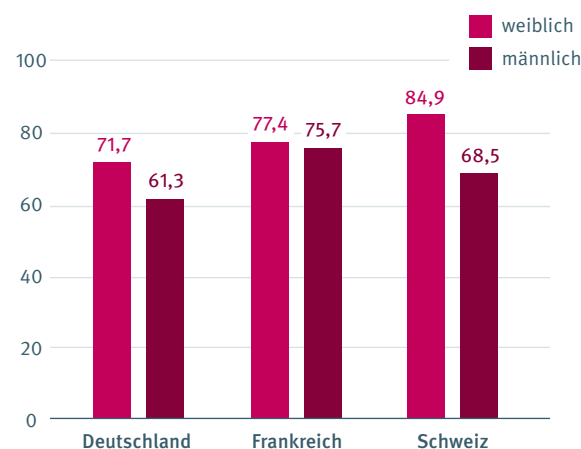


ABBILDUNG 8 / ARBEITEN IN KLEINSTÄDTEN BIS 10.000 EINWOHNER NACH GESCHLECHT (ANGABEN IN PROZENT)



3.10 ARBEITSORTE IM AUSLAND

Eine ärztliche Tätigkeit im Ausland erscheint für viele Studierende – zumindest zeitweise – attraktiv. Über die Hälfte der Studierenden in Frankreich und der Schweiz gaben an, dass auch das Ausland als Arbeitsort in Frage kommt. Um mehr Aufschlüsse darüber zu bekommen, welches Ausland gemeint ist, wurden im Anschluss verschiedene Ländern in Europa, aber auch außerhalb Europas, zur explizit genannt (siehe Tabelle 27).

Attraktiv sind Länder, deren Sprache man spricht oder glaubt, mit Englisch zurechtzukommen. Folglich stellen in Deutschland vor allem die Schweiz und Österreich potenzielle Arbeitsorte dar, sowie Großbritannien und Skandinavien. Ähnlich in der Schweiz: Deutschland und Großbritannien sind die beliebtesten Länder, für ein Drittel ist Frankreich als Arbeitsort interessant und für ein Viertel der Befragten Österreich. In Frankreich sind die Schweiz und Großbritannien die beliebtesten Arbeitsorte im Ausland, für ein Viertel Belgien.

Hinsichtlich der Länder außerhalb Europas stellt Kanada das beliebteste Land im Ausland für in den drei Ländern dar (siehe Tabelle 27). Sowohl die englische als auch die französische Sprache machen Kanada als zukünftigen Arbeitsort attraktiv und zugänglich.

TABELLE 27 / ARBEITSORTE IM AUSLAND (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Länder in Europa			
Baltische Staaten	–	4,1	4,6
Belgien	14,4	24,7	15,0
Dänemark	34,4	13,5	16,3
Deutschland	–	22,4	43,8
Finnland	18,3	14,1	12,4
Frankreich	22,8	80,0	30,7
Griechenland	4,4	5,9	1,3
Großbritannien	37,3	31,8	42,5
Italien	14,6	18,8	10,5
Luxemburg	14,6	11,2	5,9
Niederlande	28,6	17,1	20,9
Norwegen	34,8	18,8	18,3
Österreich	49,6	7,6	24,8
Polen	0,3	1,8	0,7
Schweden	40,2	21,2	22,2
Schweiz	67,3	45,3	83,7
Spanien	18,4	21,8	10,5
Länder außerhalb Europas			
Australien	26,9	20,6	33,3
Kanada	44,9	63,5	46,4
Neuseeland	31,0	18,8	30,7
USA	31,8	26,5	42,5
N	3.429	170	153

3.11 DIGITALISIERUNG: HOFFNUNGEN UND BEFÜRCHTUNGEN

Mit der Digitalisierung in der Medizin verbinden sich Hoffnungen, aber auch Befürchtungen. Dabei ist das Thema nicht nur im Curriculum der medizinischen Studiengänge ausbaufähig, auch der Stand der Realisierung in der Versorgung ist kein Anlass für Lobeshymnen.

Die in der Befragung enthaltenen positiven Bewertungen der Möglichkeiten von Digitalisierung und Telemedizin hinsichtlich einer ressourcenschonenden Behandlungseffizienz – zum Beispiel durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder auch die Verbesserung der Therapiesicherheit durch mehr Transparenz und umfassendere Informationen über die Patienten – finden sich auch in den quantitativen Bewertungen.

Bei Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, der Arbeitsorganisation, der Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen und der sektorübergreifenden Versorgung sehen die Befragten mehrheitlich Chancen einer Verbesserung (siehe Tabelle 28). Digitalisierung beinhaltet nach Einschätzung der künftigen Ärzte aber auch Risiken: Bei der Arzt-Patienten-Kommunikation und generell beim Arzt-Patienten-Verhältnis befürchten die Studierenden in Deutschland, Frankreich und der Schweiz, dass hier eine Verschlechterung eintreten wird. Dies gilt auch für die Sicherheit von Patientendaten. Befürchtet wird hier zum Beispiel, dass die direkte Arzt-Patienten-Interaktion irgendwann entfällt. Eine potenzielle Verschlechterung oder zumindest keine Änderung wird auch von gut einem Drittel, in der Schweiz sogar von 40 Prozent, in der ärztlichen Entscheidungsautonomie gesehen und zwischen 36 Prozent in der Schweiz und Frankreich sowie 40 Prozent in Deutschland befürchten eine Verschlechterung hinsichtlich der Sicherheit von Patientendaten.

>>

TABELLE 28 / AUSWIRKUNGEN DER DIGITALISIERUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Diagnosemöglichkeiten			
Verbesserung	80,7	70,9	85,1
Keine Änderung	7,5	6,7	4,6
Verschlechterung	5,6	8,3	2,1
Kann ich nicht beurteilen	6,2	14,1	8,2
Behandlungsmöglichkeiten			
Verbesserung	74,1	74,5	80,1
Keine Änderung	14,8	9,2	11,0
Verschlechterung	4,4	2,8	0,9
Kann ich nicht beurteilen	6,7	13,5	8,0
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis			
Verbesserung	14,0	11,3	7,9
Keine Änderung	34,8	26,9	29,0
Verschlechterung	41,1	46,2	52,1
Kann ich nicht beurteilen	10,2	15,6	11,0
Arzt-Patienten-Kommunikation			
Verbesserung	33,4	25,2	21,0
Keine Änderung	20,9	17,5	24,7
Verschlechterung	37,8	41,7	43,6
Kann ich nicht beurteilen	7,9	15,6	10,7
Arbeitsorganisation			
Verbesserung	81,6	74,8	71,6
Keine Änderung	7,5	9,5	9,8
Verschlechterung	4,6	4,3	7,0
Kann ich nicht beurteilen	6,3	11,3	11,6
Verfügbarkeit von Ärzten			
Verbesserung	59,5	49,4	42,6
Keine Änderung	23,9	19,6	26,1
Verschlechterung	6,1	12,0	10,9
Kann ich nicht beurteilen	10,4	19,0	20,4
Ärztliche Entscheidungsautonomie			
Verbesserung	13,5	16,9	9,1
Keine Änderung	35,1	27,3	28,0
Verschlechterung	29,7	28,5	39,9
Kann ich nicht beurteilen	21,8	27,3	22,9
Delegation ärztlicher Leistungen			
Verbesserung	39,3	38,0	37,8
Keine Änderung	26,2	16,7	25,0
Verschlechterung	8,3	11,4	7,3
Kann ich nicht beurteilen	26,2	34,0	29,9
Sicherheit von Patientendaten			
Verbesserung	18,4	21,2	24,6
Keine Änderung	25,4	12,9	21,9
Verschlechterung	39,4	36,6	36,2
Kann ich nicht beurteilen	16,9	29,2	17,3
Sektorenübergreifende Versorgung			
Verbesserung	74,3	61,4	60,5
Keine Änderung	8,6	6,2	14,3
Verschlechterung	1,7	2,2	2,7
Kann ich nicht beurteilen	15,4	30,2	22,5
Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen			
Verbesserung	–	71,9	60,8
Keine Änderung	–	6,8	16,1
Verschlechterung	–	9,3	9,7
Kann ich nicht beurteilen	–	12,0	13,4
N	zwischen 8.503 und 8.545	zwischen 324 und 327	zwischen 327 und 329

Hinsichtlich der Zielsetzung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung und dem Stand der Umsetzung unterscheiden sich die drei Länder jedoch deutlich. Die Studierenden konnten hier sowohl in Bezug auf die Zielsetzung als auch die Umsetzung Noten von Sehr gut bis Mangelhaft vergeben. Jeweils ein Drittel der Befragten hat kein Urteil darüber abgeben können.

Während die Zielsetzung von jeweils einem Drittel in Deutschland, Frankreich und der Schweiz mit Sehr gut oder Gut bewertet wird, variiert die Bewertung zum Stand der Umsetzung deutlich. In Deutschland geben weniger als zwei Prozent der Befragten an, dass die Umsetzung als Sehr gut oder Gut zu bewerten ist. Das arithmetische Mittel für die Zielsetzung in Deutschland beträgt 3,9 (Median 3, Modus 6) und für die Umsetzung 4,9 (Median 5, Modus 5).

In Frankreich bewerten immerhin 10 Prozent die Umsetzung mit Sehr gut und Gut (siehe Tabelle 33). Das arithmetische Mittel für die Zielsetzung ist 2,7, demgegenüber wird die Umsetzung jedoch im Mittel mit 3,5 bewertet. Der Median für die Zielsetzung ist 3 (Modus 2), bezüglich der Umsetzung liegt der Median bei 4 (Modus 3).

In der Schweiz wird der Stand der Umsetzung der Digitalisierung immerhin von 12 Prozent mit Sehr gut oder Gut bewertet. Die Zielsetzung wird im Mittel mit 2,8 bewertet (Median 3 und Modus 2), die Umsetzung mit 3,7 (Median 4 und Modus 5).

Die Bewertung der Digitalisierung hinsichtlich der Zielsetzung, wird somit in Frankreich und der Schweiz mit der Note Befriedigend, in Deutschland mit Ausreichend, bewertet. Die Bewertung der Umsetzung fällt jedoch deutlich schlechter aus. Hier besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den postulierten Zielen und der Realität im Alltag. In Frankreich und der Schweiz wird die Umsetzung deutlich besser als in Deutschland bewertet.

TABELLE 29 / BEWERTUNG ZIELSETZUNG/UMSETZUNG DER DIGITALISIERUNG (ANGABEN IN PROZENT)

	Deutschland		Frankreich		Schweiz	
	Zielsetzung	Umsetzung	Zielsetzung	Umsetzung	Zielsetzung	Umsetzung
„Sehr gut“ und „Gut“	28,5	1,4	33,2	10,1	31,6	12,1
Sehr gut	5,0	0,1	7,4	1,8	5,2	1,8
Gut	23,5	1,3	25,8	8,3	26,4	10,3
Befriedigend	22,4	9,5	19,3	22,4	18,1	19,8
Ausreichend	7,9	16,6	8,9	19,6	4,9	11,6
Mangelhaft	8,8	47,3	5,8	14,1	9,5	25,2
Kein Urteil	32,4	25,1	32,8	33,7	35,9	31,3
N	zwischen 8.501 und 8.531		zwischen 216 und 219		zwischen 326 und 329	

Die Ergebnisse der Befragungen in Frankreich und der Schweiz korrespondieren weitgehend mit denen aus Deutschland. Junge Menschen in allen drei Ländern studieren Medizin, um in der ambulanten oder stationären Versorgung zu arbeiten, während andere Arbeitgeber und Arbeitsfelder – etwa die Forschung an einer Universität oder die Arbeit für ein Pharma-Unternehmen – deutlich weniger attraktiv sind.

Das Studium und die Ausbildung vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung haben vielen Studierenden neue Einblicke in die spätere ärztliche Tätigkeit gewährt. Nicht alle Erfahrungen und Auswirkungen werden dabei als positiv bewertet. Neben der deutlichen Verbesserung hinsichtlich der Selbstorganisation wird eine Verschlechterung bezüglich praktischer Fertigkeiten in der Untersuchung oder Behandlung von Patienten angeführt.

Innerhalb des gleichsam ureigenen Feldes der individuell-kurativen Versorgung sind aber wiederum verschiedene Tätigkeitsoptionen nach wie vor unterschiedlich beliebt: Eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus und die Niederlassung als Facharzt sind vergleichbar attraktiv und werden von jeweils rund drei Viertel der Studierenden als Option genannt. Das ist eine Option, bedeutet aber gerade nicht, dass man später auch gleichsam automatisch zum Beispiel in der Klinik arbeitet. Kliniken müssen sich zunehmend auf die Anforderungen der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte einstellen, insbesondere dann, wenn die jeweilige Klinik zusätzlich einen Standortnachteil aufweist, also in einer unattraktiven Region liegt. Unattraktive Regionen sind vor allem ländliche Räume und Regionen 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. Präferiert werden mittelgroße Städte und Großstädte zwischen 50.000 bis 500.000 Einwohner.

Auch eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung – in einer Praxis oder einer größeren Versorgungseinrichtung – ist für die Mehrheit der Befragten eine interessante Möglichkeit der späteren Berufstätigkeit. Demgegenüber können sich weniger als die Hälfte der Befragten – mit Ausnahme von Frankreich, hier ist es etwas über die Hälfte der Befragten – vorstellen, sich als Hausarzt niederzulassen.

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. Insgesamt hat der Faktor Familie und Freizeit unter den französischen Studierenden jedoch nicht so einen hohen Stellenwert wie in den Kohorten in Deutschland und der Schweiz.

Unabhängig davon, ob die Studierenden eine Niederlassung ins Auge fassen oder in angestellter Tätigkeit 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 in Deutschland 5 Prozent, der Schweiz 7 Prozent, in Frankreich hingegen immerhin fast 10 Prozent, ist aber ansonsten nicht die erste und favorisierte Option.

Die angestellte Tätigkeit in der klinischen Forschung können sich ein Drittel der Befragten in allen drei Ländern grundsätzlich vorstellen. Demgegenüber finden die angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie eine Tätigkeit in der Forschung ohne Patientenkontakt, der Pharmaindustrie und bei Krankenkassen nur wenig Zustimmung.

Das Ausland als Arbeitsort stellt für viele Studierende grundsätzlich eine Option dar, jedoch präferieren die meisten Befragten eine Tätigkeit im eigenen Land. Generell sind ländliche Regionen als Lebens- und Arbeitsorte weniger beliebt, auch wenn sich hier (in Deutschland) eine gewisse Entspannung abzuzeichnen scheint. Insgesamt kann eine zunehmend stärkere Konzentration auf die Heimatregion oder Regionen mit ähnlichen Strukturen beziehungsweise die Region rund um die Universität, an der das Studium absolviert wurde und die man deshalb auch besser kennt, beobachtet werden. Für die Rekrutierung von Nachwuchs im ambulanten wie stationären Sektor bedeutet dies kurz gesagt: Den größten Erfolg versprechen Strategien, die die jeweiligen Heimatregionen oder die jeweiligen Landesuniversitäten ansprechen.

>>

Was lässt sich an weiteren Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten? Nimmt man die Analysen 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, wiederum mit Ausnahme von Frankreich, und der Austausch mit Kollegen entscheidend, ein der Tätigkeit und Verantwortung angemessenes Einkommen und ausreichende Möglichkeiten der Kinderbetreuung werden erwartet. Zudem scheint eine gewisse Flexibilität beziehungsweise Entscheidungsautonomie zur Gestaltung der eigenen Arbeitszeit deutlich an Wichtigkeit zu gewinnen.

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, insbesondere auf regionaler Ebene. Für den niedergelassenen Bereich sind hier insbesondere Ärztenetze als gleichsam dezentrale größere Versorgungseinrichtungen zu nennen, die grundsätzlich alle Merkmale aufweisen, die diese als Arbeitsmöglichkeiten für künftige Ärzte und vor allem Ärztinnen sehr attraktiv machen. In Frankreich dominiert die Präferenz für solch größere Versorgungseinrichtungen nicht so stark wie in Deutschland und der Schweiz.

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. 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.

Die jetzt noch tätige Generation (Nachkriegsgeneration und Babyboomer) der Ärzte geht in den nächsten 5 bis 10 Jahren in den Ruhestand, wobei dieser Prozess bereits begonnen hat und seit 2020 zunehmend an Dynamik gewinnt. 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 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.

5.1 FRAGEBOGEN – ERGEBNISSE EUROPA / IN PROZENT / N=727

1. In welchem Land studieren Sie?	
Frankreich	45,4
Niederlande	1,7
Österreich	4,4
Polen	2,8
Schweiz	45,7
Gesamt	N = 724

2. In welchem Studienjahr sind Sie? (Bitte in ganzen Zahlen angeben.)	
1	10,3
2	26,9
3	23,2
4	17,4
5	10,2
6	11,7
7	0,3
Gesamt	N = 725

3. Welche Aussagen treffen auf Sie zu?			
	Trifft zu	Trifft nicht zu	N
Ich habe bereits praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Studienbeginn gesammelt	40,6	59,4	726
Ich habe während des Studiums bereits praktische/klinische Erfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt (verpflichtende Praktika/Einheiten gemäß Studienordnung)	93,5	6,5	725
Eltern sind oder waren auch Mediziner	17,2	82,8	726
Andere Angehörige sind oder waren auch Mediziner	28,1	71,9	725

3. A: Wie viele Monate umfasst Ihre gesammelte praktische/klinische Erfahrung im medizinischen Bereich?	
Unter 1 Monat	27,7
Mehr als 1 Monat, nämlich ____ Monate	72,3
Ø 9,2 Monate; Std.-Abweichung: 12,7	
Gesamt	N = 689

4. Wie wichtig ist es Ihnen bei der Wahl für ein Fachgebiet, ...?					
	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
regelmäßige Arbeitszeiten zu haben	18,2	44,0	34,8	3,0	727
Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können)	40,0	41,4	17,3	1,2	727
gute Verdienstmöglichkeiten zu haben	27,4	54,7	16,5	1,4	726
gute Karrierechancen zu haben	30,1	45,5	21,5	2,9	725
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	66,4	28,7	4,1	0,7	727
später im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen	32,5	45,0	19,4	3,2	727
später im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln	18,8	45,5	32,6	3,0	727
später im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten	28,6	43,2	25,6	2,6	727
später im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten	27,1	43,3	26,1	3,4	727
später damit selbstständig in eigener Praxis tätig zu sein	12,4	33,6	43,3	10,7	727
an Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein	12,8	31,4	37,6	18,2	726

5. Wie wichtig ist für Sie persönlich bei der Facharztweiterbildung/Spezialisierung ...?					
	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor zu absolvieren (falls bei Ihnen möglich)	22,0	49,7	26,4	1,9	723
eine Weiterbildung in verschiedenen Krankenhäusern und/oder Praxen zu absolvieren	42,2	45,4	10,2	2,2	725
Mentoren als feste Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung zu haben	50,7	40,8	8,1	0,4	726
begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät nutzen zu können	32,4	50,6	15,9	1,1	725
dass am Ort der Weiterbildung Möglichkeiten der Kinderbetreuung bestehen	28,7	35,6	26,5	9,2	725
flache Hierarchien	31,4	37,8	27,2	3,6	723
möglichst große Teile der Weiterbildung bei derselben Institution zu absolvieren	4,8	25,8	55,5	13,8	724

6. Nach der Spezialisierung/Facharztweiterbildung: Kommen die folgenden Tätigkeiten für Sie in Frage?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Selbstständige hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	18,2	31,3	39,7	10,9	726
Selbstständige andere ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	20,6	46,7	29,3	3,5	724
Angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus	23,7	52,9	19,8	3,6	726
Angestellte Tätigkeit in einer Praxis	11,0	47,8	35,1	6,1	724
Angestellte Tätigkeit in der klinischen Forschung	6,8	25,2	45,4	22,6	723
Angestellte Tätigkeit in der Forschung ohne Patientenkontakt	1,8	6,9	30,3	61,0	725
Angestellte Tätigkeit bei der Pharmaindustrie	0,8	6,9	30,6	61,7	726
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen (z. B. Gesundheitsamt, Public-Health-Einrichtung)	2,9	15,2	37,6	44,4	726
Angestellte Tätigkeit in der Administration (z. B.: Krankenkassen, Ärzteverwaltung)	1,0	4,4	21,5	73,1	726

6. A: Wollen Sie dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten oder können Sie sich vorstellen, nach einer gewissen Einarbeitungszeit selbstständig in eigener Praxis zu arbeiten?

Ich möchte dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten	37,1
Eine Selbstständigkeit ist für mich eine Option	25,8
Das weiß ich noch nicht	37,1
Gesamt	N = 62

6. B: Würden Sie sich lieber allein in einer Einzelpraxis oder in einem Team in einer größeren Versorgungseinrichtung selbstständig machen oder kommen beide Optionen in Frage?

Einzelpraxis	8,0
Größere Versorgungseinrichtung	31,9
Beide Optionen	60,0
Gesamt	N = 548

6. C: Ist für Sie eine leitende ärztliche Position in einem Krankenhaus eine erstrebenswerte Karriereoption?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Leitende ärztliche Position	16,4	39,5	34,3	9,7	554

7. 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	52,9	32,1	13,5	1,5	726
Region rund um die Universität, an der ich studiere	39,1	42,3	16,3	2,3	726
Andere Region in dem Land, in dem ich studiere	31,2	48,3	18,8	1,8	725
Ausland	14,5	36,9	38,8	9,8	724

**8. Welche Länder kommen für Sie als Arbeitsort in Frage?
(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte wählen Sie die drei für Sie wichtigsten aus.)**

Länder in Europa:	
Baltische Staaten	4,0
Belgien	19,1
Dänemark	17,2
Deutschland	36,6
Finnland	12,4
Frankreich	50,8
Griechenland	3,5
Großbritannien	36,3
Italien	14,0
Luxemburg	9,4
Niederlande	20,7
Norwegen	20,4
Österreich	21,8
Polen	3,2
Schweden	23,1
Schweiz	62,1
Spanien	14,8
Andere, nämlich: _____	6,2
Länder außerhalb Europas:	
Australien	26,6
Kanada	52,4
Neuseeland	25,0
USA	33,6
Andere, nämlich: _____	10,5
Gesamt	N = 372

9. 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	42,1
Ja, und zwar in Orten:	
mit weniger als 2.000 Einwohnern	42,1
mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern	31,8
mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern	22,4
mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern	11,6
mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern	8,4
mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern	8,8
mit 500.000 bis 1 Million Einwohnern	16,6
mit über 1 Million Einwohnern	23,4
Gesamt	N = 727

10. 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	78,5	5,8	5,1	10,6	725
Behandlungsmöglichkeiten	77,5	10,1	1,8	10,5	721
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis	10,7	27,8	47,9	13,7	723
Arzt-Patienten-Kommunikation	24,1	20,1	42,7	13,2	722
Arbeitsorganisation	74,1	9,7	5,3	10,9	722
Verfügbarkeit von Ärzten	47,9	21,9	10,7	19,6	723
Ärztliche Entscheidungsautonomie	13,4	27,7	33,2	25,6	722
Delegation ärztlicher Leistungen	39,0	20,7	8,6	31,7	720
Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen	67,1	11,7	8,6	12,6	721
Sicherheit von Patientendaten	24,1	17,6	35,0	23,3	722
Sektorübergreifende Versorgung	61,6	10,4	2,2	25,8	721

11. Wie bewerten Sie die generelle Zielsetzung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in Ihrem Heimatland und den Stand der Umsetzung?

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Kann ich nicht beurteilen	N
Zielsetzung	5,8	25,6	19,4	7,6	7,6	33,9	720
Umsetzung	1,9	9,3	20,2	15,8	20,9	32,0	723

12. Haben Sie während der Corona-Pandemie Aufgaben in der Versorgung der Corona-Patienten oder der Pandemiebekämpfung übernommen?	
Ja	53,9
Nein	46,1
Gesamt	N = 726

13. Welche Aufgaben waren das? (Mehrfachnennungen sind möglich.)	
Mitarbeit auf Intensivstationen	14,1
Mitarbeit auf Normalstationen	45,5
Mitarbeit in Testzentren	48,7
Mitarbeit in Impfzentren	25,6
Mitarbeit in Arztpraxen	9,8
Mitarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	8,5
Mitarbeit bei Hotlines	6,3
Andere, nämlich: _____	11,6
Gesamt	N = 398

14. 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	63,1
Nein	36,9
Gesamt	N = 721

15. Sind diese Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und die Vorbereitung für Ihre spätere ärztliche Tätigkeit nach Ihrer Einschätzung insgesamt eher positiv oder eher negativ?	
Eher positiv	58,2
Eher negativ	41,8
Gesamt	N = 457

16. 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	45,8	32,4	10,8	11,0	454
Kommunikation mit ärztlichen Kollegen	28,9	35,5	13,4	22,2	454
Kommunikation mit Fachkräften aus anderen medizinischen Bereichen	33,0	32,6	10,6	23,8	454
Kommunikation mit Patienten	32,1	25,9	24,1	17,9	452
Medizinisches (Fach-) Wissen	37,2	29,0	20,1	13,7	452
Praktische Fertigkeiten in der Untersuchung oder Behandlung von Patienten	31,9	22,1	30,3	15,7	452
Umgang mit Medizintechnik	24,6	37,6	15,7	22,1	452
Umgang mit digitalen Hilfsmitteln	39,6	39,6	2,7	18,1	452

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

Ja	35,5
Nein	64,5
Gesamt	N = 721

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

	Ver- besserung	Keine Änderung	Verschlech- terung	N
Stationäre Tätigkeit	18,0	29,8	52,2	255
Ambulante, selbstständige Tätigkeit	42,4	42,0	15,7	255
Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	18,8	48,2	32,9	255
Medizinische Forschung	44,1	46,9	9,1	254

19. Haben Sie Anmerkungen zu den Themen Niederlassung oder Anstellung, Digitalisierung und Telemedizin, Corona oder zu Ihren beruflichen Perspektiven und Wünschen? (Bitte beantworten Sie die Frage in der Sprache des Fragebogens.)

20. Sind Sie ...?

weiblich	70,7
männlich	27,5
divers	1,8
Gesamt	N = 721

21. In welchem Jahr wurden Sie geboren? (Bitte vierstellig angeben, bsp.: 1989.)

Im Jahr: _____
 Ø 22,9 Jahre; Std.-Abweichung: 2,9

22. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Französische	44,8
Niederländische	1,5
Österreichische	2,8
Polnische	2,8
Schweizer	41,7
Deutsche	4,1
Andere, nämlich: _____	2,3
Gesamt	N = 725

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

Weniger als 2.000 Einwohner	15,0
2.000 bis 5.000 Einwohner	18,3
5.000 bis 10.000 Einwohner	19,1
10.000 bis 50.000 Einwohner	25,0
50.000 bis 100.000 Einwohner	10,5
100.000 bis 500.000 Einwohner	15,0
500.000 bis 1 Million Einwohner	4,3
Über 1 Million Einwohner	5,1
Gesamt	N = 727

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

Ländliche Region	35,9
Kleinstadt	31,6
Mittelstadt	28,2
Großstadt	11,3
Metropolregion	11,7
Gesamt	N = 727

VIelen DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

5.2 FRAGEBOGEN – ERGEBNISSE FRANKREICH / IN PROZENT / N = 328

2. In welchem Studienjahr sind Sie? (Bitte in ganzen Zahlen angeben.)	
1	0,6
2	43,3
3	26,5
4	14,6
5	10,1
6	4,6
7	0,3
Gesamt	N = 328

3. Welche Aussagen treffen auf Sie zu?			
	Trifft zu	Trifft nicht zu	N
Ich habe bereits praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Studienbeginn gesammelt	27,2	72,8	327
Ich habe während des Studiums bereits praktische/klinische Erfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt (verpflichtende Praktika/Einheiten gemäß Studienordnung)	92,0	8,0	327
Eltern sind oder waren auch Mediziner	10,4	89,6	327
Andere Angehörige sind oder waren auch Mediziner	26,0	74,0	327

3. A: Wie viele Monate umfasst Ihre gesammelte praktische/klinische Erfahrung im medizinischen Bereich?	
Unter 1 Monat	38,6
Mehr als 1 Monat, nämlich ____ Monate	61,4
Ø 9,3 Monate; Std.-Abweichung: 14,4	
Gesamt	N = 303

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

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
geregelte Arbeitszeiten zu haben	5,5	43,6	46,0	4,9	328
Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können)	27,7	49,7	22,0	0,6	328
gute Verdienstmöglichkeiten zu haben	23,5	62,7	12,5	1,2	327
gute Karrieremöglichkeiten zu haben	33,0	48,9	16,2	1,8	327
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	67,4	28,0	4,0	0,6	328
später im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen	42,4	45,7	10,4	1,5	328
später im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln	20,7	47,3	30,2	1,8	328
später im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten	37,8	41,8	18,9	1,5	328
später im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten	35,7	43,0	19,2	2,1	328
später damit selbstständig in eigener Praxis tätig zu sein	9,8	32,0	45,7	12,5	328
an Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein	11,6	34,5	36,3	17,7	328

5. Wie wichtig ist für Sie persönlich bei der Facharztweiterbildung/Spezialisierung ...?

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor zu absolvieren (falls bei Ihnen möglich)	22,4	54,0	22,7	0,9	326
eine Weiterbildung in verschiedenen Krankenhäusern und/oder Praxen zu absolvieren	51,5	43,3	4,3	0,9	326
Mentoren als feste Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung zu haben	52,3	41,6	6,1	0,0	327
begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät nutzen zu können	35,2	50,2	13,8	0,9	327
dass am Ort der Weiterbildung Möglichkeiten der Kinderbetreuung bestehen	25,7	33,9	29,4	11,0	327
flache Hierarchien	11,1	45,1	39,5	4,3	324
möglichst große Teile der Weiterbildung bei derselben Institution zu absolvieren	2,8	22,0	57,2	18,0	327

6. Nach der Spezialisierung/Facharztweiterbildung: Kommen die folgenden Tätigkeiten für Sie in Frage?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Selbstständige hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	23,5	32,1	37,0	7,3	327
Selbstständige andere ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	22,3	46,5	27,2	4,0	327
Angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus	21,1	50,2	24,2	4,6	327
Angestellte Tätigkeit in einer Praxis	8,9	43,3	41,4	6,4	326
Angestellte Tätigkeit in der klinischen Forschung	4,9	26,1	43,9	25,2	326
Angestellte Tätigkeit in der Forschung ohne Patientenkontakt	0,6	6,4	24,8	68,2	327
Angestellte Tätigkeit bei der Pharmaindustrie	0,6	2,8	26,3	70,3	327
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen (z. B. Gesundheitsamt, Public-Health-Einrichtung)	0,9	7,6	32,7	58,7	327
Angestellte Tätigkeit in der Administration (z. B.: Krankenkassen, Ärzteverwaltung)	0,9	1,8	15,9	81,3	327

6. A: Wollen Sie dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten oder können Sie sich vorstellen, nach einer gewissen Einarbeitungszeit selbstständig in eigener Praxis zu arbeiten?

Ich möchte dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten	40,0
Eine Selbstständigkeit ist für mich eine Option	25,0
Das weiß ich noch nicht	35,0
Gesamt	N = 20

6. B: Würden Sie sich lieber allein in einer Einzelpraxis oder in einem Team in einer größeren Versorgungseinrichtung selbstständig machen oder kommen beide Optionen in Frage?

Einzelpraxis	9,8
Größere Versorgungseinrichtung	19,2
Beide Optionen	71,0
Gesamt	N = 245

6. C: Ist für Sie eine leitende ärztliche Position in einem Krankenhaus eine erstrebenswerte Karriereoption?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Leitende ärztliche Position	5,6	33,5	39,1	21,9	233

7. 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	50,8	32,7	15,3	1,2	327
Region rund um die Universität, an der ich studiere	36,7	44,3	16,2	2,8	327
Andere Region in dem Land, in dem ich studiere	28,1	51,4	17,4	3,1	327
Ausland	12,0	40,3	36,6	11,1	325

**8. Welche Länder kommen für Sie als Arbeitsort in Frage?
(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte wählen Sie die drei für Sie wichtigsten aus.)**

Länder in Europa:	
Baltische Staaten	4,1
Belgien	24,7
Dänemark	13,5
Deutschland	22,4
Finnland	14,1
Frankreich	80,0
Griechenland	5,9
Großbritannien	31,8
Italien	18,8
Luxemburg	11,2
Niederlande	17,1
Norwegen	18,8
Österreich	7,6
Polen	1,8
Schweden	21,2
Schweiz	45,3
Spanien	21,8
Andere, nämlich: _____	5,9
Länder außerhalb Europas:	
Australien	20,6
Kanada	63,5
Neuseeland	18,8
USA	26,5
Andere, nämlich: _____	8,2
Gesamt	N = 170

9. 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	37,8
Ja, und zwar in Orten:	
mit weniger als 2.000 Einwohnern	44,8
mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern	34,5
mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern	23,2
mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern	11,6
mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern	10,4
mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern	11,6
mit 500.000 bis 1 Million Einwohnern	20,4
mit über 1 Million Einwohnern	28,4
Gesamt	N = 328

10. 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	70,9	6,7	8,3	14,1	327
Behandlungsmöglichkeiten	74,5	9,2	2,8	13,5	326
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis	11,3	26,9	46,2	15,6	327
Arzt-Patienten-Kommunikation	25,2	17,5	41,7	15,6	326
Arbeitsorganisation	74,8	9,5	4,3	11,3	326
Verfügbarkeit von Ärzten	49,4	19,6	12,0	19,0	326
Ärztliche Entscheidungsautonomie	16,9	27,3	28,5	27,3	326
Delegation ärztlicher Leistungen	38,0	16,7	11,4	34,0	324
Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen	71,9	6,8	9,3	12,0	324
Sicherheit von Patientendaten	21,2	12,9	36,6	29,2	325
Sektorübergreifende Versorgung	61,4	6,2	2,2	30,2	324

11. Wie bewerten Sie die generelle Zielsetzung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in Ihrem Heimatland und den Stand der Umsetzung?

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Kann ich nicht beurteilen	N
Zielsetzung	7,4	25,8	19,3	8,9	5,8	32,8	326
Umsetzung	1,8	8,3	22,4	19,6	14,1	33,7	326

12. Haben Sie während der Corona-Pandemie Aufgaben in der Versorgung der Corona-Patienten oder der Pandemiebekämpfung übernommen?	
Ja	45,6
Nein	54,4
Gesamt	N = 327

13. Welche Aufgaben waren das? (Mehrfachnennungen sind möglich.)	
Mitarbeit auf Intensivstationen	20,1
Mitarbeit auf Normalstationen	57,1
Mitarbeit in Testzentren	39,0
Mitarbeit in Impfzentren	25,3
Mitarbeit in Arztpraxen	5,8
Mitarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	9,1
Mitarbeit bei Hotlines	7,8
Andere, nämlich: _____	8,4
Gesamt	N = 154

14. 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	64,4
Nein	35,6
Gesamt	N = 323

15. Sind diese Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und die Vorbereitung für Ihre spätere ärztliche Tätigkeit nach Ihrer Einschätzung insgesamt eher positiv oder eher negativ?	
Eher positiv	50,2
Eher negativ	49,8
Gesamt	N = 211

16. 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	42,1	27,3	16,3	14,4	209
Kommunikation mit ärztlichen Kollegen	26,3	34,0	11,0	28,7	209
Kommunikation mit Fachkräften aus anderen medizinischen Bereichen	26,8	32,5	8,1	32,5	209
Kommunikation mit Patienten	23,1	25,5	27,9	23,6	208
Medizinisches (Fach-) Wissen	32,9	25,1	18,8	23,2	207
Praktische Fertigkeiten in der Untersuchung oder Behandlung von Patienten	29,5	23,2	23,7	23,7	207
Umgang mit Medizintechnik	24,2	30,0	19,3	26,6	207
Umgang mit digitalen Hilfsmitteln	29,0	39,1	4,3	27,5	207

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

Ja	39,9
Nein	60,1
Gesamt	N = 323

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

	Ver- besserung	Keine Änderung	Verschlech- terung	N
Stationäre Tätigkeit	20,3	11,7	68,0	128
Ambulante, selbstständige Tätigkeit	41,4	43,0	15,6	128
Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	14,8	53,9	31,3	128
Medizinische Forschung	46,1	47,7	6,3	128

19. Haben Sie Anmerkungen zu den Themen Niederlassung oder Anstellung, Digitalisierung und Telemedizin, Corona oder zu Ihren beruflichen Perspektiven und Wünschen? (Bitte beantworten Sie die Frage in der Sprache des Fragebogens.)

20. Sind Sie ...?

weiblich	77,5
männlich	21,5
divers	0,9
Gesamt	N = 325

21. In welchem Jahr wurden Sie geboren? (Bitte vierstellig angeben, bsp.: 1989.)

Im Jahr: _____
 Ø 21,7 Jahre; Std.-Abweichung: 2,4

22. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Französische	98,2
Niederländische	0,3
Österreichische	–
Polnische	–
Schweizer	–
Deutsche	–
Andere, nämlich: _____	1,5
Gesamt	N = 327

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

Weniger als 2.000 Einwohner	13,7
2.000 bis 5.000 Einwohner	15,5
5.000 bis 10.000 Einwohner	14,9
10.000 bis 50.000 Einwohner	29,6
50.000 bis 100.000 Einwohner	13,7
100.000 bis 500.000 Einwohner	11,0
500.000 bis 1 Million Einwohner	5,5
Über 1 Million Einwohner	9,5
Gesamt	N = 328

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

Ländliche Region	25,6
Kleinstadt	31,1
Mittelstadt	31,7
Großstadt	14,9
Metropolregion	19,2
Gesamt	N = 328

VIELEN DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

5.3 FRAGEBOGEN – ERGEBNISSE SCHWEIZ / IN PROZENT / N = 330

2. In welchem Studienjahr sind Sie? (Bitte in ganzen Zahlen angeben.)	
1	20,1
2	11,3
3	20,1
4	20,7
5	7,9
6	19,5
7	0,3
Gesamt	N = 328

3. Welche Aussagen treffen auf Sie zu?			
	Trifft zu	Trifft nicht zu	N
Ich habe bereits praktische Erfahrungen im medizinischen Bereich vor Studienbeginn gesammelt	53,6	46,4	330
Ich habe während des Studiums bereits praktische/klinische Erfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt (verpflichtende Praktika/Einheiten gemäß Studienordnung)	96,7	3,3	329
Eltern sind oder waren auch Mediziner	23,0	77,0	330
Andere Angehörige sind oder waren auch Mediziner	30,4	69,6	329

3. A: Wie viele Monate umfasst Ihre gesammelte praktische/klinische Erfahrung im medizinischen Bereich?	
Unter 1 Monat	18,9
Mehr als 1 Monat, nämlich ____ Monate	81,1
Ø 8,8 Monate; Std.-Abweichung: 12,1	
Gesamt	N = 322

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

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
geregelte Arbeitszeiten zu haben	32,1	43,6	22,7	1,5	330
Ihre Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (zum Beispiel in Teilzeit arbeiten zu können)	54,4	30,0	13,9	1,5	330
gute Verdienstmöglichkeiten zu haben	29,7	47,9	20,9	1,5	330
gute Karrieremöglichkeiten zu haben	24,6	41,6	29,5	4,3	329
Familie und Beruf gut vereinbaren zu können	68,2	27,6	3,3	0,9	330
später im Beruf neben der Krankheitsgeschichte der Patienten auch deren Lebensverhältnisse gut zu kennen	26,4	43,0	26,4	4,2	330
später im Beruf ein möglichst breites Spektrum von Krankheiten zu behandeln	17,9	43,6	34,2	4,2	330
später im Beruf in einem Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu arbeiten	20,9	42,4	32,7	3,9	330
später im Beruf in einem Team mit Kollegen verschiedener anderer Gesundheitsberufe zu arbeiten	19,7	42,4	32,7	5,2	330
später damit selbstständig in eigener Praxis tätig zu sein	14,2	35,5	41,5	8,8	330
an Forschungsthemen und Studien beteiligt zu sein	12,2	26,1	40,4	21,3	329

5. Wie wichtig ist für Sie persönlich bei der Facharztweiterbildung/Spezialisierung ...?

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	N
Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor zu absolvieren (falls bei Ihnen möglich)	22,8	47,4	28,0	1,8	329
eine Weiterbildung in verschiedenen Krankenhäusern und/oder Praxen zu absolvieren	36,4	46,7	13,3	3,6	330
Mentoren als feste Ansprechpartner während der gesamten Weiterbildung zu haben	48,5	40,6	10,3	0,6	330
begleitende Angebote zur Weiterbildung von einer medizinischen Fakultät nutzen zu können	27,4	52,6	18,5	1,5	329
dass am Ort der Weiterbildung Möglichkeiten der Kinderbetreuung bestehen	31,6	36,8	24,9	6,7	329
flache Hierarchien	50,9	32,7	13,9	2,4	330
möglichst große Teile der Weiterbildung bei derselben Institution zu absolvieren	6,4	28,4	55,8	9,5	328

6. Nach der Spezialisierung/Facharztweiterbildung: Kommen die folgenden Tätigkeiten für Sie in Frage?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Selbstständige hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	13,9	31,5	40,9	13,6	330
Selbstständige andere ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis	19,5	47,0	30,2	3,4	328
Angestellte Tätigkeit in einem Krankenhaus	23,3	55,8	18,2	2,7	330
Angestellte Tätigkeit in einer Praxis	13,4	52,3	28,9	5,5	329
Angestellte Tätigkeit in der klinischen Forschung	6,7	21,3	48,2	23,8	328
Angestellte Tätigkeit in der Forschung ohne Patientenkontakt	2,4	6,7	33,3	57,6	330
Angestellte Tätigkeit bei der Pharmaindustrie	0,9	9,1	34,5	55,5	330
Angestellte Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen (z. B. Gesundheitsamt, Public-Health-Einrichtung)	3,9	20,9	43,0	32,1	330
Angestellte Tätigkeit in der Administration (z. B.: Krankenkassen, Ärzteverwaltung)	0,3	6,4	26,1	67,3	330

6. A: Wollen Sie dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten oder können Sie sich vorstellen, nach einer gewissen Einarbeitungszeit selbstständig in eigener Praxis zu arbeiten?

Ich möchte dauerhaft in angestellter Tätigkeit arbeiten	32,4
Eine Selbstständigkeit ist für mich eine Option	29,4
Das weiß ich noch nicht	38,2
Gesamt	N = 34

6. B: Würden Sie sich lieber allein in einer Einzelpraxis oder in einem Team in einer größeren Versorgungseinrichtung selbstständig machen oder kommen beide Optionen in Frage?

Einzelpraxis	6,8
Größere Versorgungseinrichtung	41,4
Beide Optionen	51,8
Gesamt	N = 251

6. C: Ist für Sie eine leitende ärztliche Position in einem Krankenhaus eine erstrebenswerte Karriereoption?

	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	N
Leitende ärztliche Position	23,9	43,6	31,3	1,2	259

7. 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	60,6	29,7	9,4	0,3	330
Region rund um die Universität, an der ich studiere	44,8	40,6	13,0	1,5	330
Andere Region in dem Land, in dem ich studiere	36,7	46,1	17,0	0,3	330
Ausland	13,9	32,4	43,6	10,0	330

**8. Welche Länder kommen für Sie als Arbeitsort in Frage?
(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte wählen Sie die drei für Sie wichtigsten aus.)**

Länder in Europa:	
Baltische Staaten	4,6
Belgien	15,0
Dänemark	16,3
Deutschland	43,8
Finnland	12,4
Frankreich	30,7
Griechenland	1,3
Großbritannien	42,5
Italien	10,5
Luxemburg	5,9
Niederlande	20,9
Norwegen	18,3
Österreich	24,8
Polen	0,7
Schweden	22,2
Schweiz	83,7
Spanien	10,5
Andere, nämlich: _____	5,9
Länder außerhalb Europas:	
Australien	33,3
Kanada	46,4
Neuseeland	30,7
USA	42,5
Andere, nämlich: _____	13,7
Gesamt	N = 153

9. 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	46,1
Ja, und zwar in Orten:	
mit weniger als 2.000 Einwohnern	39,4
mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern	28,8
mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern	20,6
mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern	10,6
mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern	6,1
mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern	7,0
mit 500.000 bis 1 Million Einwohnern	13,9
mit über 1 Million Einwohnern	19,1
Gesamt	N = 330

10. 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	85,1	4,6	2,1	8,2	329
Behandlungsmöglichkeiten	80,1	11,0	0,9	8,0	327
Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis	7,9	29,0	52,1	11,0	328
Arzt-Patienten-Kommunikation	21,0	24,7	43,6	10,7	328
Arbeitsorganisation	71,6	9,8	7,0	11,6	328
Verfügbarkeit von Ärzten	42,6	26,1	10,9	20,4	329
Ärztliche Entscheidungsautonomie	9,1	28,0	39,9	22,9	328
Delegation ärztlicher Leistungen	37,8	25,0	7,3	29,9	328
Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen	60,8	16,1	9,7	13,4	329
Sicherheit von Patientendaten	24,6	21,9	36,2	17,3	329
Sektorübergreifende Versorgung	60,5	14,3	2,7	22,5	329

11. Wie bewerten Sie die generelle Zielsetzung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in Ihrem Heimatland und den Stand der Umsetzung?

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Kann ich nicht beurteilen	N
Zielsetzung	5,2	26,4	18,1	4,9	9,5	35,9	326
Umsetzung	1,8	10,3	19,8	11,6	25,2	31,3	329

12. Haben Sie während der Corona-Pandemie Aufgaben in der Versorgung der Corona-Patienten oder der Pandemiebekämpfung übernommen?	
Ja	63,0
Nein	37,0
Gesamt	N = 330

13. Welche Aufgaben waren das? (Mehrfachnennungen sind möglich.)	
Mitarbeit auf Intensivstationen	10,0
Mitarbeit auf Normalstationen	39,2
Mitarbeit in Testzentren	56,9
Mitarbeit in Impfzentren	27,8
Mitarbeit in Arztpraxen	11,5
Mitarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	7,2
Mitarbeit bei Hotlines	5,3
Andere, nämlich: _____	12,4
Gesamt	N = 209

14. 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	61,4
Nein	38,6
Gesamt	N = 329

15. Sind diese Auswirkungen auf die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und die Vorbereitung für Ihre spätere ärztliche Tätigkeit nach Ihrer Einschätzung insgesamt eher positiv oder eher negativ?	
Eher positiv	67,2
Eher negativ	32,8
Gesamt	N = 201

16. 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	47,0	37,5	6,5	9,0	200
Kommunikation mit ärztlichen Kollegen	31,0	36,0	15,5	17,5	200
Kommunikation mit Fachkräften aus anderen medizinischen Bereichen	39,5	31,0	12,5	17,0	200
Kommunikation mit Patienten	40,2	26,1	20,1	13,6	199
Medizinisches (Fach-) Wissen	42,0	32,0	19,5	6,5	200
Praktische Fertigkeiten in der Untersuchung oder Behandlung von Patienten	33,5	21,0	35,0	10,5	200
Umgang mit Medizintechnik	26,0	41,5	12,5	20,0	200
Umgang mit digitalen Hilfsmitteln	46,5	41,0	1,0	11,5	200

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

Ja	29,5
Nein	70,5
Gesamt	N = 329

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

	Ver- besserung	Keine Änderung	Verschlech- terung	N
Stationäre Tätigkeit	14,6	44,8	40,6	96
Ambulante, selbstständige Tätigkeit	49,0	35,4	15,6	96
Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	24,7	43,3	32,0	97
Medizinische Forschung	41,7	49,0	9,4	96

19. Haben Sie Anmerkungen zu den Themen Niederlassung oder Anstellung, Digitalisierung und Telemedizin, Corona oder zu Ihren beruflichen Perspektiven und Wünschen? (Bitte beantworten Sie die Frage in der Sprache des Fragebogens.)

20. Sind Sie ...?

weiblich	64,8
männlich	33,0
divers	2,1
Gesamt	N = 327

21. In welchem Jahr wurden Sie geboren? (Bitte vierstellig angeben, bsp.: 1989.)

Im Jahr: _____
 Ø 23,9 Jahre; Std.-Abweichung: 3,1

22. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Französische	0,6
Niederländische	0,3
Österreichische	0,3
Polnische	–
Schweizer	91,2
Deutsche	4,6
Andere, nämlich: _____	3,0
Gesamt	N = 329

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

Weniger als 2.000 Einwohner	16,1
2.000 bis 5.000 Einwohner	22,4
5.000 bis 10.000 Einwohner	23,6
10.000 bis 50.000 Einwohner	22,1
50.000 bis 100.000 Einwohner	7,3
100.000 bis 500.000 Einwohner	17,9
500.000 bis 1 Million Einwohner	1,8
Über 1 Million Einwohner	0,6
Gesamt	N = 330

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

Ländliche Region	47,0
Kleinstadt	33,9
Mittelstadt	24,5
Großstadt	6,4
Metropolregion	4,2
Gesamt	N = 330

VIELEN DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

CAREER MONITORING MEDICAL STUDENTS IN EUROPE 2022

OUTCOME
OF A SURVEY
IN GERMANY,
FRANCE AND
SWITZERLAND



IMPRINT

Authors (University of Trier):

Stefan Schreiber, Rüdiger Jacob, Johannes Kopp

Publisher:

Germany's National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KVB)

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Germany

Telephone +49 (0)30 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Cooperation:

German Medical Students' Association

l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

Swiss Medical Students' Association

Austrian Medical Students' Association

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny

International Federation of Medical Students Associations the Netherlands

Editorial department:

Department Supply Structures KBV

Translation:

Chris Richardson Translation Services

Design:

büro lüdke GmbH

Photos:

© AdobeStock, rh2010

As at:

September 2023

PREFACE GERMANY'S NATIONAL ASSOCIATION OF STATUTORY HEALTH INSURANCE PHYSICIANS



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

On the initiative of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV) and in cooperation with the Medical Faculty Association (MFT) and the German Medical Students' Association (bvmd), a survey of medical students on their professional expectations has been conducted every four years since 2010 (professional monitoring), which is designed and implemented by the University of Trier. In the run-up to the fourth survey in 2022, the question of the effects of the pandemic and the experiences of medical students was the motive for initiating a survey in other countries. Increasing mobility and the respective challenges in the health care system provide a fundamental context.

With the help of the bvmd's contacts to international student associations in Europe, it was possible to obtain evaluable data from France and Switzerland in addition to students in Germany.

The results of this European survey are now available and are described in the following report. They show that the ideas and wishes of the students surveyed in the different countries are not that far apart. A work-life balance and working in teams are leitmotifs in wishes for the future work of future doctors. The fact that medicine is becoming more and more female is also a trend across all countries. The results of the survey can provide indications for developing strategies and creating suitable framework conditions that take these needs into account, while also looking beyond one's own nose.

**We thank all participants for answering the questions and our partners
for the good cooperation!**

PREFACE

GERMAN MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATION



The German Medical Students' Association (bvmd) is very thankful and appreciates that the Career Monitoring of Medical Students 2022 gives a voice to students' desires, visions and goals for future healthcare systems as their working environment. In the face of the ongoing demographic change, the results represent a relevant contribution to shaping the German healthcare system in the upcoming decade. Those results are freely accessible, enabling all stakeholders to align work conditions and the job market with the career aspirations of today's students and tomorrow's doctors.

As shown in the previous three surveys, it becomes clear that reasonably flexible working hours, a work-life balance, teamwork and a diverse range of tasks play a crucial role for future healthcare professionals. Small towns and rural regions with a population smaller than 5,000 (people), as well as metropolitan areas, are generally less popular among medical students. However, among students coming from sparsely populated regions, these areas are more attractive as they see the benefits of returning back home. Therefore, addressing the currently intensifying relative shortage of physicians, a transformation in working conditions and a sufficient number of students from rural backgrounds are of fundamental importance. Meanwhile, a sole increase in the number of medical students in Germany, as recently proposed by current federal health minister Prof. Dr. Lauterbach and others, falls short of solving the complexity of problems. Rather than solving the problems at their root cause, this appears to be a quick and superficial solution. Based on these results, the German Medical Students' Association urgently appeals to political stakeholders on a change of strategy.

Surgery and General Medicine: The most recent evaluation¹ of the Career Monitoring of Medical Students' in Germany once again shows a shift in speciality popularity over the span of time in university. A particular emphasis should be placed on the last year, called Praktisches Jahr („practical year”), which is entirely spent on rotations in the hospital setting and is often the determining factor in deciding on a certain speciality or employer. During this time, only 19.3 per cent of participants still considered working in surgery, a drastic fall from 35 per cent 4 years earlier in the preclinical phase. Encouragingly, the field of general medicine, which currently is particularly affected by an under-supply, shows an opposite trend. According to the bvmd crucial factors in addition to teaching include the support, supervision and integration of students into the medical team. To increase the attractiveness of less popular specialities among medical students, the bvmd emphasises that these effects should be investigated and strengthened. Consequently, by doing so, undersupplied specialities can become more attractive and advertised more precisely, to work towards a targeted solution for the relative shortage of doctors instead of a hasty increase in study places.

Practical Skills of Medical Students – Influence of the COVID-19 Pandemic: Preparing graduates for their future professional lives should be one of the key tasks of medical education. However, studies in educational research have revealed a „significant deficit“ in this regard.² The COVID-19 pandemic has exacerbated this situation, as nearly 60 per cent of students in Germany reported a deterioration in their practical and communication skills. The timely implementation of the intended reforms in medical education in Germany is therefore imperative and overdue.

Digitalization: In particular, the execution of digitalization is rated as inadequate by medical students. Unfortunately, even elements of digital medicine that are already being practised, such as telemedicine and electronic patient records, are rarely addressed in medical education. This is problematic as navigating these technologies will increasingly play a key role in the working environment. It is therefore essential that future doctors are being prepared in their training for the opportunities, challenges and risks of a digital healthcare system.

¹ Preliminary Results Career Monitoring of Medical Students 2022
www.kbv.de/media/sp/ergebnisse_medizinstudentenbefragung_kbv_2022.pdf

² GMS | GMS Journal for Medical Education | Wie gut beherrschen Studierende im Praktischen Jahr klinisch-praktische Fertigkeiten? (egms.de). www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001057.shtml#ref1

We welcome the launch of this inaugural survey for the purposes of career monitoring of medical students in Europe. It draws on an earlier project, started in 2009, to monitor the careers of medical students in Germany. And we hope that, although participation in the various countries remains low, it will prove worthwhile in the long term, as has been the case with the Germany-only survey.

The aim is that this survey's outcome will help all those involved in the healthcare provision sector to better gauge how students envisage their future careers, and to adjust their strategy accordingly. This survey thus delivers valuable information and highlights where the different European countries both converge and diverge within the medical sector.

The background to the European survey – as well as the issues it is designed to clarify – resembles that when the previous survey of medical students in Germany was conducted, especially vis-à-vis the desires, value judgments and expectations of this new generation of doctors, and as regards problems with recruiting medical staff. The latter, particularly in rural regions, are becoming more acute and are increasingly also affecting the care sector.

Research into healthcare provision is always interdisciplinary in nature, and the resulting reports are invariably the end product of work involving a great many people. This research report is no exception, and would not have been possible without close collaboration between various players: Faculty IV (Sociology/Empirical Social Research) at the University of Trier, Germany's National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV), the German Medical Faculty Association (MFT) and the German Medical Students' Association (bvmd), as well as medical students in participating European countries. We are therefore keen to acknowledge and thank all individuals involved in this project for their committed contribution and for their valuable subject matter-related input.

We would also like to reiterate our thanks to all of the medical students who took part in the survey.

CONTENTS

Preface: Germany's National Association of Statutory Health Insurance Physicians	57
Preface: German Medical Students' Association	58
Preface: University of Trier	59
List of Figures	61
List of Tables	61
01 Background and defining the issues involved	62
02 The survey – methodology, fieldwork and data analysis	63
03 Results	64
3.1 Structural data	64
3.2 Studying medicine	66
3.3 Studying and training against the background of the coronavirus pandemic	67
3.4 Previous experience in the medical sector	69
3.5 Expectations as to one's career role later in life	70
3.6 Employers and setting up in private practice	74
3.7 Setting up in private practice: potential and inhibitory factors	76
3.8 Hospital-based roles	77
3.9 Work locations and regions	78
3.10 Work locations abroad	80
3.11 Digitization: hopes and concerns	81
04 Key findings and conclusions	83
05 Annex: questionnaire	85
5.1 Questionnaire – results for Europe	85
5.2 Questionnaire – results for France	93
5.3 Questionnaire – results for Switzerland	101

LIST OF FIGURES

Figure 1: Participation by country of study	64
Figure 2: Participation by sex	64
Figure 3: Role in healthcare provision / combating the pandemic by sex	67
Figure 4: Factors in career expectations by sex – Germany	71
Figure 5: Factors in career expectations by sex – France	72
Figure 6: Factors in career expectations by sex – Switzerland	73
Figure 7: Working in small towns of up to 5,000 inhabitants by sex	79
Figure 8: Working in small towns of up to 10,000 inhabitants by sex	79

LIST OF TABLES

Table 1: Where students are from: place of residence	65
Table 2: Degree of urbanization of region of origin	65
Table 3: Distribution by year of study	66
Table 4: Coronavirus: role in healthcare provision/combating the pandemic	67
Table 5: Coronavirus: kinds of work experienced during the pandemic	67
Table 6: Coronavirus measures: impact on development of key competencies	67
Table 7: How development of key competencies is rated	68
Table 8: Improvement/deterioration in development of key competencies	68
Table 9: Changes in the attractiveness of different medical fields of activity	68
Table 10: Previous experience in the medical sector	69
Table 11: Previous experience in the medical sector by sex	69
Table 12: Expectations as to one's career role later in life	70
Table 13: Expectations as to one's career role later in life, factors and factor loading – Germany	71
Table 14: Expectations as to one's career role later in life – factors – Germany	71
Table 15: Expectations as to one's career role later in life, factors and factor loading – France	72
Table 16: Expectations as to one's career role later in life – factors – France	72
Table 17: Expectations as to one's career role later in life, factors and factor loading – Switzerland	73
Table 18: Expectations as to one's career role later in life – factors – Switzerland	73
Table 19: Setting up in private practice, salaried roles	74
Table 20: Setting up in private practice, salaried roles by sex	75
Table 21: Preferred form of self-employed, practice-based work	76
Table 22: Preferred form of self-employed, practice-based work by sex	76
Table 23: Career options in the hospital	77
Table 24: Career options in the hospital by sex	77
Table 25: Potential work locations later in life	78
Table 26: Aversion to particular work locations	78
Table 27: Work locations abroad	80
Table 28: Impact of digitization	81
Table 29: Rating digitization: goal-setting and implementation	82

BACKGROUND AND DEFINING THE ISSUES INVOLVED

The population as a whole is ageing. Although this trend exhibits slight differences at a detailed level between the countries here surveyed, it is clear that it began earlier in rural regions than in larger urban centres. The older segment of this population that requires healthcare is constantly growing, and meeting these needs in particular will increasingly give rise to problems in both quantity and quality of provision. While age in itself is not a cause of ill-health, certain medical conditions do become commoner in older people and are treated more frequently. Among the most relevant are malignant neoplasms, diabetes mellitus, vascular conditions, diseases of the sensory organs, depression, dementia and degenerative conditions of the musculo-skeletal system.

Even where populations are in decline, this means that the number of consultations – and the need for both outpatient and inpatient treatment – is unlikely to decrease but will, if anything, actually continue to grow. And the fact is that the medical profession itself is also subject to this demographic change: both physicians and their patients are ageing together. Going forward, practitioner posts will increasingly become vacant and it is already the case – within certain regions, especially in rural areas – that no-one can be found to take them over. Similarly, hospitals at all levels of care provision are finding it increasingly

difficult to fill vacated posts, even including positions for the most senior physicians. Going forward, the situation will become even more acute since the need for medical services is likely to rise, so that incipient structural change will lead to a discrepancy between supply and demand. Over the medium and long term, close-to-home outpatient care within areas rural in nature is not secured within the current policy environment.

These problems partly result from an impending shortage of doctors in these regions – in other words, they relate to quantity of supply. However, it is also evident that, in the light of the demographic shift and a correlated change in the morbidity spectrum, there is also a quality-related problem with healthcare provision (which by no means only affects rural areas). This is because since geriatric medicine – in its broadest sense – also needs to be increasingly available in urban centres.

Against this background, and given the demographic change observable in the medical community as elsewhere, the question naturally arises as to trends regarding young medical professionals. As well as a decline – or at least strong fluctuations – to date in numbers of graduates, a second clear tendency is very much evident: that medicine is becoming a female domain.

Of course, this alone provides no information about the professional motivation driving future doctors later in their careers, including: the specialist field aspired to; the desire to work in one's own practice, in hospital or in research; and envisaged working hours and income expectations, to say nothing of desires and expectations in one's personal life planning. It is, however, precisely these factors that are crucial in the choice of one's future career role, one's work location and where one lives.

THE SURVEY – METHODOLOGY, FIELDWORK AND DATA ANALYSIS

This career monitoring of medical students in different European countries constitutes the first survey of its kind. It remains to be seen, however, whether it will prove useful in the way that another survey – in progress in Germany since 2010 and designed as a longitudinal study – has been. The countries selected were France, Switzerland, Austria, Poland and the Netherlands. This was because the German Medical Students' Association (bvmd) maintains good relations with relevant representative bodies for medical students in these nations.

The bvmd got in touch with these representative bodies in order to disseminate the relevant hypertext link and ask them to forward this link. What the selection procedure involved was a form of snowball sampling. We have no information about how large or up-to-date the relevant email distribution lists are, and who – of the medical students selected in this way – in fact even received (or acknowledged receipt of) the email.

The field period commenced on 25 May 2022 and ended on 31 August 2022. By this time, 727 students had – to different degrees of completion – filled in the questionnaire.³ The response rate is thus decidedly modest, and sufficient for purposes of analysis only for France and Switzerland, as participation in Austria, the Netherlands and Poland was far too low. These results are only explorative in nature and are not representative of France and Switzerland as a whole.

Online surveying software called EFS Survey, provided by Tivian/Unipark, was used for data collection.⁴ In quantitative data evaluation, principal-component analysis (PCA, varimax rotation) was used for dimension testing and data compression. Data was analysed using the SPSS package of programs, version 28. The per cent figures given in the tables are column percentages.

OVERVIEW

SURVEY OBJECTIVE

› To obtain information about medical students' perspectives on their future career and the currently perceived obstacles to pursuing their chosen profession later on

DESIGN, EXECUTION, ANALYSIS

› University of Trier

PERIOD OF ONLINE SURVEY

› 25 May 2022 – 31 August 2022

NATURE OF THE SURVEY

› Online survey

SELECTION PROCEDURE

› Snowball sampling

LINK

› www.unipark.de/uc/European_Survey_Medical_Students

TARGET GROUP

› Medical students in selected European countries

FIELD PHASE

25 MAY 2022

› Commencement of online survey

31 AUGUST 2022

› End of online survey.
A total of 727 persons participated.

³ The input screen was clicked on by a total of 729 persons.

⁴ https://www.unipark.de/uc/European_Survey_Medical_Students

03 | RESULTS

3.1 STRUCTURAL DATA

Participation in the inaugural European survey of medical students is illustrated in Figure 1. The data set includes a total of 722 evaluable responses, of which Switzerland and France account for 330 and 328 respectively, with each of these countries providing some 45 per cent of respondents. The number of responses for the other countries – Austria, Poland and the Netherlands – is too low to allow for statistically meaningful analysis and interpretation. Going forward, therefore, only the results for France and Switzerland will be reported, and the outcome compared with the fourth wave of career monitoring for medical students in Germany (2022 [N=8,600]). The response rate is felt to be very disappointing.

Medicine has, for some years now, been a female-dominated course of study. Figure 2 shows participation in the survey broken down by sex. In Germany, one-third of respondents are male (N=8,535); in France, the proportion is about one-fifth (N=322), whereas in Switzerland it is one-third (N=320).

Respondent age in Germany ranges between 18 and 54, with the mean average age 24.9 years, the median 24 years and the mode 24 years. The age of respondents in France varies between 19 and 37; here, the mean average age is 21.7 years, with the median 21 years and the mode 20 years. In Switzerland, responding students are aged between 18 and 45, the mean average age being 23.9 years, the median 24 years and the mode 22 years. Accordingly, respondents in the 20–24-year age group are the most highly represented across all three countries.

Some 96 per cent of respondents in Germany have German citizenship, whereas in France more than 99 per cent of those responding are French nationals. In Switzerland, 94 per cent have Swiss citizenship and around 5 per cent are German citizens.

>>

FIGURE 1 / PARTICIPATION BY COUNTRY OF STUDY
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

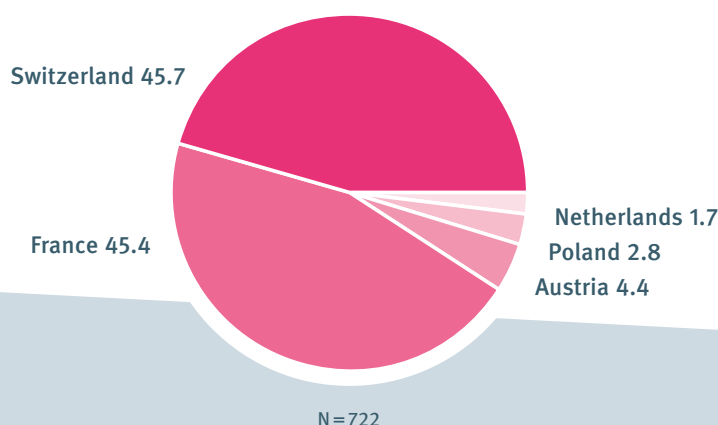
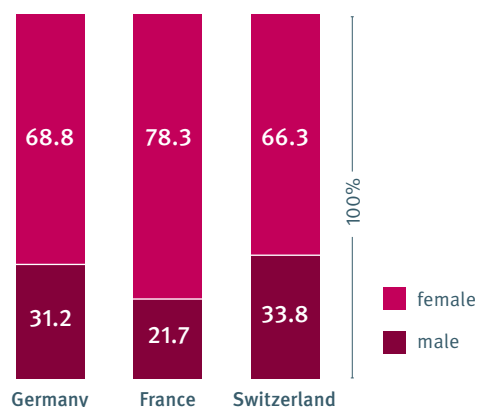


FIGURE 2 / PARTICIPATION BY SEX
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)



Tables 1 and 2 present data on the students' sociogeographical origin. This part of the questionnaire elicited the size by population of the place(s) where respondents grew up, and asked them to rate the degree of urbanization of their home region(s).

In Germany, about one-quarter of respondents are from a rural region; in France, the proportion is just under one-third, and in Switzerland it is around 39 per cent. Large cities account for about 15 per cent in both Germany and France, but only 2.4 per cent in Switzerland.

Smaller places of origin that are (technically speaking) independent may also form part of a more densely populated region, which is why we also asked about the degree of urbanization (cf. Table 2).

One notable aspect is the large proportion of respondents in Switzerland who grew up in a rural region; this is, however, due to the decentralized settlement structure here, and thus not unexpected. Another, albeit less plausible, result is the relatively low proportion of students from rural regions in France. This confounds expectations, since here there are – compared with Germany – more, and larger, regions that are rural in nature. This is one of the outcomes that show the results for France are not representative.

TABLE 1 / WHERE STUDENTS ARE FROM: PLACE OF RESIDENCE
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

Population	Germany	France	Switzerland
Village			
up to 5,000	25.3	29.2	38.5
up to 2,000	13.3	13.7	16.1
2,000 – 5,000	12.0	15.5	22.4
Small town			
5,000 – 10,000	10.4	14.9	23.6
Medium-sized town			
10,000 – 100,000	32.1	43.3	29.4
10,000 – 50,000	22.8	29.6	22.1
50,000 – 100,000	9.3	13.7	7.3
City			
100,000 – 500,000	16.8	11.0	17.9
Large city			
500,000 or above	15.4	15.0	2.4
N	8,546	328	330

TABLE 2 / DEGREE OF URBANIZATION OF REGION OF ORIGIN
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Rural region	26.8	25.6	47.0
Small town	26.1	31.1	33.9
Medium-sized town	18.7	31.7	24.5
City	16.6	14.9	6.5
Metropolitan region	11.8	19.2	4.2
N	8,544	328	330

3.2 STUDYING MEDICINE

In Germany, medical studies are governed by regulations on the licensing of doctors. The entrance requirement is the general higher-education entrance qualification (allgemeine Hochschulreife) in conjunction with the numerus clausus (NC) arrangement, for which the cut-off point is currently an average grade of 1.0 for the Abitur school-leaving certificate, or an equivalent and recognized school or vocational-training qualification, or the 'rural doctor quota' (Landarztquote) arrangement to combat undersupply. The normal period of university education for students of human medicine is 12 semesters (and hence six years) in Germany and Switzerland.

France saw the study of medicine undergo reform during the 2020/2021 academic year, since when first-year students have to complete courses in the subject Health Sciences. Degrees in France are structured not into semesters but into years of study. Medical studies are divided into three cycles. Studies last a total of 9–12 years, with the third cycle involving training in one's chosen specialty.

In Switzerland, medical studies are divided into a Bachelor's and a Master's degree, each of which take three years, making a total of six years. Where supply is greater than the available allocation of study places, these places may be awarded on the basis of a numerus clausus arrangement or aptitude test. Each year, this is decided on the basis of the number of enrolment applications.

Table 3 shows the distribution of responding medical students by year of study. Respondents in France were primarily those in their first year, whereas in Switzerland participation is rather more evenly spread across the different years of study. In Germany, on average respondents were in the seventh semester of their current course of study, and thus between the third and fourth year of their studies.

TABLE 3 / DISTRIBUTION BY YEAR OF STUDY

Year of study	France		Switzerland	
	N	%	N	%
1	2	0.6	66	20.1
2	142	43.3	37	11.3
3	87	26.5	66	20.1
4	48	14.6	68	20.7
5	33	10.1	26	7.9
6	15	4.6	64	19.5
7	1	0.3	1	0.3
N	328		328	

3.3 STUDYING AND TRAINING AGAINST THE BACKGROUND OF THE CORONAVIRUS PANDEMIC

The impact of the coronavirus pandemic has been evident across all aspects of society, with student life among the areas significantly affected. During this period, additional demands were placed on, and functions assigned to, medical students in addition to their actual studies, since some of these individuals were (in addition to their actual, coronavirus-affected studies) temporarily deployed for various functions in healthcare provision or to help contain the spread of the pandemic. The extent to which, and in which specific functional work areas, students were active in this way – enabling them to gain practical, medically related experience – is shown in Tables 4 and 5.

In each of the three countries surveyed, a substantial proportion of the students took on functions in healthcare provision

or in tackling the pandemic. Breakdown by sex shows that, in Germany, France and Switzerland, more men than women did such work (Figure 3). This is noteworthy and merits reflection given that, in all three countries, considerably more women than men study medicine and participated in the survey.

The functional areas in which students were able to work during the coronavirus pandemic ranged from on-ward activities (on both intensive-care and normal wards) and activities in testing and vaccination centres to roles within medical practices and public health services, as well as informational and advisory services while staffing helplines. Respondents named several different functional work areas in which they were active (cf. Table 5).

In France and Germany, normal wards were the place of deployment most often mentioned. In Switzerland, more than half of respondents worked in testing centres, these being the second most frequently named places where they were deployed in Germany and France as well.

In all three countries, substantially more than half of respondents stated that the coronavirus pandemic, and measures taken to tackle it, impacted the development of key competencies and preparation for their subsequent role as doctors (see Table 6).

>>

TABLE 4 / CORONAVIRUS: ROLE IN HEALTHCARE PROVISION / COMBATING THE PANDEMIC (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Yes	58.8	45.6	63.0
No	41.2	54.4	37.0
N	8,570	327	330

TABLE 5 / CORONAVIRUS: KINDS OF WORK EXPERIENCED DURING THE PANDEMIC (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Normal ward	41.9	57.1	39.2
Testing centre	26.8	39.0	56.9
Intensive-care ward	22.9	20.1	10.0
Vaccination centre	20.8	25.3	27.8
Medical practice	19.5	5.8	11.5
Public health service	10.3	9.1	7.2
Helpline	4.5	7.8	5.3
N	5,043	154	209

FIGURE 3 / ROLE IN HEALTHCARE PROVISION / COMBATING THE PANDEMIC BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

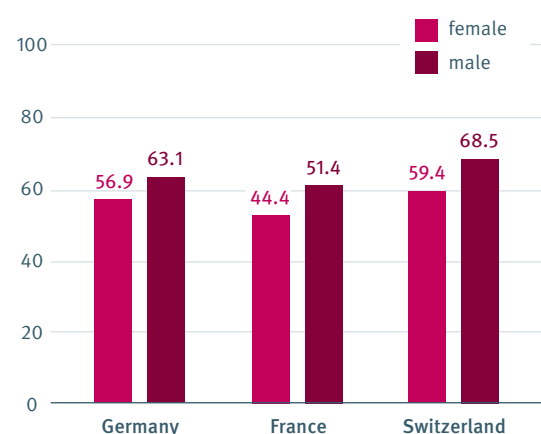


TABLE 6 / CORONAVIRUS MEASURES: IMPACT ON DEVELOPMENT OF KEY COMPETENCIES (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Yes	67.7	64.4	61.4
No	32.3	35.6	38.6
N	8,535	323	329

Value judgements concerning these impacts, and whether they represent an improvement or a deterioration in development of competencies, are depicted in Tables 7 and 8.

In Germany, a majority of respondents rate the impact on the development of key competencies, and on preparation for their subsequent role as doctors, as broadly negative, whereas in Switzerland a considerable majority feel it is broadly positive. In France, by contrast, the picture is mixed.

Data on improvement or deterioration in specific competencies reveals, in particular, marked improvement in self-organization across all three countries, and in (specialist) medical knowledge for France and Switzerland. Whereas, in Germany, more than half of respondents note a deterioration in practical skills relating to examination or treatment of patients, one-third in France feel they have improved in this regard.

TABLE 7 / HOW DEVELOPMENT OF KEY COMPETENCIES IS RATED
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Broadly positive	41.6	50.2	67.2
Broadly negative	58.4	49.8	32.8
N	5,751	211	201

Students were also asked whether the coronavirus pandemic and measures to tackle it, as well as related personal experience gained, meant the appeal of one or multiple medical fields of activity had changed.

In each of Germany and Switzerland, one-third of respondents report that the appeal of individual medical fields of activity has changed; in France, the figure is around 40 per cent. Table 9 shows the nature of these changes – whether for the better (B), involving no change (N.C.), or for the worse (W) – by field of activity.

In Germany, France and (subject to some qualifications) Switzerland, a reduction in the appeal of an inpatient role is mentioned in particular. The precise

reasons for this need to be investigated since, if clinical experience in tackling the coronavirus – something that two-thirds of students in Germany and France had – is indeed the very thing that made a genuine medical role (and an area of work extremely important in healthcare provision) less attractive, then this can be described as a highly concerning ‘Long Covid’ effect.

By contrast, an outpatient role has become more appealing for students in France and Switzerland, whereas its attractiveness in Germany remains unchanged for a relative majority. While, across all three countries, respondents report a deterioration or no change in the appeal of a role in the public health service, one trend is towards an increase in the attractiveness of medical research.

TABLE 8 / IMPROVEMENT / DETERIORATION IN DEVELOPMENT OF KEY COMPETENCIES (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France		Switzerland	
	B	W	B	W	B	W
Self-organization	55.2	5.6	42.1	16.3	47.0	6.5
Communication colleagues	21.3	32.5	26.3	11.0	31.0	15.5
Communication skilled professionals	25.4	29.8	26.8	8.1	39.5	12.5
Communication patients	23.2	43.7	23.1	27.9	40.2	20.1
(Specialist) medical knowledge	–	–	32.9	18.8	42.0	19.5
Practical skills Patient care	20.4	55.0	29.5	23.7	33.5	35.0
Medical technology	18.6	28.8	24.2	19.3	26.0	12.5
IT / Use of digital aids	24.3	13.9	29.0	4.3	46.5	1.0
N	between 5,729 and 5,738		between 207 and 209		between 199 and 200	

TABLE 9 / CHANGES IN THE APPEAL OF DIFFERENT MEDICAL FIELDS OF ACTIVITY
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany			France			Switzerland		
	B	N. C.	W	B	N. C.	W	B	N. C.	W
Inpatient role	13.7	19.5	66.8	20.3	11.7	68.0	14.6	44.8	40.6
Outpatient role	26.8	41.9	31.3	41.4	43.0	15.6	49.0	35.4	15.6
Role in public health service	13.0	40.4	46.6	14.8	53.9	31.3	24.7	43.3	32.0
Role in medical research	36.7	51.5	11.8	46.1	47.7	6.3	41.7	49.0	9.4
N	between 2,684 and 2,694			128			between 96 and 97		

B = better / N. C. = no change / W = worse

3.4 PREVIOUS EXPERIENCE IN THE MEDICAL SECTOR

Previous experience in the medical sector can be gained for various reasons and in different ways – to facilitate access to medical studies, for example. In Germany and Switzerland, over half of respondents have previous experience, whereas in France less than one-third do.

In all three countries, substantial numbers report having parents or other relatives with a medical background. This statistic, termed the career inheritance proportion, ranges from just under 31 per cent in France to almost 43 per cent in Switzerland, and stands at 37 per cent in Germany (a similar figure to that in earlier surveys).

Aggregation of all data on previous experience in the medical sector (cf. Table 10) shows that some 72 per cent of respondents in Germany have themselves gained practical experience in the medical sector prior to commencing their studies, or have gained insights due to the experience of their parents or relatives – even extending to the opportunity to take over a practice. The equivalent figure for responding

students in France is only 49 per cent, whereas in Switzerland it is as high as 74 per cent (cf. Table 10).

Particularly in Switzerland and Germany, respondents have previous experience themselves or have already gained career awareness thanks to parents and other relatives in the medical sector. This means that a large majority of students have by no means commenced their medical studies unprepared: beforehand, through practical insights, they had obtained concrete ideas about what studying medicine, and working as a doctor, entails. The data show that the career inheritance proportion among those studying medicine is also constant and comparatively high. Inheritance in this context means that children take up the same occupation as their parents (or other relatives).

This survey reveals that the career inheritance proportion differs between men and women, being far more marked in France and Switzerland than in Germany (cf. Table 11). In men, the career inheritance proportion is generally higher and is above 9 per cent in France.

Overall, differences between the sexes regarding previous experience of this kind are considerable. For the German cohorts, a continuous narrowing of the gap between women and men in this respect can be observed since, whereas this difference stood at 17 per cent for the first survey in 2010 (men 85 per cent, women 68 per cent), it is down to 6 per cent in 2022.

With regard to previous experience, Switzerland shows structurally similar results: overall, around three-quarters of respondents report previous experience, with only a 4 per cent difference between the sexes.

By contrast, results for previous experience in France are considerably lower. Fewer than half of responding students have prior experience (gained either themselves or by their parents) to draw on, one reason for this being the lower career inheritance proportion in France. A breakdown by sex revealed that more men than women have experience in the medical sector prior to commencing their studies.

TABLE 10 / PREVIOUS EXPERIENCE IN THE MEDICAL SECTOR

	Germany			France			Switzerland		
	%	Career inheritance proportion	Previous experience (total)	%	Career inheritance proportion	Previous experience (total)	%	Career inheritance proportion	Previous experience (total)
Practical experience prior to studying	53.7	37.3	71.5	27.2	30.9	48.6	53.6	42.6	73.6
Parents are medics	21.7			10.4			23.0		
Other relatives are medics	28.7			26.0			30.4		
N	8,582 / 8,552 / 8,564			327 / 327 / 327 / 327			330 / 329 / 330 / 329		

TABLE 11 / PREVIOUS EXPERIENCE IN THE MEDICAL SECTOR BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France		Switzerland	
	F	M	F	M	F	M
Practical experience prior to studying	51.8	58.4	27.5	27.1	53.3	52.8
Practical experience in the medical sector during studies	–	–	92.0	91.4	98.1	94.4
Parents are medics	20.4	24.5	9.2	15.7	21.2	25.9
Other relatives are medics	27.9	30.3	24.7	31.4	28.0	34.3
Career inheritance proportion	35.9	40.3	29.1	38.6	39.3	48.1
Previous experience (total)	69.8	75.9	47.0	55.7	71.6	75.9
N	between 8,450 and 8,479		321		between 318 and 320	

F = female / M = male

3.5 EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE

The survey elicited – for a given specialist field subsequently chosen – expectations and value judgements that relate to the following: job profile; expected earnings; the balance between work, family and leisure time; and professional prestige. Among the priority aspects are: scope for combining family and work; working hours that are regular yet offer built-in flexibility; and the desire to be involved in cutting-edge science. Of all aspects included in the questionnaire, the only one that is (relatively) unimportant to respondents is participation in clinical trials.

Table 12 shows individual aspects under the heading 'Expectations as to one's career role later in life', broken down by country. Statements by students in Germany and Switzerland exhibit similar levels of agreement. There are, however, certain aspects that medical students in France rate quite differently: regular working hours are felt to be very important or important in Germany and Switzerland, whereas in France only half of respondents share these expectations.

Students in France rate the following expectational aspects, in particular, as being (very) much more important than do their counterparts in Germany and Switzerland: 'Being familiar with a patient's life circumstances as well as their medical history', 'Working in a team with doctors of different specialties', 'Good career prospects', and 'Working in a team with colleagues from other healthcare professions'.

>>

TABLE 12 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Good scope for combining family and career			
'Very important' and 'Important'	92.5	95.4	95.8
Very important	63.8	67.4	68.2
Important	28.8	28.0	27.6
Not so important	6.6	4.0	3.3
Unimportant	0.8	0.6	0.9
Regular working hours			
'Very important' and 'Important'	83.1	49.1	75.7
Very important	37.8	5.5	32.1
Important	45.3	43.6	43.6
Not so important	15.6	46.0	22.7
Unimportant	1.3	4.9	1.5
Scope for working flexible hours			
'Very important' and 'Important'	81.2	77.4	84.4
Very important	43.4	27.7	54.4
Important	37.7	49.7	30.0
Not so important	16.8	22.0	13.9
Unimportant	2.0	0.6	1.5
Good earnings potential			
'Very important' and 'Important'	79.4	86.2	77.6
Very important	26.8	23.5	29.7
Important	52.6	62.7	47.9
Not so important	18.8	12.5	20.9
Unimportant	1.8	1.2	1.5
Professionally treating a wide range of conditions			
'Very important' and 'Important'	67.5	68.0	61.5
Very important	22.4	20.7	17.9
Important	45.1	47.3	43.6
Not so important	29.9	30.2	34.2
Unimportant	2.6	1.8	4.2
Being familiar with patients' circumstances as well as their medical history			
'Very important' and 'Important'	64.4	88.1	69.4
Very important	22.8	42.4	26.4
Important	41.6	45.7	43.0
Not so important	30.0	10.4	26.4
Unimportant	5.6	1.5	4.2
Working in a team with doctors of different specialties			
'Very important' and 'Important'	64.2	79.6	63.3
Very important	18.0	37.8	20.9
Important	46.2	41.8	42.4
Not so important	32.7	18.9	32.7
Unimportant	3.2	1.5	3.9
Good career prospects			
'Very important' and 'Important'	60.2	81.9	66.2
Very important	21.1	33.0	24.6
Important	39.0	48.9	41.6
Not so important	35.1	16.2	29.5
Unimportant	4.8	1.8	4.3
Working in a team with colleagues from other healthcare professions			
'Very important' and 'Important'	61.1	78.7	62.1
Very important	18.6	35.7	19.7
Important	42.5	43.0	42.4
Not so important	33.8	19.2	32.7
Unimportant	5.1	2.1	5.2
A role in one's own practice			
'Very important' and 'Important'	55.1	41.8	49.7
Very important	20.9	9.8	14.2
Important	34.2	32.0	35.5
Not so important	34.3	45.7	41.5
Unimportant	10.6	12.5	8.8
Participation in research topics and studies			
'Very important' and 'Important'	35.1	46.1	38.3
Very important	11.8	11.6	12.2
Important	23.3	34.5	26.1
Not so important	43.7	36.3	40.4
Unimportant	21.2	17.7	21.3
N	between 8,571 and 8,588	between 327 and 328	between 329 and 330

The individual aspects ('items') from Table 12 were grouped and compressed by means of factorial analysis (specifically: a principal-component analysis). This analysis allows identification of the dimensions (or 'factors') upon which the questions are based. Items that are assigned to a factor, and represent a specific dimension, should 'load' on this factor, i.e. correlate strongly with it and reach values close to 1 or -1 while also not loading on other factors. If this is the case (as in the following Table), then we refer to the component matrix as having a 'simple structure'.

This analysis identified four key factors for each of the three countries; these differ somewhat in their structural breakdown with regard to the individual factors involved. Nevertheless, the following categories can be assigned for each of the three countries: family and leisure; team and colleagues/patients; professional success and earnings; variety in one's work, and scientific focus. The items in *italics* at the end of a given table are those that do not load on any of the factors.

The code scores – for the questions (1 = 'very important' to 4 = 'unimportant') – which are assigned to a factor were added for further analysis, divided by the number of items, and rounded. Scale scores generated in this way therefore have the same scaling as the constituent items and, being compressed information, represent a given rating better than individual values do.

The key findings of factorial analysis are given, broken down by country, in the Tables (13, 15 and 17) and Figures (4, 5 and 6) below, together with ratings indicating the importance of the factors (in Tables 14, 16 and 18).

TABLE 13 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE, FACTORS AND FACTOR LOADING

Germany	Family, leisure time	Team, colleagues	Professional success	Variety in one's work
Scope for flexible working hours	.745			
Regular working hours	.721			
Good scope for combining family and career	.709			
Working in a team with doctors of different specialties		.823		
Working in a team with colleagues from other healthcare professions		.792		
Good career prospects			.803	
Good earnings potential			.760	
A role in one's own practice				.623
Being familiar with patients and their life situation				.609
Professionally treating a wide range of conditions				.551
<i>Participation in research topics and studies</i>				
Own scores	1.17	1.73	1.53	1.23

Principal-component analysis, varimax rotation, Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) measure: 0.631, Bartlett's sig. level: 0.000, declared variance: 56.94%

TABLE 14 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE – FACTORS (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

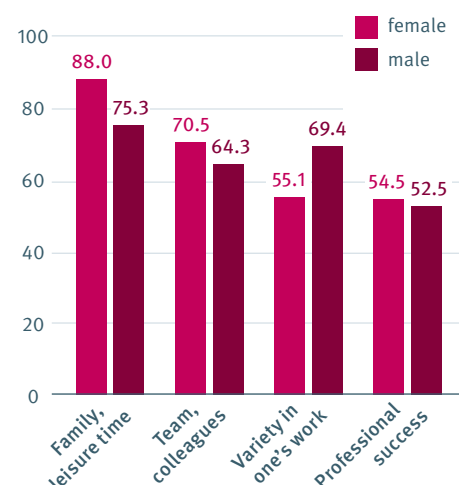
Germany	Family, leisure time	Professional success	Team, colleagues	Variety in one's work
'Very important' and 'Important'	85.6	69.7	62.6	62.3
Very important	48.4	23.9	18.3	22.0
Important	37.2	45.8	44.3	40.3
Not so important	13.0	26.9	33.2	31.4
Unimportant	1.4	3.3	4.1	6.3
N	between 8,571 and 8,588			

In Germany – but also in the other two countries – family is a factor that is very important or important for a substantial majority, making it the most significant factor by some distance. The next-highest ranked factors are professional success, followed by team and colleagues, and then variety in one's work (cf. Table 14).

The importance of these factors is subject, in some cases, to substantial differences between women and men (cf. Figure 4). In Germany, family and leisure time are at a high level overall but are more important for women than men. By contrast, one's medical role and variety in one's work are more important to men than to women.

>>

FIGURE 4 / CAREER EXPECTATION FACTORS BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE) – GERMANY



In France, by contrast, professional success is the most important factor (cf. Table 16) in expectations as to one's career role later in life. It is followed by team and colleagues, variety in one's work and – bringing up the rear – family and leisure time.

Broken down by sex, the importance of these factors is rated differently in France as well (cf. Figure 5). Professional success is at a very high absolute level and is ranked highest among both women and men.

For women, it is followed by 'team and colleagues', 'family and leisure time' and, bringing up the rear, 'variety in one's work'. In men, however, the second most important factor is 'family, leisure time and (self)-responsibility', followed by 'team and colleagues' with, again, 'variety in one's work' as the factor in last place. France thus differs substantially from Germany and Switzerland with regard to both importance of individual factors and differences between the sexes.

>>

TABLE 15 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE, FACTORS AND FACTOR LOADING

France	Family, leisure time	Team, colleagues	Professional success	Variety in one's work
Good scope for combining family and career	.706			
Scope for working flexible hours	.696			
A role in one's own practice	.577			
Regular working hours	.561			
Working in a team with colleagues from other healthcare professions		.881		
Working in a team with doctors of different specialties		.867		
Good career prospects			.796	
Good earnings potential			.686	
Professionally treating a wide range of conditions				.853
Participation in research topics and studies				
Being familiar with patients and their life situation				
Own scores	2.04	1.93	1.46	1.23

Principal-component analysis, varimax rotation, KMO: 0.633, Bartlett's sig. level: <0.001, declared variance: 60.5%

FIGURE 5 / CAREER EXPECTATION FACTORS BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE) – FRANCE

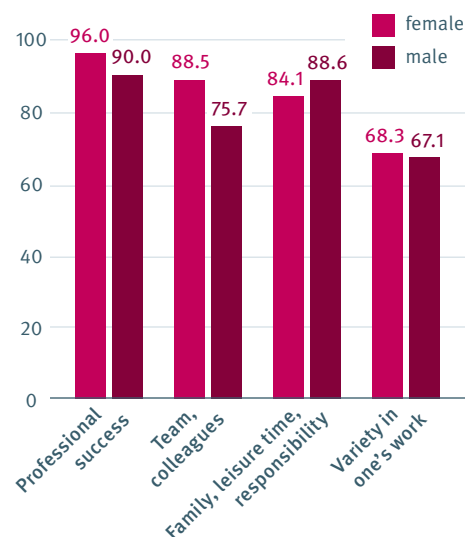


TABLE 16 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE – FACTORS (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

France	Professional success	Team, colleagues	Variety in one's work	Family, leisure time, responsibility
'Very important' and 'Important'	84.1	79.1	68.0	65.9
Very important	28.3	36.7	20.7	27.6
Important	55.8	42.4	47.3	38.3
Not so important	14.4	19.1	30.2	29.4
Unimportant	1.5	1.8	1.8	4.6
N	328			

Responses obtained from Switzerland (cf. Table 18) are, however, similar to those from Germany. Family as a factor is rated as very important by more than three-quarters of respondents. In order, it is followed by the factors 'team and patients', 'professional success' and 'variety in one's work'.

The importance of factors by sex (cf. Figure 6) in Switzerland (N = 320) shows a similar distribution to that in Germany. Proportion-wise, 'family and leisure time' is the most important factor for both women and men, followed by

'professional success'. It is only for the factors 'team and patients', and 'variety in one's work' that women prefer the former, whereas for men it is 'variety in one's work' / 'self-responsibility' that are, in terms of proportion, more important.

As shown, in Germany and Switzerland it is the 'family and leisure time' factor that accounts for the highest proportion, although this is at a very high absolute level in France as well. Aspects increasing in relevance are 'scope for combining family and work'

and, accordingly, 'flexible working hours', with the related desire to have individual responsibility for organizing one's time.

Medicine is now primarily a female domain, and this factor is important for almost all women in the sample. As regards subsequent employers and/or a policy environment supporting free-lance roles, this means that family-friendly working hours (whatever these will look like in detail) are, for women – and hence for the larger group in terms of potentially providing skilled employees – an absolutely essential condition.

TABLE 17 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE, FACTORS AND FACTOR LOADING

Switzerland	Family, leisure time	Team, patients	Professional success	Variety in one's work
Scope for working flexible hours	.795			
Good scope for combining family and career	.766			
Regular working hours	.712			
Working in a team with colleagues from other healthcare professions		.804		
Working in a team with doctors of different specialties		.795		
Being familiar with patients and their life situation		.578		
Good career prospects			.833	
Good earnings potential			.746	
Participation in research topics and studies			.573	
A role in one's own practice				.761
Professionally treating a wide range of conditions				.638
Own scores	2.13	1.98	1.66	1.22

Principal-component analysis, varimax rotation, KMO: 0.641, Bartlett's sig. level: <0.001, declared variance: 63.53%

FIGURE 6 / CAREER EXPECTATION FACTORS BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE) – SWITZERLAND

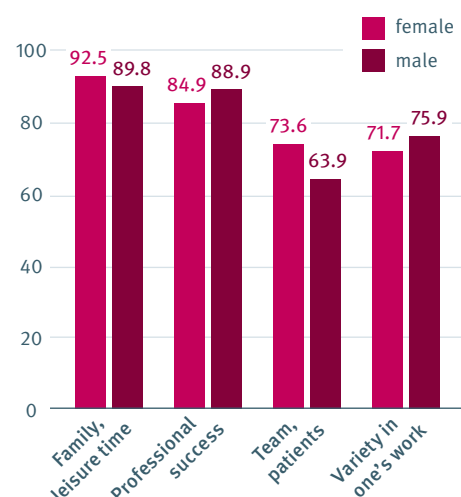


TABLE 18 / EXPECTATIONS AS TO ONE'S CAREER ROLE LATER IN LIFE – FACTORS (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

Switzerland	Familie, leisure time	Team, patients	Professional success	Variety in one's work
'Very important' and 'Important'	76.5	64.9	64.8	55.6
Very important	42.3	22.3	22.2	16.1
Important	34.2	42.6	38.6	39.5
Not so important	20.4	30.6	30.3	37.9
Unimportant	3.2	4.4	9.0	6.5
N	328			

3.6 EMPLOYERS AND SETTING UP IN PRIVATE PRACTICE

In a changing employment market, doctors still have a wide range of options in terms of their career role. The appeal of these options for respondents does, however, differ quite considerably (cf. Table 19). The most popular is a salaried post in healthcare provision; this is the case for Germany, France and Switzerland. Working for a health insurer is, by contrast, an entirely unattractive prospect. The physicians of the future want to work in curative medicine – whether outpatient or inpatient, whether in salaried or in self-employed, practice-based roles – with other options being of extremely minor importance.

Across all three countries, more than 90 per cent of respondents would definitely or probably consider a salaried post in healthcare provision; self-employed, practice-based roles in general are also an option for three-quarters of those surveyed in each of the countries.

Whereas, in Germany, more than three-quarters of responding students can envisage themselves in a salaried role in outpatient healthcare provision, this has appeal for only half of respondents in France; in Switzerland, however, the figure is around 66 per cent. Working as a specialist in one's own practice is a more attractive proposition for survey participants than being a GP in one's own practice.

>>

TABLE 19 / SETTING UP IN PRIVATE PRACTICE, SALARIED ROLES
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Salaried role in healthcare provision overall	96.0	91.1	96.0
Salaried role in outpatient healthcare provision	77.4	52.1	65.7
Practice-based, self-employed roles (in general)	73.6	73.4	74.1
Salaried role in a hospital	72.0	71.3	79.1
Role as specialist in own practice	71.2	68.8	66.5
Salaried role in a practice	67.5	52.1	65.7
Salaried role at an ambulatory healthcare centre (MVZ)	65.7	–	–
Role as a GP in own practice	42.6	55.7	45.5
Salaried role in clinical research	28.9	31.0	28.0
Salaried role in public health service	20.0	8.6	24.8
Salaried role in research without patient contact	12.7	7.0	9.1
Salaried role in pharmaceutical industry	11.0	3.4	10.0
Salaried role with health insurer	4.7	2.8	6.7
N	between 8,545 and 8,577	between 326 and 328	between 328 and 330

Almost without exception, there are still significant differences between men and women regarding the appeal of future work options (although the absolute levels involved differ greatly).

Women are more likely than men to consider salaried roles in outpatient healthcare provision. General readiness to set up on one's own (as a GP or specialist) is the same for both sexes. This means that there is a markedly female employment profile – with, to some extent, typically female preferences that can be clearly identified, namely salaried roles in outpatient healthcare provision (a practice or a sizeable healthcare facility). However, most roles in which men have greater interest are also sought after by a comparatively large number of women – apart from a post in research or the pharmaceutical industry although here, too, the differences are not as great as they are for salaried roles in the out-patient sector.

In all three countries there are, with regard to a role as a GP or a specialist in one's own practice, few differences between the sexes (cf. Table 22). The preferred option is, however, working as a specialist in one's own practice.

A salaried post in a practice is generally, for women (F), a more likely professional career than for men (M) in all three countries. Men, by contrast, can far more readily envisage working in the pharmaceutical sector, although absolute levels of agreement here are generally low, with this option most favoured by men within the German cohort. Setting up in private practice is also highly favoured across all three countries; here, again, the proportion is higher for men than for women.

TABLE 20 / SETTING UP IN PRIVATE PRACTICE, SALARIED ROLES BY SEX
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France		Switzerland	
	F	M	F	M	F	M
Role as a GP in own practice	42.5	42.9	54.0	58.6	43.9	49.1
Role as a specialist in own practice	70.2	73.5	66.3	77.1	63.5	72.9
Salaried role in a hospital	70.8	74.9	73.8	60.0	77.4	82.4
Salaried role in a practice	74.3	52.7	53.8	44.3	69.7	57.4
Salaried role at an ambulatory healthcare centre (MVZ)	70.7	55.3	–	–	–	–
Salaried role in public health service/body	21.5	16.1	7.5	11.4	23.6	27.8
Salaried role in clinical research	26.8	32.8	29.8	36.2	25.2	35.2
Salaried role in research without patient contact	11.5	14.8	6.3	10.0	9.0	9.3
Salaried role in pharmaceutical industry	7.9	17.5	2.4	7.1	8.0	13.9
Salaried role with health insurer – (medical) administration	4.5	4.8	2.0	5.7	7.1	4.6
Practice-based, self-employed roles (in general)	72.6	76.2	70.2	82.9	72.0	78.5
Salaried role in healthcare provision (overall)	97.4	93.1	94.0	80.0	97.2	94.4
Salaried role in outpatient healthcare provision	83.0	65.4	53.8	44.3	69.7	57.4
N	between 8,422 and 8,480		between 321 and 322		between 318 and 320	

F = female / M = male

3.7 SETTING UP IN PRIVATE PRACTICE: POTENTIAL AND INHIBITORY FACTORS

As shown above, there is general willingness among medical students to set up in private practice – despite an overall preference for a salaried post in healthcare provision.

Those students who said they could envisage this while not specifically indicating a desire to set up in private practice were, therefore, additionally asked whether, on a long-term basis, they would want a salaried role or, after first gaining sufficient experience of this work in outpatient healthcare provision, they would also consider a self-employed, practice-based role.

In Germany (N = 1,368), around one-third (31.7 per cent) of respondents wish to work in a salaried role on a long-term basis, whereas just under one-third (27.5 per cent) state that setting up in private practice is an option, and about 41 per cent have not yet made a decision about this.

Results from France (N = 20) show 40 per cent of students would like a salaried post on a long-term basis, one-quarter say setting up in private practice is an option, and just under 35 per cent do not yet know.

Of respondents in Switzerland (N = 34), 32 per cent wish to work in a salaried role on a long-term basis whereas, for a further 30 per cent, setting up in private practice is an option. Thirty-eight per cent have not yet decided about this.

In follow-up questions students were surveyed as to, in the event that they set up in private practice, which form this would take (cf. Table 21). In Germany, a joint practice or a sizeable healthcare facility are the preferred form. In France and Switzerland, a majority of respondents say they would consider both options (a one-person practice or a sizeable healthcare facility) when it comes to self-employed, in-practice work.

Preferences as to form of practice for an in-practice role, broken down by sex, are shown in Table 22. It is clear that, in Germany and Switzerland, a higher proportion of men (M) than women (F) would prefer setting up in a one-person practice. In France, however, there are substantially more women than men who have this preference.

TABLE 21 / PREFERRED FORM OF SELF-EMPLOYED, PRACTICE-BASED WORK (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
One-person practice	5.0	9.8	6.8
Joint practice / sizeable healthcare facility	50.5	19.2	41.4
Both options	44.5	71.0	51.8
N	6,681	245	251

TABLE 22 / PREFERRED FORM OF SELF-EMPLOYED, PRACTICE-BASED WORK BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France		Switzerland	
	F	M	F	M	F	M
One-person practice	4.1	7.1	11.0	6.8	5.1	10.3
Joint practice / sizeable healthcare facility	54.2	42.6	18.8	18.6	39.9	41.4
Both options	41.7	50.3	70.2	74.6	55.1	48.3
N	6,613		240		245	

F = female / M = male

3.8 HOSPITAL-BASED ROLES

For most prospective doctors, a salaried hospital post is an attractive proposition – and, for all of them, there is (at least for a period) no way around this if they wish to complete their training as a physician. In France and Switzerland, practical and clinical experience is part of one's training from an early stage of one's degree; in France, 92 per cent of respondents have already gained experience in this area, while the figure approaches 97 per cent in Switzerland.

In Germany, questions about whether students would consider a senior hospital role differentiated between a post as senior physician (Oberarzt) or head physician (Chefarzt) (cf. Table 23). In France and Switzerland, the wording referred to a 'senior medical post' in a hospital as a career option to which respondents aspired.

In Germany, a career as an *Oberarzt* is the preferred option and, in Switzerland as well, the majority of responding students can envisage taking on a senior post. In France, by contrast, almost half of respondents state that a senior medical post in a hospital is probably or definitely not a career option to which they aspire.

Hospitals are evidently still regarded as places with high workloads, where shifts are long but there is little actual bedside time to spare; this work directly involving patients is characterized by strong economic pressure and is (still) dominated by rigid hierarchies and an authoritarian management culture. However, the great importance attached to family, one's personal life and leisure time is very evident.

With regard to differences between the sexes, it is once again clear that – across all three countries – men tend to be more willing to take on senior posts (cf. Table 24).

Whereas, in Germany, becoming a senior physician is a highly favoured career option both for men and women – with a majority of both female and male respondents aspiring to this in Switzerland as well – students in France are substantially less keen to pursue a senior post in a hospital as a career goal.

TABLE 23 / CAREER OPTIONS IN A HOSPITAL (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France	Switzerland
	Senior physician	Chief physician	Senior medical post	Senior medical post
Yes, probably	88.0	36.1	39.1	67.6
No, probably not	12.0	63.9	60.9	32.4
N	between 6,145 and 6,151		233	259

TABLE 24 / CAREER OPTIONS IN A HOSPITAL BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France		Switzerland	
	F	M	F	M	F	M
Senior physician	85.0	94.3	–	–	–	–
Chief physician	29.4	50.1	–	–	–	–
Senior medical post	–	–	38.2	42.9	64.2	76.4
N	between 6,083 and 6,089		228		251	

F = female / M = male

3.9 WORK LOCATIONS AND REGIONS

Given two key challenges that remain – firstly, that doctors, as a resource, are very unequally distributed, and secondly, that filling vacated posts for physicians in rural regions (both in the outpatient and inpatient sector) is a great problem – the question of where prospective doctors wish to live and work is still highly relevant. Firstly, and in the light of the ongoing discussion, it is of interest which locations and regions to work in are generally considered as options, and how many students envisage working and living abroad later on – perhaps, indeed, as the only option (cf. Table 25).

Whereas in France, more than half of respondents report considering working abroad at a later date, in Switzerland and Germany less than half do so. Overall, one's immediate home region is the preferred place in which to work. In France and Switzerland, however, the university's surrounding area is also seen as highly attractive. Generally, therefore, responding students show a marked home preference. In France and Switzerland, however, greater flexibility is observed with regard to work location.

Urbanized regions and those considered scenic often have greater appeal, whereas rural regions – which are more likely to be economically disadvantaged and have a small-scale settlement structure dominated by villages – exert less of a pull.

The lowest variance is observed for the attractiveness of the region (with which students are familiar) surrounding the university: in both France and Switzerland, over 80 per cent would consider such regions as a work location. This shows that known regions are, unless greater familiarity reveals them to be economically challenged, more likely to become preferred regions.

Likewise, very different degrees of popularity are associated with different types and sizes of population centre (cf. Table 26). It remains the case that there are types of population centre in which doctors-to-be definitely do not want to work. In Germany, just under

one-third of respondents have no reservations (with, therefore, two-thirds having an aversion to certain regions and types of population centre); in France and Switzerland it is around 38 per cent and 46 per cent respectively.

In Germany, France and Switzerland, relatively small rural communities – ranging in size from below 2,000 to 5,000 people – are the least popular. However, metropolitan regions also have fairly low appeal: whereas population centres of this scale are effectively non-existent in Switzerland, the metropolitan regions in France (Paris, Marseille, Lyon and Bordeaux) are also rather unpopular.
>>

TABLE 25 / POSSIBLE WORK LOCATIONS LATER IN ONE'S CAREER
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Home state	85.8	–	–
Immediate home region	80.4	83.5	90.3
Other state/ other region in the country I am studying in	61.2	79.5	82.7
Abroad	40.3	52.3	46.4
Region surrounding the university	64.4	81.0	85.5
N	between 8,504 and 8,563	between 325 and 327	330

TABLE 26 / AVERSION TO CERTAIN WORK LOCATIONS
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
I would consider places of all sizes	33.9	37.8	46.1
Fewer than 2,000 inhabitants	47.9	44.8	39.4
2,000 to 5,000 inhabitants	40.3	34.5	28.8
5,000 to 10,000 inhabitants	31.5	23.2	20.6
10,000 to 50,000 inhabitants	18.4	11.6	10.6
50,000 to 100,000 inhabitants	10.7	10.4	6.1
100,000 to 500,000 inhabitants	9.9	11.6	7.0
500,000 inhabitants or over	23.6	28.4	20.3
N	8,600	328	330

By contrast, the most attractive work locations across all three countries are medium-sized towns/cities and regions with populations of up to 100,00 or 500,000.

The appeal of a future work location depends partly on students' region of origin and their (sociogeographical) socialization. A place of work in a small town of up to 5,000 people is the most attractive option among those students who themselves come from a small town of 2,000 or fewer inhabitants. The appeal of working in rural regions generally declines with increasing population size of the location of origin. Only in Switzerland (N=330) could half of the respondents – irrespective of size of their own place of origin – envisage working in a small town with 5,000 people or fewer.

Similarly, in Germany (N=8,600) around half of responding students who themselves come from medium-sized towns or sizeable cities can envisage working in a small town of up to 5,000 people. Small towns are the option with least appeal as a work location (40.2 per cent) to students from large cities.

In France (N=328), a similar picture emerges, although levels of agreement tend to be higher than in Germany. A small town is the least attractive option for students from medium-sized towns of up to 50,000 – 100,000 people (44.4 per cent) and for students from large cities (45.7 per cent).

Respondents' sex is also a factor in preferred work location (cf. Figure 7): women are more willing to work as practitioners in rural areas than men. In Germany (N=8,492), preferences differ by more than 10 per cent between female and male students. In Switzerland (N=322), the divergence between the sexes is as high as 19 per cent. This is contrasted by the results from France, where more than 60 per cent of women and men are willing to practise in a small town of 5,000 people or fewer, and where the sexes differ only slightly (by just under three per cent) in this respect.

The level of agreement is similar vis-à-vis the appeal of working in a small town of up to 10,000 people: whereas this is an option for a high proportion of students from communities with 2,000 people or fewer (Germany 84 per cent [N=8,600],

France 89 per cent [N=328], Switzerland 91 per cent [N=330]), perceived attractiveness decreases with increasing size of place of origin. However, it is only among students who originate from places with 500,000 – 1 million people that the level of agreement dips below 50 per cent (46.7 per cent).

In France and Switzerland, irrespective of the size of students' place of origin, more than half of respondents are willing to practise in small towns of up to 10,000 inhabitants. Figure 8 shows the level of agreement by sex: whereas in Germany (N=8,492), willingness among female students is (as before) above 10 per cent higher, the divergence in Switzerland (N=320) is greater still, at more than 16 per cent. In France (N=322), this difference is less than two per cent.

FIGURE 7 / WORKING IN SMALL TOWNS OF UP TO 5,000 PEOPLE BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

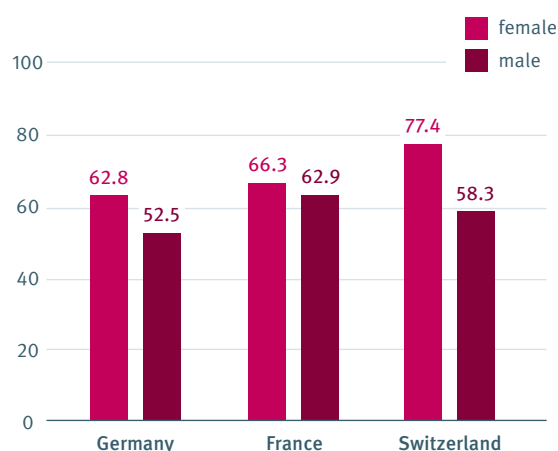
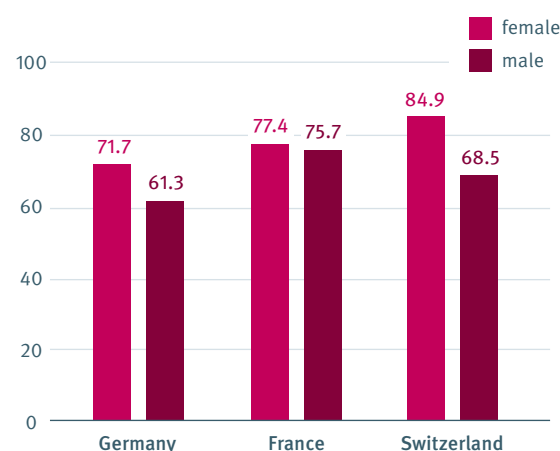


FIGURE 8 / WORKING IN SMALL TOWNS OF UP TO 10,000 PEOPLE BY SEX (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)



3.10 WORK LOCATIONS ABROAD

Working abroad as a doctor – at least for a period – appears an attractive prospect for many students. More than half of respondents in France and Switzerland reported considering a work location abroad. To obtain a more geographically precise answer, this question was followed by a list of various countries both in Europe and elsewhere (cf. Table 27).

The countries that proved attractive are those whose language the responding students speak, or where they expect to be able to manage well in English. Consequently, respondents in Germany chiefly select Switzerland and Austria as potential work locations, as well as the UK and Scandinavia. The picture for Switzerland is similar: Germany and the UK are the most popular countries, with France and Austria promising work locations for one-third and one-quarter of survey participants respectively. In France, it is Switzerland and the UK that are the most popular work locations abroad, with Belgium an option for one-quarter of respondents.

Of countries outside Europe listed, Canada is the most popular in the three nations surveyed (cf. Table 27). The fact that both English and French are spoken there makes Canada both attractive and accessible as a future work location.

TABLE 27 / WORK LOCATIONS ABROAD (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Countries in Europe			
Austria	49.6	7.6	24.8
Baltic states	–	4.1	4.6
Belgium	14.4	24.7	15.0
Denmark	34.4	13.5	16.3
Finland	18.3	14.1	12.4
France	22.8	80.0	30.7
Germany	–	22.4	43.8
Greece	4.4	5.9	1.3
Italy	14.6	18.8	10.5
Luxembourg	14.6	11.2	5.9
Netherlands	28.6	17.1	20.9
Norway	34.8	18.8	18.3
Poland	0.3	1.8	0.7
Spain	18.4	21.8	10.5
Sweden	40.2	21.2	22.2
Switzerland	67.3	45.3	83.7
United Kingdom	37.3	31.8	42.5
Countries outside Europe			
Australien	26.9	20.6	33.3
Kanada	44.9	63.5	46.4
Neuseeland	31.0	18.8	30.7
USA	31.8	26.5	42.5
N	3,429	170	153

3.11 DIGITIZATION: HOPES AND CONCERNS

Digitization in medicine is associated with concerns as well as hopes. Not only is there room for improvement in curriculum coverage of this topic in medical courses of study; its degree of implementation in healthcare provision does not exactly merit glowing praise.

The survey's positive value judgements concerning scope for digitization and telemedicine vis-à-vis resource-friendly treatment efficiency – for example, by avoiding unnecessary duplication of examinations, or improving the safety of therapy due to greater transparency and to having fuller information about patients – are reflected partly in the quantitative evaluations.

A majority of respondents feel there is scope for improvement (cf. Table 28) as regards possibilities for diagnostics and treatment, the way work is organized, communication with other healthcare professions, and cross-sectoral healthcare provision. However, in the view of these doctors-to-be, digitization also entails risks. In doctor-patient communication – and in the relationship between physicians and patients in general – students in Germany, France and Switzerland are concerned that things will get worse. This also applies to the security of patient data. Among the concerns here are that direct doctor-patient interaction will cease altogether at some point. Furthermore, potential deterioration, or at least no change, is expected by just over one-third (and in Switzerland as many as 40 per cent) of respondents in respect of the doctor's autonomy to make decisions; moreover, 36 per cent in Switzerland and France, and 40 per cent in Germany, fear patients' data security will worsen.

>>

TABELLE 28 / IMPACT OF DIGITIZATION (EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany	France	Switzerland
Diagnostics			
Improvement	80.7	70.9	85.1
No change	7.5	6.7	4.6
Deterioration	5.6	8.3	2.1
I can't say	6.2	14.1	8.2
Treatment options			
Improvement	74.1	74.5	80.1
No change	14.8	9.2	11.0
Deterioration	4.4	2.8	0.9
I can't say	6.7	13.5	8.0
Relationship of trust between doctor and patient			
Improvement	14.0	11.3	7.9
No change	34.8	26.9	29.0
Deterioration	41.1	46.2	52.1
I can't say	10.2	15.6	11.0
Doctor-patient communication			
Improvement	33.4	25.2	21.0
No change	20.9	17.5	24.7
Deterioration	37.8	41.7	43.6
I can't say	7.9	15.6	10.7
The way work is organized			
Improvement	81.6	74.8	71.6
No change	7.5	9.5	9.8
Deterioration	4.6	4.3	7.0
I can't say	6.3	11.3	11.6
Availability of doctors			
Improvement	59.5	49.4	42.6
No change	23.9	19.6	26.1
Deterioration	6.1	12.0	10.9
I can't say	10.4	19.0	20.4
Doctors' autonomy to make decisions			
Improvement	13.5	16.9	9.1
No change	35.1	27.3	28.0
Deterioration	29.7	28.5	39.9
I can't say	21.8	27.3	22.9
Delegation of medical services			
Improvement	39.3	38.0	37.8
No change	26.2	16.7	25.0
Deterioration	8.3	11.4	7.3
I can't say	26.2	34.0	29.9
Patients' data security			
Improvement	18.4	21.2	24.6
No change	25.4	12.9	21.9
Deterioration	39.4	36.6	36.2
I can't say	16.9	29.2	17.3
Cross-sectoral healthcare provision			
Improvement	74.3	61.4	60.5
No change	8.6	6.2	14.3
Deterioration	1.7	2.2	2.7
I can't say	15.4	30.2	22.5
Communication with other health-care professions			
Improvement	–	71.9	60.8
No change	–	6.8	16.1
Deterioration	–	9.3	9.7
I can't say	–	12.0	13.4
N	between 8,503 and 8,545	between 324 and 327	between 327 and 329

However, the three countries differ considerably as to how respondents rate digitization (both goal-setting and extent of implementation) in provision of medical care. Here, students were able to award grades ranging from 'very good' to 'poor'. In all cases, one-third of respondents were unable to gauge this.

Whereas setting of digitization goals was rated 'very good' or 'good' by a third of responding students in each country (Germany, France and Switzerland), ratings concerning level of implementation differ substantially. Fewer than 2 per cent of respondents in Germany award a rating of 'very good' or 'good' for implementation. For Germany, the arithmetic mean for goal-setting is 3.9 (median: 3; mode: 6) and that for implementation is 4.9 (median: 5; mode: 5).

In France, the proportion of respondents rating implementation 'very good' or 'good' is admittedly somewhat higher at 10 per cent (cf. Table 29). Whereas the arithmetic mean for goal-setting is 2.7, that for implementation is slightly higher at 3.5. The median for goal-setting is 3 (mode: 2), with the median for implementation standing at 4 (mode: 3).

In Switzerland, the extent of implementation for digitization is rated 'very good' or 'good' by 12 per cent (cf. Table 29), which is slightly higher still. The mean rating grade for goal-setting is 2.8 (median: 3; mode: 2), and that for implementation is 3.7 (median: 4; mode: 5).

The overall rating grade awarded for digitization goal-setting is 'satisfactory' in France and Switzerland, and 'adequate' in Germany. However, the rating grade for implementation is substantially poorer. Here there is a marked discrepancy between perceived goals set and the day-to-day reality. In France and Switzerland, ratings for implementation are a good deal better than those for Germany.

TABLE 29 / RATING DIGITIZATION: GOAL-SETTING AND IMPLEMENTATION
(EXPRESSED AS A PERCENTAGE)

	Germany		France		Switzerland	
	Goal-setting	Implementation	Goal-setting	Implementation	Goal-setting	Implementation
'Very good' and 'Good'	28.5	1.4	33.2	10.1	31.6	12.1
Very good	5.0	0.1	7.4	1.8	5.2	1.8
Good	23.5	1.3	25.8	8.3	26.4	10.3
Satisfactory	22.4	9.5	19.3	22.4	18.1	19.8
Adequate	7.9	16.6	8.9	19.6	4.9	11.6
Poor	8.8	47.3	5.8	14.1	9.5	25.2
No rating	32.4	25.1	32.8	33.7	35.9	31.3
N	between 8,501 and 8,531		between 216 and 219		between 326 and 329	

The survey's results for France and Switzerland largely correspond to those from Germany. In all three countries, young people study medicine in order to work in outpatient or inpatient healthcare provision, whereas other employers and areas of work – such as research at a university or a role with a pharmaceutical company – are substantially less attractive.

Studies and training against the background of the coronavirus pandemic, and measures to tackle it, have given many students a new inside look at what their medical career role will be later in life. Not all experiences gained, and impacts noted, are gauged as positive. Alongside the marked improvement regarding self-organization, deteriorating practical skills in the examination or treatment of patients are mentioned.

However, within the field that is (so to speak) at the very heart of medicine – namely individual provision of curative healthcare – the various roles available still show differences in popularity: salaried posts in a hospital, and setting up as a specialist in private practice, have comparable appeal and are mentioned as an option by some three-quarters of responding students. While this is a possibility, however, it does not of course inevitably mean these doctors-to-be will go on to work in a hospital setting. Increasingly, hospitals will need to adjust to suit the needs of future doctors, especially where being in a region perceived as unattractive puts a hospital at a locational disadvantage. Such regions are chiefly rural areas and peripheral zones. Furthermore, a trend appears to be emerging by which certain urban districts in large cities are, as far as possible, avoided as locations to work in, and even more so to live in. The preferred options are medium-sized towns and sizeable cities with between 50,000 and 500,000 people.

Another option for later working life that has promise for a majority of respondents is a salaried role in outpatient healthcare provision – either in a smaller practice or in a sizeable healthcare facility. By contrast, fewer than half of the students (with the exception of France, where they account for more than half) can envisage setting up as a GP.

In general, a salaried role – in either outpatient or inpatient healthcare provision – remains an attractive option for almost all respondents, with a salaried post in outpatient healthcare provision favoured particularly by women. Here, inclination towards part-time roles and regular working hours is a key factor due to changes in how these job roles are viewed, the greater importance of leisure time, the strong desire to have children and the need to balance work and family life. Overall, however, the 'family and leisure time' factor is not as high a priority among students in France as among the cohorts in Germany and Switzerland.

Irrespective of whether students envisage setting up in private practice or working in a salaried role: integration as part of a team of doctors is a crucial factor. Reasons for this include attitudes whereby colleagues are regarded as a pool from which to 'recruit' friends, as well as issues surrounding delegation and sharing of responsibility. The one-person practice as a model for medical practitioners that does not involve close relationships with colleagues in the same field, is favoured by a stable, firm but very small 'core' of students: 5 per cent in Germany, 7 per cent in Switzerland and almost 10 per cent in France; in general, however, it is not the first or the favoured option.

A salaried role in clinical research is something that one-third of respondents, in all three countries, can in principle

envisage. By contrast, roles that find little favour are salaried positions in the public health service, research posts without patient contact, and work in the pharmaceutical industry and with health insurers.

A work location abroad is, in principle, an option for many students, although most responding students would prefer a role in their own country. In general, rural regions are less popular as places to live and work, even though this state of affairs is apparently becoming somewhat less acute (in Germany). Overall, it can be observed that interest is increasingly being focused on respondents' home regions, or on regions structurally similar to home regions, or the region around the university where the student completed their studies and which is thus relatively familiar. In short, what this means for the recruitment of new doctors in both the outpatient and inpatient sector is the following: strategies most likely to prove successful are those that target students' own home regions or universities in their own countries.

Which further recommendations can be made on the basis of the above findings? If these analyses are taken seriously, then it can be concluded that there is a clear preference, particularly in women, for salaried jobs in the outpatient sector, with cross-sectoral but salaried roles also favoured. Key factors here are regular working hours (with the exception of France, however) and interaction with colleagues; further expectations are earnings commensurate with the role and responsibility, and sufficient availability of childcare. Moreover, a degree of flexibility/decision-making autonomy in organizing one's own working hours appears to be becoming far more important.

>>

This means it will be virtually impossible to maintain organization of what has previously been outpatient and inpatient healthcare provision, with its very marked sectoral separation and the quantitative dominance of one-person operations run by practice-based physicians. It is strongly recommended, as a matter of urgency, that this process not be left unguided to take its course, but be shaped by deliberate policy, especially at regional level. For self-employed, practice-based physicians, a special priority should be networks of doctors forming group practices that serve, so to speak, as decentralized and sizeable healthcare facilities, where (in principle) everything is in place to make these highly attractive to future doctors, and especially female physicians. In France, the preference for sizeable healthcare facilities of this kind is not as strong as in Germany or Switzerland.

Additionally, to help fill vacated positions for doctors, within both sectors, in economically disadvantaged regions (these generally being rural areas with poor links to major regional centres), it will be necessary to address – promptly and in a solution-focused manner – the issue of employment opportunities for non-medical academics. This is because a majority of female physicians who could be recruited to such posts will have partners with other academic qualifications, who themselves will be seeking professional positions and careers, and who are very unlikely to aspire to be homemakers. Choosing a work location and a place to live is, for the 30+ generation that are the target here, generally a family decision,

because the phase of partnering off (and possibly marrying) is over, at least for the time being. Those recruited are thus likely not to be single individuals but couples with, in many cases, diverging higher-education qualifications.

The generation of doctors who are still active (the post-war, baby boomer generation) will be entering retirement in the next five to 10 years – a process that is already underway and has been gathering pace since 2020. This state of affairs is especially problematic in the outpatient sector, because physicians leaving their profession during the next few years are relatively homogenous age-wise. This will create a challenging situation in that, up to a critical phase during which many medics are likely to retire, a given region will meet the planning criteria for adequate provision. It will hence be subject to restrictions on the number of new licenses granted, only for these restrictions to abruptly be lifted, so that the region may have to be categorized as having a shortage of doctors.

ANNEX: QUESTIONNAIRE SURVEY OF MEDICAL STUDENTS 2022

5.1 QUESTIONNAIRE – RESULTS FOR EUROPE / IN PER CENT / N=727

1. Which country are you studying in?	
Austria	4.4
France	45.4
Netherlands	1.7
Poland	2.8
Switzerland	45.7
Total	N = 724

2. Which year of your studies are you currently in? (Please give your answer as a whole number.)	
1	10.3
2	26.9
3	23.2
4	17.4
5	10.2
6	11.7
7	0.3
Total	N = 725

3. Which of the following statements apply to you?			
	Applies	Does not apply	N
I had already gained practical experience in the medical sector before commencing my studies	40.6	59.4	726
I have, during my studies, already gained practical/clinical experience in the medical sector (compulsory placements/units required by study regulations)	93.5	6.5	725
My parents are, or were, also medics	17.2	82.8	726
Other relatives are, or were, also medics	28.1	71.9	725

3. A: How many months of practical/clinical experience in the medical sector have you had altogether?	
Less than 1 month	27.7
More than 1 month (state number: ____)	72.3
Mean: 9.2 months; std. dev.: 12.7	
Total	N = 689

4. How important are the following for your choice of specialty?					
	Very important	Important	Not so important	Unimportant	N
Having regular working hours	18.2	44.0	34.8	3.0	727
Being able to flexibly organize your working hours (e.g. option of flexitime)	40.0	41.4	17.3	1.2	727
Having scope for earning well	27.4	54.7	16.5	1.4	726
Having good career prospects	30.1	45.5	21.5	2.9	725
Good scope for combining family and career	66.4	28.7	4.1	0.7	727
Later in your career: being familiar with a patient's life circumstances as well as their medical history	32.5	45.0	19.4	3.2	727
Later in your career: treating as wide a range of conditions as possible	18.8	45.5	32.6	3.0	727
Later in your career: working in a team with doctors of different specialties	28.6	43.2	25.6	2.6	727
Later in your career: working in a team with colleagues from other healthcare professions	27.1	43.3	26.1	3.4	727
Later in your career: using it to work on a self-employed basis in your own practice	12.4	33.6	43.3	10.7	727
Being involved in research topics and studies	12.8	31.4	37.6	18.2	726

5. How important to you personally are the following (if and when you specialize)?					
	Very important	Important	Not so important	Unimportant	N
Completing parts of this specialization training in the outpatient sector (if possible in your case)	22.0	49.7	26.4	1.9	723
Completing this specialization training in different hospitals and/or practices	42.2	45.4	10.2	2.2	725
Having mentors as specific contact persons throughout your specialization period	50.7	40.8	8.1	0.4	726
Being able to make use of parallel offerings from a medical faculty to help you specialize	32.4	50.6	15.9	1.1	725
Having childcare facilities at the location where you are doing your specialization	28.7	35.6	26.5	9.2	725
Having flat hierarchies	31.4	37.8	27.2	3.6	723
Completing a major part of your specialization at the same institution	4.8	25.8	55.5	13.8	724

6. After your specialization: would you consider the following roles?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
Role as a self-employed GP in your own practice	18.2	31.3	39.7	10.9	726
Another medical role on a self-employed basis in your own practice	20.6	46.7	29.3	3.5	724
Salaried role in a hospital	23.7	52.9	19.8	3.6	726
Salaried role in a practice	11.0	47.8	35.1	6.1	724
Salaried role in clinical research	6.8	25.2	45.4	22.6	723
Salaried role in research without patient contact	1.8	6.9	30.3	61.0	725
Salaried role in the pharmaceutical industry	0.8	6.9	30.6	61.7	726
Salaried role in public health service/body	2.9	15.2	37.6	44.4	726
Salaried role in administration (e.g. health insurer, medical administration)	1.0	4.4	21.5	73.1	726

6. A: Do you want to work in a salaried role long-term or can you envisage, after first gaining sufficient relevant experience, working in your own practice on a self-employed basis?	
I would like to work in a salaried role long-term	37.1
Being self-employed is an option for me	25.8
I don't know yet	37.1
Total	N = 62

6. B: If you became self-employed, would you rather do so in a one-person practice, or on a team in a sizeable healthcare facility? Or would you consider both options?	
One-person practice	8.0
Sizeable healthcare facility	31.9
Both options	60.0
Total	N = 548

6. C: Is a senior medical post in a hospital a desirable career option for you?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
Senior medical post	16.4	39.5	34.3	9.7	554

7. Would you consider the following regions as a work location?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
My immediate home region	52.9	32.1	13.5	1.5	726
Region around the university I'm studying at	39.1	42.3	16.3	2.3	726
Another region in the country I'm studying in	31.2	48.3	18.8	1.8	725
Abroad	14.5	36.9	38.8	9.8	724

8. Which countries would you consider as a work location? (You can select more than one option; please choose the three most likely ones.)	
Countries in Europe:	
Austria	21.8
Baltic states	4.0
Belgium	19.1
Denmark	17.2
Finland	12.4
France	50.8
Germany	36.6
Greece	3.5
Italy	14.0
Luxembourg	9.4
Netherlands	20.7
Norway	20.4
Poland	3.2
Spain	14.8
Sweden	23.1
Switzerland	62.1
United Kingdom	36.3
Other, specifically: _____	6.2
Countries outside Europe:	
Australia	26.6
Canada	52.4
New Zealand	25.0
USA	33.6
Other, specifically: _____	10.5
Total	N = 372

9. If you had a completely free choice of future work location: are there places you would definitely not want to work in? (You can select more than one option.)

No, I would consider places of any size	42.1
Yes, in places with:	
fewer than 2,000 inhabitants	42.1
between 2,000 and 5,000 inhabitants	31.8
between 5,000 and 10,000 inhabitants	22.4
between 10,000 and 50,000 inhabitants	11.6
between 50,000 and 100,000 inhabitants	8.4
between 100,000 and 500,000 inhabitants	8.8
between 500,000 and 1 million inhabitants	16.6
more than 1 million inhabitants	23.4
Total	N = 727

10. Digitization in medicine is associated with concerns as well as hopes. What do you think will be the impact of digitization on different aspects of medicine?

	Improvement	No change	Deterioration	I can't say	N
Diagnostics	78.5	5.8	5.1	10.6	725
Treatment options	77.5	10.1	1.8	10.5	721
Relationship of trust between doctor and patient	10.7	27.8	47.9	13.7	723
Doctor-patient communication	24.1	20.1	42.7	13.2	722
Work organization	74.1	9.7	5.3	10.9	722
Availability of doctors	47.9	21.9	10.7	19.6	723
Doctors' autonomy to make decisions	13.4	27.7	33.2	25.6	722
Delegation of medical services	39.0	20.7	8.6	31.7	720
Communication with other healthcare professions	67.1	11.7	8.6	12.6	721
Patients' data security	24.1	17.6	35.0	23.3	722
Cross-sectoral healthcare provision	61.6	10.4	2.2	25.8	721

11. With regard to digitization, how do you rate general goal-setting, and the extent of implementation, in medical care within your home country?

	Very good	Good	Satisfactory	Adequate	Poor	I can't say	N
Goal-setting	5.8	25.6	19.4	7.6	7.6	33.9	720
Implementation	1.9	9.3	20.2	15.8	20.9	32.0	723

12. During the coronavirus pandemic, did you take on functions relating to care of coronavirus patients or to tackling the pandemic?	
Yes	53.9
No	46.1
Total	N = 726

13. Which functions were these? (You can select more than one option.)	
Involvement on intensive-care wards	14.1
Involvement on normal wards	45.5
Involvement in testing centres	48.7
Involvement in vaccination centres	25.6
Involvement in medical practices	9.8
Involvement in the public health service	8.5
Involvement with helplines	6.3
Others, specifically: _____	11.6
Total	N = 398

14. In your experience, has the coronavirus pandemic (and measures taken to tackle it) impacted the development of key competencies and preparation for your subsequent role as a doctor?	
Yes	63.1
No	36.9
Total	N = 721

15. Do you feel these impacts on the development of key competencies, and on preparation for your subsequent role as a doctor, are broadly positive or broadly negative overall?	
Broadly positive	58.2
Broadly negative	41.8
Total	N = 457

16. How do you rate these impacts in terms of development of the following competencies?

	Improvement	No change	Deterioration	I can't say	N
Self-organization	45.8	32.4	10.8	11.0	454
Communication with fellow doctors	28.9	35.5	13.4	22.2	454
Communication with professionals from other medical sectors	33.0	32.6	10.6	23.8	454
Communication with patients	32.1	25.9	24.1	17.9	452
(Specialist) medical knowledge	37.2	29.0	20.1	13.7	452
Practical skills in the examination or treatment of patients	31.9	22.1	30.3	15.7	452
Use of medical technology	24.6	37.6	15.7	22.1	452
Use of digital aids	39.6	39.6	2.7	18.1	452

17. Have the coronavirus pandemic, measures to tackle it, and personal experience gained in connection with this, changed the appeal to you of one or multiple medical fields of activity?

Yes	35.5
No	64.5
Total	N = 721

18. How has the appeal of the following medical fields of activity changed for you?

	Improvement	No change	Deterioration	N
Inpatient role	18.0	29.8	52.2	255
Outpatient, self-employed role	42.4	42.0	15.7	255
Role in the public health service	18.8	48.2	32.9	255
Medical research	44.1	46.9	9.1	254

19. Do you have any comments on the following topics: self-employed and practice-based role vs. salaried role; digitization and telemedicine; coronavirus pandemic; your career outlook and desires? (Please answer this question in the same language as the questionnaire.)

20. Are you ...?

female	70.7
male	27.5
diverse	1.8
Total	N = 721

21. What year were you born in? (Please write the year in four digits, e.g. 1989.)

In the year: _____

Mean: 22.9 years; std. dev.: 2.9

22. What is your nationality?

Austrian	2.8
Dutch	1.5
French	44.8
Polish	2.8
Swiss	41.7
German	4.1
Other, specifically: _____	2.3
Total	N = 725

23. What was the population of the place(s) where you grew up? (You can select more than one option.)

Fewer than 2,000 inhabitants	15.0
2,000 to 5,000 inhabitants	18.3
5,000 to 10,000 inhabitants	19.1
10,000 to 50,000 inhabitants	25.0
50,000 to 100,000 inhabitants	10.5
100,000 to 500,000 inhabitants	15.0
500,000 to 1 million inhabitants	4.3
Over 1 million people	5.1
Total	N = 727

24. How would you rate the degree of urbanization of the region(s) where you grew up? (You can select more than one option.)

Rural region	35.9
Small town	31.6
Medium-sized town	28.2
City	11.3
Metropolitan region	11.7
Total	N = 727

THANK YOU FOR TAKING PART IN THIS SURVEY!

5.2 QUESTIONNAIRE – RESULTS FOR FRANCE / IN PER CENT / N = 328

2. What year were you born in? (Please write the year in four digits, e.g. 1989.)	
1	0.6
2	43.3
3	26.5
4	14.6
5	10.1
6	4.6
7	0.3
Total	N = 328

3. Which of the following statements apply to you?			
	Applies	Does not apply	N
I had already gained practical experience in the medical sector before commencing my studies	27.2	72.8	327
I have, during my studies, already gained practical/clinical experience in the medical sector (compulsory placements / units required by study regulations)	92.0	8.0	327
My parents are, or were, also medics	10.4	89.6	327
Other relatives are, or were, also medics	26.0	74.0	327

3. A: How many months of practical/clinical experience in the medical sector have you had altogether?	
Less than 1 month	38.6
More than 1 month (state number: ____)	61.4
Mean: 9.3 months; std. dev.: 14.4	
Total	N = 303

4. How important are the following for your choice of specialty?					
	Very important	Important	Not so important	Unimportant	N
Having regular working hours	5.5	43.6	46.0	4.9	328
Being able to flexibly organize your working hours (e.g. option of part-time work)	27.7	49.7	22.0	0.6	328
Good earnings potential	23.5	62.7	12.5	1.2	327
Having good career prospects	33.0	48.9	16.2	1.8	327
Good scope for combining family and career	67.4	28.0	4.0	0.6	328
Later in your career: being familiar with a patient's life circumstances as well as their medical history	42.4	45.7	10.4	1.5	328
Later in your career: treating as wide a range of conditions as possible	20.7	47.3	30.2	1.8	328
Later in your career: working in a team with doctors of different specialties	37.8	41.8	18.9	1.5	328
Later in your career: working in a team with colleagues from other healthcare professions	35.7	43.0	19.2	2.1	328
Later in your career: using it to work on a self-employed basis in your own practice	9.8	32.0	45.7	12.5	328
Being involved in research topics and studies	11.6	34.5	36.3	17.7	328

5. How important to you personally are the following (if and when you specialize)?					
	Very important	Important	Not so important	Unimportant	N
Completing parts of this specialization training in the outpatient sector (if possible in your case)	22.4	54.0	22.7	0.9	326
Completing this specialization training in different hospitals and/or practices	51.5	43.3	4.3	0.9	326
Having mentors as specific contact persons throughout your specialization period	52.3	41.6	6.1	0.0	327
Being able to make use of parallel offerings from a medical faculty to help you specialize	35.2	50.2	13.8	0.9	327
Having childcare facilities at the location where you are doing your specialization	25.7	33.9	29.4	11.0	327
Flat hierarchies	11.1	45.1	39.5	4.3	324
Completing a major part of your specialization at the same institution	2.8	22.0	57.2	18.0	327

6. After your specialization: would you consider the following roles?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
Role as a self-employed GP in your own practice	23.5	32.1	37.0	7.3	327
Self-employed work in another medical role in your own practice	22.3	46.5	27.2	4.0	327
Salaried role in a hospital	21.1	50.2	24.2	4.6	327
Salaried role in a practice	8.9	43.3	41.4	6.4	326
Salaried role in clinical research	4.9	26.1	43.9	25.2	326
Salaried role in research without patient contact	0.6	6.4	24.8	68.2	327
Salaried role in the pharmaceutical industry	0.6	2.8	26.3	70.3	327
Salaried role in public health service/body	0.9	7.6	32.7	58.7	327
Salaried administrative role (e.g. health insurer, medical administration)	0.9	1.8	15.9	81.3	327

6. A: Do you want to work in a salaried role long-term or can you see yourself, after first gaining sufficient relevant experience, working in your own practice on a self-employed basis?	
I would like to work in a salaried role long-term	40.0
Being self-employed is an option for me	25.0
I don't know yet	35.0
Total	N = 20

6. B: If you became self-employed, would you rather do so in a one-person practice, or on a team in a sizeable healthcare facility? Or would you consider both options?	
One-person practice	9.8
Sizeable healthcare facility	19.2
Both options	71.0
Total	N = 245

6. C: Is a senior medical post in a hospital a desirable career option for you?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
Senior medical post	5.6	33.5	39.1	21.9	233

7. Would you consider the following regions as a work location?

	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
My immediate home region	50.8	32.7	15.3	1.2	327
Region around the university I'm studying at	36.7	44.3	16.2	2.8	327
Another region in the country I'm studying in	28.1	51.4	17.4	3.1	327
Abroad	12.0	40.3	36.6	11.1	325

8. Which countries would you consider as a work location?
(You can select more than one option; please choose the three most likely ones.)

Countries in Europe:	
Austria	7.6
Baltic states	4.1
Belgium	24.7
Denmark	13.5
Finland	14.1
France	80.0
Germany	22.4
Greece	5.9
Italy	18.8
Luxembourg	11.2
Netherlands	17.1
Norway	18.8
Poland	1.8
Spain	21.8
Sweden	21.2
Switzerland	45.3
United Kingdom	31.8
Other, specifically: _____	5.9
Countries outside Europe:	
Australia	20.6
Canada	63.5
New Zealand	18.8
USA	26.5
Other, specifically: _____	8.2
Total	N = 170

9. If you had a completely free choice of future work location: are there places you would definitely not want to work in? (You can select more than one option.)	
No, I would consider places of any size	37.8
Yes, in places with:	
fewer than 2,000 inhabitants	44.8
between 2,000 and 5,000 inhabitants	34.5
between 5,000 and 10,000 inhabitants	23.2
between 10,000 and 50,000 inhabitants	11.6
between 50,000 and 100,000 inhabitants	10.4
between 100,000 and 500,000 inhabitants	11.6
between 500,000 and 1 million inhabitants	20.4
over 1 million inhabitants	28.4
Total	N = 328

10. Digitization in medicine is associated with concerns as well as hopes. What do you think will be the impact of digitization on different aspects of medicine?					
	Improvement	No change	Deterioration	I can't say	N
Diagnostics	70.9	6.7	8.3	14.1	327
Treatment options	74.5	9.2	2.8	13.5	326
Relationship of trust between doctor and patient	11.3	26.9	46.2	15.6	327
Doctor-patient communication	25.2	17.5	41.7	15.6	326
Work organization	74.8	9.5	4.3	11.3	326
Availability of doctors	49.4	19.6	12.0	19.0	326
Doctors' autonomy to make decisions	16.9	27.3	28.5	27.3	326
Delegation of medical services	38.0	16.7	11.4	34.0	324
Communication with other healthcare professions	71.9	6.8	9.3	12.0	324
Patients' data security	21.2	12.9	36.6	29.2	325
Cross-sectoral healthcare provision	61.4	6.2	2.2	30.2	324

11. With regard to digitization, how do you rate general goal-setting, and the extent of implementation, in medical care within your home country?							
	Very good	Good	Satisfactory	Adequate	Poor	I can't say	N
Goal-setting	7.4	25.8	19.3	8.9	5.8	32.8	326
Implementation	1.8	8.3	22.4	19.6	14.1	33.7	326

12. During the coronavirus pandemic, did you take on functions relating to care of coronavirus patients or to tackling the pandemic?	
Yes	45.6
No	54.4
Total	N = 327

13. Which functions were these? (You can select more than one option.)	
Involvement on intensive-care wards	20.1
Involvement on normal wards	57.1
Involvement in testing centres	39.0
Involvement in vaccination centres	25.3
Involvement in medical practices	5.8
Involvement in public health services	9.1
Involvement with helplines	7.8
Others, specifically: _____	8.4
Total	N = 154

14. In your experience, has the coronavirus pandemic (and measures taken to tackle it) impacted the development of key competencies and preparation for your subsequent work as a doctor?	
Yes	64.4
No	35.6
Total	N = 323

15. Do you feel these impacts on the development of key competencies and preparation for your subsequent role as a doctor are broadly positive or broadly negative overall?	
Broadly positive	50.2
Broadly negative	49.8
Total	N = 211

16. How do you rate these impacts in terms of development of the following competencies?

	Improvement	No change	Deterioration	I can't say	N
Self-organization	42.1	27.3	16.3	14.4	209
Communication with fellow doctors	26.3	34.0	11.0	28.7	209
Communication with professionals from other medical sectors	26.8	32.5	8.1	32.5	209
Communication with patients	23.1	25.5	27.9	23.6	208
(Specialist) medical knowledge	32.9	25.1	18.8	23.2	207
Practical skills in the examination or treatment of patients	29.5	23.2	23.7	23.7	207
Use of medical technology	24.2	30.0	19.3	26.6	207
Use of digital aids	29.0	39.1	4.3	27.5	207

17. Have the coronavirus pandemic, measures to tackle it, and personal experience gained in connection with this, changed the appeal to you of one or multiple medical fields of activity?

Yes	39.9
No	60.1
Total	N = 323

18. How has the appeal of the following medical fields of activity changed for you?

	Improvement	No change	Deterioration	N
Inpatient role	20.3	11.7	68.0	128
Outpatient, self-employed role	41.4	43.0	15.6	128
Role in the public health service	14.8	53.9	31.3	128
Medical research	46.1	47.7	6.3	128

**19. Do you have any comments on the following topics: self-employed and practice-based role vs. salaried role; digitization and telemedicine; coronavirus pandemic; your career outlook and desires?
(Please answer this question in the same language as the questionnaire.)**

20. Are you ...?

female	77.5
male	21.5
diverse	0.9
Total	N = 325

21. What year were you born in? (Please write the year in four digits, e.g. 1989.)

In the year: _____

Mean: 21.7 years; std. dev.: 2.4

22. What is your nationality?

Austrian	–
Dutch	0.3
French	98.2
Polish	–
Swiss	–
German	–
Other, specifically: _____	1.5
Total	N = 327

23. What was the population of the place(s) where you grew up? (You can select more than one option.)

Fewer than 2,000 inhabitants	13.7
2,000 to 5,000 inhabitants	15.5
5,000 to 10,000 inhabitants	14.9
10,000 to 50,000 inhabitants	29.6
50,000 to 100,000 inhabitants	13.7
100,000 to 500,000 inhabitants	11.0
500,000 to 1 million inhabitants	5.5
Over 1 million inhabitants	9.5
Total	N = 328

24. How would you rate the degree of urbanization of the region(s) where you grew up? (You can select more than one option.)

Rural region	25.6
Small town	31.1
Medium-sized town	31.7
City	14.9
Metropolitan region	19.2
Total	N = 328

THANK YOU FOR TAKING PART IN THIS SURVEY!

5.3 QUESTIONNAIRE – RESULTS FOR SWITZERLAND / IN PER CENT / N = 330

2. Which year of your studies are you currently in? (Please give your answer as a whole number.)	
1	20.1
2	11.3
3	20.1
4	20.7
5	7.9
6	19.5
7	0.3
Total	N = 328

3. Which of the following statements apply to you?			
	Applies	Does not apply	N
I had already gained practical experience in the medical sector before commencing my studies	53.6	46.4	330
I have, during my studies, already gained practical/clinical experience in the medical sector (compulsory placements/units required by study regulations)	96.7	3.3	329
My parents are, or were, also medics	23.0	77.0	330
Other relatives are, or were, also medics	30.4	69.6	329

3. A: How many months of practical/clinical experience in the medical sector have you had altogether?	
Less than 1 month	18.9
More than 1 month (state number: ____)	81.1
Mean: 8.8 months; std. dev.: 12.1	
Total	N = 322

4. How important are the following for your choice of specialty?					
	Very important	Important	Not so important	Unimportant	N
Having regular working hours	32.1	43.6	22.7	1.5	330
Being able to flexibly organize your working hours (e.g. option of part-time work)	54.4	30.0	13.9	1.5	330
Good earnings potential	29.7	47.9	20.9	1.5	330
Having good career prospects	24.6	41.6	29.5	4.3	329
Good scope for combining family and career	68.2	27.6	3.3	0.9	330
Later in your career: being familiar with a patient's life circumstances as well as their medical history	26.4	43.0	26.4	4.2	330
Later in your career: treating as wide a range of conditions as possible	17.9	43.6	34.2	4.2	330
Later in your career: working in a team with doctors of different specialties	20.9	42.4	32.7	3.9	330
Later in your career: working in a team with colleagues from other healthcare professions	19.7	42.4	32.7	5.2	330
Later in your career: using it on a self-employed basis in your own practice	14.2	35.5	41.5	8.8	330
Being involved in research topics and studies	12.2	26.1	40.4	21.3	329

5. How important to you personally are the following for your choice of specialty?					
	Very important	Important	Not so important	Unimportant	N
Completing parts of this specialization training in the outpatient sector (if possible in your case)	22.8	47.4	28.0	1.8	329
Completing this specialization training in different hospitals and/or practices	36.4	46.7	13.3	3.6	330
Having mentors as specific contact persons throughout your specialization period	48.5	40.6	10.3	0.6	330
Availability of parallel offerings from a medical faculty to help you specialize	27.4	52.6	18.5	1.5	329
Having childcare facilities at the location where you are doing your specialization	31.6	36.8	24.9	6.7	329
Flat hierarchies	50.9	32.7	13.9	2.4	330
Completing a major part of your specialization at the same institution	6.4	28.4	55.8	9.5	328

6. After specialization: would you consider the following roles?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
Role as a self-employed GP in your own practice	13.9	31.5	40.9	13.6	330
Self-employed work in another medical role in your own practice	19.5	47.0	30.2	3.4	328
Salaried role in a hospital	23.3	55.8	18.2	2.7	330
Salaried role in a practice	13.4	52.3	28.9	5.5	329
Salaried role in clinical research	6.7	21.3	48.2	23.8	328
Salaried role in research without patient contact	2.4	6.7	33.3	57.6	330
Salaried role in the pharmaceutical industry	0.9	9.1	34.5	55.5	330
Salaried role in public health service/body	3.9	20.9	43.0	32.1	330
Salaried role in administration (e.g. health insurer, medical administration)	0.3	6.4	26.1	67.3	330

6. A: Do you want to work in a salaried role long-term or can you see yourself, after first gaining sufficient relevant experience, working in your own practice on a self-employed basis?	
I would like to work in a salaried role long-term	32.4
Self-employment is an option for me	29.4
I don't know yet	38.2
Total	N = 34

6. B: If you became self-employed, would you rather do so in a one-person practice, or on a team in a sizeable healthcare facility? Or would you consider both options?	
One-person practice	6.8
Sizeable healthcare facility	41.4
Both options	51.8
Total	N = 251

6. C: Is a senior medical post in a hospital a desirable career option for you?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
Senior medical role	23.9	43.6	31.3	1.2	259

7. Would you consider the following regions as a work location?					
	Yes, definitely	Yes, probably	No, probably not	No, definitely not	N
My immediate home region	60.6	29.7	9.4	0.3	330
Region around the university I'm studying at	44.8	40.6	13.0	1.5	330
Other region in the country I'm studying in	36.7	46.1	17.0	0.3	330
Abroad	13.9	32.4	43.6	10.0	330

8. Which countries would you consider as a work location? (You can select more than one option; please choose the three most likely ones)	
Countries in Europe	
Austria	24.8
Baltic states	4.6
Belgium	15.0
Denmark	16.3
Finland	12.4
France	30.7
Germany	43.8
Greece	1.3
Italy	10.5
Luxembourg	5.9
Netherlands	20.9
Norway	18.3
Poland	0.7
Spain	10.5
Sweden	22.2
Switzerland	83.7
United Kingdom	42.5
Other, specifically: _____	5.9
Countries outside Europe:	
Australia	33.3
Canada	46.4
New Zealand	30.7
USA	42.5
Other, specifically: _____	13.7
Total	N = 153

9. If you had a completely free choice of future work location: are there places you would definitely not want to work in? (You can select more than one option.)

No, I would consider places of any size	46.1
Yes, in places with:	
fewer than 2,000 inhabitants	39.4
between 2,000 and 5,000 inhabitants	28.8
between 5,000 and 10,000 inhabitants	20.6
between 10,000 and 50,000 inhabitants	10.6
between 50,000 and 100,000 inhabitants	6.1
between 100,000 and 500,000 inhabitants	7.0
between 500,000 and 1 million inhabitants	13.9
over 1 million inhabitants	19.1
Total	N = 330

10. Digitization in medicine is associated with concerns as well as hopes. What do you think will be the impact of digitization on different aspects of medicine?

	Improvement	No change	Deterioration	I can't say	N
Diagnostics	85.1	4.6	2.1	8.2	329
Treatment options	80.1	11.0	0.9	8.0	327
Relationship of trust between doctor and patient	7.9	29.0	52.1	11.0	328
Doctor-patient communication	21.0	24.7	43.6	10.7	328
Work organization	71.6	9.8	7.0	11.6	328
Availability of doctors	42.6	26.1	10.9	20.4	329
Doctors' autonomy to make decisions	9.1	28.0	39.9	22.9	328
Delegation of medical services	37.8	25.0	7.3	29.9	328
Communication with other healthcare professions	60.8	16.1	9.7	13.4	329
Patients' data security	24.6	21.9	36.2	17.3	329
Cross-sectoral healthcare provision	60.5	14.3	2.7	22.5	329

11. With regard to digitization, how do you rate general goal-setting, and the extent of implementation, in medical care within your home country?

	Very good	Good	Satisfactory	Adequate	Poor	I can't say	N
Goal-setting	5.2	26.4	18.1	4.9	9.5	35.9	326
Implementation	1.8	10.3	19.8	11.6	25.2	31.3	329

12. During the coronavirus pandemic, did you take on functions relating to care of coronavirus patients or to tackling the pandemic?	
Yes	63.0
No	37.0
Total	N = 330

13. Which functions were these? (You can select more than one option.)	
Involvement on intensive-care wards	10.0
Involvement on normal wards	39.2
Involvement in testing centres	56.9
Involvement in vaccination centres	27.8
Involvement in medical practices	11.5
Involvement in public health services	7.2
Involvement with helplines	5.3
Others, specifically: _____	12.4
Total	N = 209

14. In your experience, has the coronavirus pandemic (and measures taken to tackle it) impacted the development of key competencies and preparation for your subsequent work as a doctor?	
Yes	61.4
No	38.6
Total	N = 329

15. Do you feel these impacts on the development of key competencies and preparation for your subsequent role as a doctor are broadly positive or broadly negative overall?	
Broadly positive	67.2
Broadly negative	32.8
Total	N = 201

16. How do you rate these impacts in terms of development of the following competencies?					
	Improvement	No change	Deterioration	I can't say	N
Self-organization	47.0	37.5	6.5	9.0	200
Communication with medical colleagues	31.0	36.0	15.5	17.5	200
Communication with professionals from other medical sectors	39.5	31.0	12.5	17.0	200
Communication with patients	40.2	26.1	20.1	13.6	199
(Specialist) medical knowledge	42.0	32.0	19.5	6.5	200
Practical skills in the examination or treatment of patients	33.5	21.0	35.0	10.5	200
Use of medical technology	26.0	41.5	12.5	20.0	200
Use of digital aids	46.5	41.0	1.0	11.5	200

17. Have the coronavirus pandemic, measures to tackle it, and personal experience gained in connection with this, changed the appeal to you of one or multiple medical fields of activity?	
Yes	29.5
No	70.5
Total	N = 329

18. How has the appeal of the following medical fields of activity changed for you?				
	Improvement	No change	Deterioration	N
Inpatient role	14.6	44.8	40.6	96
Outpatient, self-employed role	49.0	35.4	15.6	96
Role in public health service	24.7	43.3	32.0	97
Medical research	41.7	49.0	9.4	96

19. Do you have any comments on the following topics: self-employed and practice-based role vs. salaried role; digitization and telemedicine; coronavirus pandemic; your career outlook and desires?
(Please answer this question in the same language as the questionnaire.)

20. Are you ...?	
female	64.8
male	33.0
diverse	2.1
Total	N = 327

21. What year were you born in? (Please write the year in four digits, e.g. 1989.)

In the year: _____
 Mean: 23.9 years; std. dev.: 3.1

22. What is your nationality?

Austrian	0.3
Dutch	0.3
French	0.6
Polish	–
Swiss	91.2
German	4.6
Other, specifically: _____	3.0
Total	N = 329

23. What was the population of the place(s) where you grew up? (You can select more than one option.)

Fewer than 2,000 inhabitants	16.1
2,000 to 5,000 inhabitants	22.4
5,000 to 10,000 inhabitants	23.6
10,000 to 50,000 inhabitants	22.1
50,000 to 100,000 inhabitants	7.3
100,000 to 500,000 inhabitants	17.9
500,000 to 1 million inhabitants	1.8
Over 1 million inhabitants	0.6
Total	N = 330

24. How would you rate the degree of urbanization of the region(s) where you grew up? (You can select more than one option.)

Rural region	47.0
Small town	33.9
Medium-sized town	24.5
City	6.4
Metropolitan region	4.2
Total	N = 330

THANK YOU FOR TAKING PART IN THIS SURVEY!

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