

Aus der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Direktor: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

**Einfluss von Lebensaspekten angehender Ärzte auf die Wahl ihres
zukünftigen Arbeits- und Lebensortes –
Ideen zur langfristigen Gewinnung von jungen Medizinerinnen**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2018

vorgelegt von: Johannes Ostendorf

geb. am: 16.09.1992 in Lohne (Oldenburg)

Gutachter

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

Berichterstatter:

Tag der Promotion:

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung/Abstract	1
1.1	Zusammenfassung	1
1.2	Abstract	3
2	Einleitung	5
2.1	Projektvorstellung und Zielsetzung.....	5
2.2	Ärztliche Versorgungssituation in Deutschland.....	6
2.3	Bedarfsplanung.....	8
2.4	Demografischer Wandel.....	9
2.5	Generationenwandel und Lebenskonzepte	10
2.6	Maßnahmen zur Beseitigung der ärztlichen Fehlverteilung.....	11
2.7	Situation in anderen Ländern	13
3	Material und Methoden	15
3.1	Literaturrecherche	15
3.2	Zusammenstellung des Fragebogens.....	15
3.2.1	Befragungsplanung von Studierenden	15
3.2.2	Befragungsplanung von Ärzten einer Beispielregion	16
3.2.3	Befragungsplanung von Entscheidungsträgern einer Beispielregion.....	17
3.3	Methodik der Befragung	17
3.3.1	Befragungsablauf der Studierenden	17
3.3.2	Befragungsablauf der Ärzte einer Beispielregion	18
3.3.3	Befragungsablauf der Entscheidungsträger einer Beispielregion	19
3.4	Statistische Auswertung und Darstellung der Ergebnisse.....	19

4	Ergebnisse	21
4.1	Allgemeines zur Befragungsgruppe „Studierende“	21
4.2	Am aktuellen Wohnort vorhandene Standortfaktoren.....	27
4.3	Allgemeine Standortfaktoren-Wünsche	28
4.4	Pull-Faktoren am späteren Standort	31
4.5	Push-Faktoren am späteren Standort.....	32
4.6	Zukunftsplanung im Beruf	33
4.7	Fachrichtungen	35
4.8	Prioritäten im Arztberuf	38
4.9	Gehalt und Arbeitsstunden	39
4.10	Fahrtzeit zum Arbeitsplatz	41
4.11	Attraktivität einer Niederlassung	42
4.12	Bedürfnisse und Prioritäten	43
4.13	Interventionsmöglichkeiten einer Region	45
4.14	Wünsche an den späteren Wohn-/Arbeitsort.....	47
4.15	Multivariate Analyse und weitere univariate Ergebnisse.....	48
4.15.1	Interesse für die Allgemeinmedizin	49
4.15.2	Tätigkeit in der Niederlassung	51
4.15.3	Familiäre Faktoren	54
4.15.4	Karrierebezogene und berufliche Faktoren	57
4.15.5	Infrastrukturelle Faktoren.....	59
4.15.6	Freizeitfaktoren	61
4.15.7	Umwelt-/Naturfaktoren	63

4.15.8	Störpotenzial großstädtischer Push-Faktoren.....	64
4.15.9	Störpotenzial ländlicher Push-Faktoren	67
4.15.10	Berufliche Interventionen.....	69
4.15.11	Außerberufliche Interventionen	71
4.16	Ergebnissen vor Ort tätiger Ärzte und Entscheidungsträger	74
4.16.1	Allgemeines zur Befragungsgruppe vor Ort tätiger Ärzte	74
4.16.2	Analyse der Befragungsergebnisse	80
4.16.3	Allgemeines zur Befragungsgruppe Entscheidungsträger	82
4.16.4	Vergleich der drei Befragungsgruppen	83
5	Diskussion des Materials und der Methoden	86
5.1	Fragebogen und Fragenitems	86
5.2	Befragungsmethodik	86
5.3	Wahl der Skalierung.....	87
5.4	Methodik der univariaten und multivariaten Analyse.....	88
5.5	Problematik ausgewählten Faktoren	88
5.6	Stichprobenumfang	89
6	Diskussion der Ergebnisse	90
6.1	Befragungsgruppe	91
6.2	Standortbezogene Faktoren	92
6.3	Störpotenzial einer Region	95
6.4	Wunschtätigkeit und Stellenwert der Allgemeinmedizin.....	98
6.5	Vorstellungen über Arbeitsbedingungen.....	103
6.6	Vorstellung über weitere berufliche Aspekte.....	105

6.7	Interventionsmöglichkeiten einer Region	106
6.8	Rolle der angehenden Ärztinnen	112
6.9	Situation vor Abschluss des Studiums	113
6.10	Vergleich angehender Ärzte zu praktizierenden Ärzte	114
6.11	Diskussion bereits umgesetzter Interventionen	115
7	Stichwortverzeichnis	119
8	Abbildungsverzeichnis	121
9	Tabellenverzeichnis	123
10	Literaturverzeichnis	128
11	Danksagung	139
12	Anhang	140
12.1	Schwerpunktsetzung der Studierenden	140
12.2	Schwerpunktsetzung vor Ort tätiger Ärzte	152
12.3	Fragebogen der Studierenden	156
12.4	Fragebogen der vor Ort tätigen Ärzte	169
12.5	Fragebogen der Entscheidungsträger vor Ort	184

1 Zusammenfassung/Abstract

1.1 Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: In vielen ländlichen Regionen fehlt ärztliches Personal. Dieser Ärztemangel scheint insbesondere ein Verteilungsproblem zu sein. Um dieses anzugehen, sollte genauer erörtert werden, worin die befragten angehenden Mediziner den Schwerpunkt bei der Wahl ihres Lebensmittelpunktes setzen. Ziel dieser Studie ist es, erste Faktoren zu identifizieren, die bei den angehenden Medizinerinnen als besonders wichtig an einer potenziellen Region und dem zukünftigen Berufsleben empfunden werden. Die Erwartungen junger Medizinerinnen sollen differenziert und Ideen für umsetzbare Strategien für eine unterversorgte, ländliche Region abgeleitet werden. Daneben werden auch erste Vorschläge für Interventionsmöglichkeiten auf ihre Attraktivität bei den Studierenden untersucht. Abhängig von personenbezogenen Aspekten wird beispielhaft darauf eingegangen, welchen Stellenwert bestimmte Subgruppen auf familiär-soziale, berufliche und standortbezogene Aspekte legen, und ob sich dieser möglicherweise auch generationsübergreifend hält. Zusätzlich sollen die zukünftigen Allgemeinmedizinerinnen und die Einstellung zu einer Niederlassung näher beleuchtet werden.

Methodik: Es wurden $n=1063$ Studierende an 36 Universitäten mittels Fragebogen online und in Papierform befragt. Des Weiteren wurden angepasste Fragebögen von $n=101$ bereits vor Ort tätigen Ärzten und $n=16$ Entscheidungsträgern der Region Vechta als Beispielregion ausgewertet. Die Daten wurden multivariat mittels linearer Regression und univariat via t -Test analysiert.

Ergebnisse: Familiäre und soziale Aspekte rangieren in dieser Studie bei den Studierenden vor dem Beruf und dieser wiederum vor den standortbezogenen Faktoren. Männer sind signifikant karriereorientierter als Frauen, wohingegen familiäre Aspekte signifikant attraktiver für Frauen sind. Eine gute Work-Life Balance hat hierbei in unserem Kollektiv einen hohen Stellenwert. Berufliche Unterstützung der Region, vor allem in Belangen der Facharztweiterbildung und Fortbildung, wird attraktiver als eine außerberufliche Hilfe bewertet; dabei sollte eine Fahrtzeit von unter 30 Minuten zum Arbeitsplatz möglich sein. Die Allgemeinmedizin besitzt eine signifikant größere Attraktivität bei nicht zu jungen, angehenden Ärzten mit Partner und ländlicherer Herkunft. Diese Allgemeinmedizin-Interessierten sind in unserer Kohorte weniger karriereorientiert und zeigen ein größeres Interesse an Unterstützungen durch eine Region. Die

Niederlassung gewinnt an Attraktivität bei größerer Wichtigkeit familiärer Aspekte und der Kontinuität in der Patientenbetreuung, der Möglichkeit für eine Gemeinschaftspraxis und der kollegialen Einarbeitung. Ein hoher Stellenwert familiärer und umwelt-/naturbezogener Aspekte verringert in unserem Kollektiv das Störepfinden für aversive Gegebenheiten des ländlichen Raumes signifikant. Der großstädtische Bereich ist bei Männern und bei Interesse für die Tätigkeit in einer Klinik signifikant weniger störend. Eine ländliche Herkunft zeigt sich univariat mit einer signifikant größeren Attraktivität des ländlichen Bereichs und dessen sozialen Umfeldes verknüpft. Bei den vor Ort tätigen Ärzten haben acht der zehn bestbewerteten Faktoren ebenfalls den höchsten Stellenwert wie bei den Studierenden. Die Entscheidungsträger bewerten die außerberufliche Unterstützung tendenziell besser, als diese tatsächlich von den jungen Medizinern empfunden wird.

Schlussfolgerung: Eine ländliche Region könnte durch ihr familiäres Flair, einem sozialen Umfeld und mit ihrer Naturnähe werben. Damit scheint sie insbesondere Frauen und Mediziner ländlicher Herkunft zu erreichen, die möglicherweise eher dazu bereit sind, sich als Allgemeinmediziner niederzulassen. Vor allem durch berufliche Unterstützung könnte der Rückkehrwille dieser Zielgruppe noch gestärkt werden. Karriereinteressierte Männer könnten durch die Klinik und den großstädtischen Raum angesprochen werden. Unabhängig hiervon scheinen soziale Aspekte - auch insbesondere am Arbeitsplatz („time & team“) - und familiäre Faktoren unter Umständen von Vorteil zu sein. Diese Punkte rangieren im befragten Kollektiv vor dem Beruf. Eine auch für den Partner attraktive Region könnte ein weiterer essentieller Aspekt sein. Nachfolgend könnten standortbezogene Aspekte von Nutzen sein. Die Ansprüche der Mediziner halten sich in unserem Kollektiv zum Teil generationsübergreifend, das heißt auch bei den vor Ort tätigen Ärzten. Die Entscheidungsträger schätzen die Bedürfnisse der Ärzte in spe überwiegend richtig ein. Ein Fokus auf die berufliche Unterstützung scheint von hohem Stellenwert zu sein. Diese erste Datenerhebung ist eine beispielhafte Untersuchung und weist eine Schwerpunktsetzung auf eine spezielle ländliche Region auf. Verallgemeinerung und Ableitung weiterer Interventionen sind aufgrund des regionalen Charakters noch nicht möglich; könnten aber ergänzend durch Ausdehnung auf weitere Regionen und Validierung der Daten in Zukunft möglich werden.

1.2 Abstract

Background and objective: Many rural regions report absence of health professionals. This physician shortage seems to be a distributional problem. Approaching this, it is essential to determine the main focus of soon-to-be physicians in choosing their future centre of life, respectively residence. The aim of this study is to give an impression of possible factors which could be important in a potential residence and the professional activity for medical students. The expectations of young professionals are differentiated to find initial ideas for practical strategies for an underserved rural region. Personal variables define subgroups and dependent importance of family-related, social, professional and locoregional aspects are exemplary examined. Could these aspects be existent across the generations? Moreover, the personal attitude of the future general practitioners and the opinion on a medical practice are investigated.

Methods: In this survey $n=1063$ medical students of 36 universities have been interviewed via identical online or paper questionnaires. On top of that an adjusted survey has been answered by $n=101$ practicing physicians and $n=16$ political decision-makers in Vechta, Germany as a model-region. The data has been analyzed using multivariate tools with linear regression as well as univariate via *t*-test.

Results: To the medical students of this study, family and social life related aspects are more important than professional or locoregional factors. Male students are significantly more interested in career options than females. Family related aspects are significantly more attractive for women in our collective; a good work-life balance has a central priority. Support of the region in the professional activity, especially in the subject of specialist medical education and further training, is rated as more important than the assistance in extra-vocational topics; the commuting time should be less than 30 minutes. The general practice is significantly more interesting to interviewed students with rural origin, higher age and partner present. The possible future family doctors are significantly less career-orientated in our surveyed cohort and show more interest in professional and extra-professional related aid from the future region. A medical practice is more attractive with higher importance of family-related aspects and interest in continuity of patient care, furthermore in a collaborative practice and training by colleagues. The potential disturbance of a rural region is significantly reduced by a growing interest in family- and nature-related aspects. The potential downsides of the urban region are significantly less acknowledged by males with higher interest in working in a hospital. The

rural origin is correlated with a significantly higher attractiveness of the rural region and its social environment in this study. Eight of the ten best-rated factors for the students can also be found in the “top ten” of the already practicing physicians. The political decision-makers see the needs of the students generally and slightly overestimate the importance of the support in extra-vocational aspects.

Conclusion: A rural region could recruit young professionals with its familiar flair, social environment and nature. With this they seem to reach especially women and aspiring doctors with rural origin, who are possibly more likely to practice as general practitioners in a medical office. With professional support, the intention of this target group to return in a rural area could be strengthened notably. Career-oriented males could be addressed by practice in hospitals and urban regions. Regardless of these points, social aspects, especially at the working place („time & team“) and family-related aspects seem to be necessary. These factors are ranked as top priority in this study. A region, likewise attractive for the partner of the young professionals, could be a benefit for recruiting medical professionals. Following that, a region seems to profit from locoregional points. Hypothetically the demands of the future medical professionals in the interviewed groups could be seen in a cross-generational way, because they mostly match the wishes of the already practicing doctors in this study. In general, the decision-makers rate those demands accurately, and could possibly concentrate on support in professional aspects. This first collection of data is an exemplary study which prioritizes a specific rural region. Generalization or deduction of further interventions are, due to the regional focus, not possible. This could be a possibility in the future with additionally extension to more regions and validation of the results.

2 Einleitung

2.1 Projektvorstellung und Zielsetzung

In einigen Regionen Deutschlands, speziell im ländlichen Raum, besteht eine Unterversorgung mit ärztlichem Personal^[38]. Seitdem gab es bereits einige, auch internationale, Studien und Stimmen, die den Nachwuchsmangel wiederholt verdeutlichen. Hierauf wird in den nächsten Kapiteln eingegangen. Befragungen, die die Wünsche des Nachwuchses selbst widerspiegeln, gibt es einige wenige, z.B. die bundesweite Befragung von Medizinstudierenden 2014 durch die Universität Trier^[59], das Medizinstudium 2020 Plus des Hartmannbundes^[45] oder die Mitgliederbefragung des Marburger Bundes^[58]. Ein wichtiges Kriterium sind Prioritäten, die Medizinstudierende setzen, wenn sie sich für einen Standort entscheiden. Dort existieren schon einige Daten zu Interessen und Wünschen von Medizinstudierenden. Es fehlen möglich Untersuchungs- und Steuerungstools, die auf die Bedürfnisse der jungen Mediziner abzielen.

Ziel dieser Studie ist es deshalb, erste Ideen für solche Tools bzw. Interventionsmöglichkeiten zu beleuchten, die auch hinsichtlich ihrer Attraktivität von den Studierenden bewertet werden können. Außerdem werden auch hier Faktoren identifiziert, die bei den angehenden Mediziner als besonders wichtig oder störend an einer potenziellen Region empfunden werden. Diese Ergebnisse werden dann hinsichtlich möglicher Interventionen und regionaler Umsetzbarkeit derselben überprüft. Neben allgemein gehaltenen Faktoren, die ähnlich zu bereits existierenden Studien sind^[45, 58, 59], wurde sich sowohl in einigen Fragenitems als auch in der Auswertung vermehrt auf ländliche Regionen und genannte Aspekte konzentriert. Die Studie kann zur Differenzierung der Erwartungen junger Mediziner an einen Standort und Entwicklung von Ideen zu daraus ableitbaren Strategien beitragen. Sie erhebt hierbei auch nicht den Anspruch, die Meinung aller Medizinstudenten bzw. Ärzte wiederzugeben, da nur ein Anteil von ihnen befragt wurde. Die Daten sollen primär einen ersten Eindruck über die Wünsche einer größeren Gruppe von heutigen Medizinstudenten vermitteln und einen möglichen Anhaltspunkt für Regionen zur Werbung von Mediziner eröffnen.

Als ersten Aspekt beleuchtet die vorliegende Studie die familiär-sozialen Faktoren. Diese schließen sowohl die sozialen Punkte im Beruf als auch Themen der eigenen Familie mit ein (hierzu gehört die eigenständig gegründete Familie sowie die Eltern bzw. Geschwister). Die Wünsche an eine naturnahe sowie strukturell entwickelte Region - die potenzielle zukünftige Lebensregion - finden als weiteres Kriterium Eingang in die Analyse.

Der zweite wesentliche Blickwinkel wird auf die zukünftige berufliche Situation und verbundene Arbeitsbedingungen gerichtet. Welche Arbeitszeit mit welcher Bezahlung wird angestrebt? Wie sieht eine tolerierbare Fahrtzeit aus? Welche fachlichen und sozialen Aspekte sind besonders wichtig am späteren Arztberuf? Diese Ergebnisse sollen erste Möglichkeiten für Kliniken aufzeigen, junge Ärztinnen und Ärzte für sich zu gewinnen und unter Umständen auch zu halten. Den angehenden Medizinerinnen stehen als Arzt bzw. Ärztin eine Vielzahl von Tätigkeitsbereichen zur Verfügung. Dabei soll eruiert werden, ob und von wem eine Niederlassung oder eine Anstellung in einem Klinikum bevorzugt wird, und wie das Für und Wider der Niederlassung gegeneinander abwägt wird. Außerdem wird beleuchtet, wer die späteren Allgemeinmediziner sein könnten und worauf möglicherweise ihr Augenmerk bei diversen Faktoren einer Region liegt.

Als dritten Aspekt wird sich dem zukünftigen Standort selbst gewidmet. Der Fokus soll dabei nicht nur auf die positiven Standortfaktoren gelegt werden, sondern auch das Störpotenzial von vorgegebenen negativen Faktoren wird analysiert.

Außerdem finden personenbezogene Aspekte und hierdurch möglicherweise bestehende Unterschiede in den Erwartungen Eingang in die Analyse. Zuletzt wird auf Interventionsmöglichkeiten eingegangen, welche potenziell Einfluss auf die jungen Mediziner nehmen könnten. Anhand der sich ergebenden Interventionen könnten sich nun Ideen für Handlungsmöglichkeiten ergeben, basierend auf den unterschiedlichen Möglichkeiten und Ressourcen einer Region. Abschließend werden die Ergebnisse der angehenden Ärzte den Vorstellungen bereits vor Ort tätiger Ärzte und Entscheidungsträgern der Region Landkreis Vechta (und Umgebung) gegenübergestellt. Haben sich die Wünsche der Mediziner in der aktuellen Generation verändert; haben verschiedene Punkte womöglich generationsübergreifend einen Stellenwert? Auch in diesem Punkt erfährt die Analyse der Befragungsdaten eine Einschränkung, indem die bereits praktizierende Ärzte und Entscheidungsträger im Landkreis Vechta (und Umgebung) als Beispielregion des ländlichen Raumes befragt wurden. Diese Daten müssen insbesondere hier hinsichtlich der regionalen Gültigkeit und dem notwendigen Abstand als Beispielregion gesehen werden.

2.2 Ärztliche Versorgungssituation in Deutschland

Zunächst gilt es zu analysieren, wie die Bundesrepublik Deutschland generell mit Ärzten versorgt ist und wo sich Engpässe ergeben. Deutschland sei mit einer ärztlichen Versorgung

der Bevölkerung von 3,89 Ärzten pro 1.000 Einwohner im Jahr 2012 gut aufgestellt, so laut World Health Organisation (WHO) auch im Ländervergleich^[119]. Ebenfalls positiv habe sich die Anzahl der Ärzte in Deutschland seit 1991 von 2,76 je 1.000 Einwohner auf 4,05 je 1.000 Einwohner im Jahr 2013 entwickelt^[88]. Bestätigt wird dies durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV), der 2013 mitteilte, dass die Zahl der Ärzte, die im ambulanten Sektor tätig sind, einen neuen Höchststand erreicht habe^[38]. Hieraus ließe sich schlussfolgern, dass der Mangel an ärztlichem Personal nicht ausschließlich die Folge einer zu geringen absoluten Anzahl an Medizinern sein kann, sondern auch ein Verteilungsproblem zu sein scheint. So stünden laut GKV-SV für einen steigenden Bedarf an Medizinern zu wenige neu approbierte Ärztinnen und Ärzte in einigen Regionen Deutschlands zur Verfügung, wohingegen städtische Regionen zumeist eine Überversorgung mit Ärzten zeigten^[38].

Als Nächstes soll die Verteilung der Hausärzte in Deutschland näher beleuchtet werden. Unter dem Begriff Hausarzt werden alle Ärzte zusammengefasst, die in der Grundversorgung tätig sind. Das Sozialgesetzbuch Buch V §73 Absatz 1a definiert folgende Gruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (Stand 2017)^[18]:

- Allgemeinärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
- Kinderärzte
- Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 12 in das Arztregister eingetragen sind
- Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben

Die Kinderärzte werden bei den Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nicht mit eingerechnet, nehmen per definitionem aber an der hausärztlichen Versorgung teil. Das Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten soll laut Bedarfsplanungs-Richtlinie Abschnitt 9 60% zu 40% betragen; laut Kopetsch habe dieser Stand 1991 existiert. Seitdem habe der Anteil der Fachärzte zugenommen über 52,4% im Jahr 2009^[67] und sei weiter angestiegen auf 62,6% im Jahr 2015. Demgegenüber stehe der Anteil von Hausärzten mit 37,4% an der Gesamtzahl der Ärzte. Damit habe sich das angestrebte Verhältnis mehr als umgekehrt^[63]. Erschwerend komme hinzu, dass sich auch die absolute Zahl an Hausärzten von 57.631 im Jahre 2009^[67] auf 54.094 im Jahr 2015 verringert habe. Dies entspreche einer

Differenz von 3.537 Hausärzten und somit einem Anteil von ca. 6%. In Zukunft sei aufgrund der Altersstruktur wahrscheinlich, dass sich in den nächsten zehn Jahren – abhängig vom Bundesland – 38 % bis 48 % der tätigen Hausärzte zur Ruhe setzen werden^[67].

2.3 Bedarfsplanung

Ein erstes Problem der Diskussionsgrundlage scheint sich in der Methodik für die Bedarfsplanung zu ergeben. So nutzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Grundlage eine Versorgungsdichte von 110%, d.h. die maximal gestattete Anzahl an hausärztlichen Praxen in allen Versorgungsgebieten; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) demgegenüber orientiert sich an einer optimalen hausärztlichen Versorgungsdichte von 100%^[94]. Um einen optimalen hausärztlichen Versorgungsgrad von 100% in allen Planungsbereichen Deutschlands sicherzustellen, würden heute 974 Hausärzte benötigt. Dem gegenüber stünden laut GKV-Spitzenverband 2.162 Hausärzte, die in den sogenannten überversorgten Gebieten zu viel zugelassen sind. Um eine Versorgungsdichte von 110% zu erreichen, habe die KBV einen Bedarf von 2.600 Hausärzten errechnet^[94]. Die fachärztliche Versorgung stelle sich in ländlichen Bereichen ebenfalls schwierig dar: beispielsweise kämen auf einen Frauenarzt 3.733 Einwohner in der Großstadt, auf dem Land seien dies 6.037^[1]. Dieses Problem zeige sich auch bei den anderen Facharztgruppen im Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung mit zum Teil deutlich abweichenden Verhältniszahlen. Bei den Fachärzten werde diese regionale Fehlverteilung auch mit der Mitversorgung von ländlichen Räumen durch in der Großstadt praktizierende Fachärzte legitimiert^[1]. Die Versorgungsplanung wird letztendlich nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung übernommen nach §99 SGB V^[18]. So wurde 2010 ein Versorgungsgrad mit Hausärzten (ohne Kinderärzten) von 108% durch die KBV berechnet, der eine Bedarfsplanung von 100% sogar überschreitet. Im Detail zeige Sachsen-Anhalt als Beispiel mit 93% eine Unterdeckung, die höchsten Überschreitungen dagegen fänden sich im Saarland (110,9%), der KV Nordrhein (111,2%) und Bayern (112%)^[65]. Demgegenüber ständen 52 Mittelbereiche, die als drohend unterversorgt bewertet werden würden. Im Vergleich zur Überversorgung ist eine Unterversorgung von Planungsbereichen nicht durch eine Abweichung des allgemeinen Versorgungsgrades von über 10 Prozent definiert. Die Unterversorgung wird im §29 der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit einer Unterschreitung der hausärztlichen Versorgung von mehr als 25 Prozent und der fachärztlichen Deckung von mehr als 50 Prozent festgelegt^[37]. Besonders ostdeutsche Bezirke seien laut

Kopetsch und Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von der Unterversorgung überproportional häufiger betroffen^[67, 104]. Es scheint somit nicht nur ein Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Regionen in der hausärztlichen Versorgung zu bestehen, sondern auch zwischen den Bundesländern in Deutschland.

2.4 Demografischer Wandel

Das Defizit an Medizinerinnen in der Gesundheitsversorgung Deutschlands scheint noch weiter durch die demographisch stets weiter alternde Gesellschaft bei bereits bestehender inverser Bevölkerungspyramide verstärkt zu werden. So wird in einer Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ein Anstieg des Anteils an Personen ab 65 Jahren von 21% im Jahr 2013 auf 32% bzw. 33% - je nach Zuwanderung - im Jahr 2060 prognostiziert. Zudem würden 2060 fast doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden^[93]. Eine Ursache dafür sei, dass die geburtenstarken Jahrgänge in einigen Jahren das Alter erreichen, in dem sie zunehmend als Patienten am Gesundheitssystem teilnehmen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass das Durchschnittsalter der Vertragsärzte in Deutschland bei 53,7 Jahren und das der Krankenhausärzte bei 41,4 Jahren liege^[16]. Laut dieser Zahlen wird ein großer Anteil der praktizierenden Ärzte, der zu diesen Jahrgängen gehört, in den nächsten 15 bis 25 Jahren als Leistungserbringer aus der medizinischen Versorgung aussteigen.

Dieses könnte noch weitreichendere Konsequenzen haben, denn in der Medizin müsste möglicherweise der geriatrische Bereich an Bedeutung zunehmen. In Zeiten, in denen die individualisierte Medizin einen hohen Stellenwert hat, wächst auch die Komplexität der Therapie und Behandlungsmöglichkeiten. Demgegenüber jedoch dürfte vermutlich eine Knappheit an personellen Ressourcen des Gesundheitssystems stehen. Durch einen höheren Anteil an älteren Menschen in der Gesellschaft, die auch zunehmend ein höheres Lebensalter erreichen^[93], muss sich womöglich nicht nur die kurative Medizin, sondern auch die geriatrische und palliative Medizin neuen Herausforderungen stellen. Neben der Versorgung von chronischen Erkrankungen mache die häufig begleitende Multimorbidität oft eine Konsultation von verschiedenen Fachärzten nötig und bringe häufigere Arztbesuche mit sich^[67, 103]. Durch die Zunahmen chronischer Erkrankungen werde das Gesundheitssystem vermehrt belastet^[3, 9], denn diese Erkrankungen würden eine meist dauerhaft notwendige Betreuung mit sich bringen. Die Demenz als Beispiel einer solchen Erkrankung werde laut Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung von 2007 bis 2050 um 144% zunehmen^[9]. Auch dieses Problem könnte weiter dadurch verschärft werden, dass nicht nur die Zahl dieser

Patientengruppe und die häufigeren Arztkonsultationen zunehmen, sondern auch die Anzahl der tätigen Ärzte in diesen Bereichen dafür nicht genügend anwächst.

Die genannten Punkte lassen sich zu zwei Thesen zusammenfassen, die in der Fachliteratur diskutiert werden: Erstens zu einer Morbiditätsexpansions- bzw. Medikalisierungsthese, deren Erstbeschreiber Gruenberg ist^[44]. Diese besagt, dass die gewonnenen Lebensjahre vermehrt in Krankheit verbracht werden würden. Damit wachse auch die Zahl der Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, und die Kosten der Behandlung durch vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems stiegen. Dies treffe vor allem für die unteren sozialen Schichten der Bevölkerung zu. Als zweite These steht im Vergleich dazu die Morbiditätskompressionsthese, die insbesondere die oberen und mittleren Bevölkerungsschichten betreffe. Diese sagt aus, dass eine ausgeprägte Multimorbidität erst in einem immer höher werdenden Lebensalter für eine kurze Zeit bestehe. Diese Zeit der Krankheit könne durch die moderne Medizin immer weiter verkürzt werden. Als ihr Begründer gilt James F. Fries^[35]. In einigen Arbeiten wird davon ausgegangen, dass so Kosten des Gesundheitssystems eingespart werden können^[102]. Eine intensive Betreuung aller Patienten mit ausreichend Behandlern ist in beiden Modellen Voraussetzung für eine morbiditätsadaptierte Versorgung.

2.5 Generationenwandel und Lebenskonzepte

In letzten 60 bis 70 Jahren wurden Generationen geboren, denen je nach Geburtsjahresspanne verschiedene Eigenschaften und Handlungsweisen zugeschrieben werden.

Als erste vorzustellende Generation ist die sogenannte „Baby-Boom“ Generation von 1955 bis 1969 zu nennen. Sie wird unterschiedlich charakterisiert, häufig aber als liberal beschrieben. Sie stelle zumeist die Arbeit in den Vordergrund und sei karriereorientiert. Der Kollektivismus und Funktionalismus sei für die Generation wichtiger als Emotionalität^[89].

Die folgende „Generation X“ wird in Deutschland auch „Generation Golf“ genannt^[55] und ist zwischen 1965 und 1980 geboren. Sie habe weniger wirtschaftliche Sicherheit als die vorherige Generation und zeichne sich durch eine Lebensweise aus, die von Ehrgeiz und Individualismus geprägt sei^[49, 89]. Die Arbeit sei Zweckmittel zum Erreichen einer hohen Lebensqualität.

Die 1980 bis 1999 geborene „Generation Y“ unterscheide sich von den vorherigen Generationen durch ihre Nähe zur Technik und deren Integration auch in den Beruf^[78, 115, 118]. Sie stellten die Selbstverwirklichung, den Abwechslungsreichtum sowie die Sinnhaftigkeit der

Arbeit in den Vordergrund. Teamarbeit und eine Work-Life Balance seien ebenfalls kennzeichnend für die so genannten „Millenials“^[15, 53].

Als jüngste Generation stellt sich die „Generation Z“ vor, die noch nicht genau charakterisiert werden kann und auf die Generation Y folge. Sie zeichne sich durch Selbstbewusstsein und einen fließenden Übergang von Berufs- und Privatleben aus^[106, 109]. Scholz beschreibt in seinem Buch über die neue Generation ebenfalls deren Flexibilität und hohe Technologiekompetenz^[106]. Es finde ein Verschmelzen von Virtualität und Realität statt.

Durch den Wandel der Lebensweise und der Vorstellungen über die Generationen hinweg werden unter Umständen andere Forderungen an den Beruf und somit auch an die ärztliche Tätigkeit gerichtet. Es wird in der folgenden Analyse darauf eingegangen werden müssen, inwiefern die Generation angehender Mediziner einen anderen Stellenwert auf berufliche und standortbezogene Lebensaspekte legt, als die vorhergehenden, jetzt bereits tätigen Ärztinnen und Ärzte.

2.6 Maßnahmen zur Beseitigung der ärztlichen Fehlverteilung

Im Jahr 2013 ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten, die dem ärztlichen Verteilungsproblem und dem daraus resultierenden regionalen Ärztemangel entgegenwirken soll^[37]. So sollen neu zugelassene Niederlassungen in schlechter versorgte Regionen gelenkt werden, indem bestimmte Planungsbereiche für weitere Niederlassungen gesperrt werden. Eine Sperre erfolge, wenn die Versorgung in dem Planungsbereich die allgemeine Verhältniszahl von Arzt zu Einwohnerzahl um 10 Prozent überschreite^[37]. Auch eine stärkere Verschachtelung, d.h. Verkleinerung der Planungsbereiche und eine bundeseinheitliche Verhältniszahl (Arzt pro Einwohner) solle zur exakteren Feststellung von unterversorgten Regionen führen. Dabei werde sich vor allem auf die hausärztliche Versorgung fokussiert. Der „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung spricht sich für einen sogenannten Bedarfsindex aus, der neben der aktuellen Bedarfsplanung (welche die Altersstruktur und das Geschlecht umfasst), auch Morbiditätsfaktoren (Pflegebedürftigkeit, Mortalitätsrate) und sozioökonomische Faktoren (Arbeitslosenquote, Haushaltseinkommen) berücksichtige^[1].

Als weitergehende Maßnahme ist außerdem das Versorgungsstärkungsgesetz entworfen worden, das am 23.07.2015 in Kraft getreten ist^[24]. So sollen haus- oder fachärztliche Praxen in überversorgten Gebieten nicht neu besetzt werden, „um auch in Zukunft in weniger attraktiven Gebieten eine gute medizinische Versorgung erhalten zu können“^[24, 41]. Die

Erwartungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von bundesweit mehr als 3.000 Zulassungsmöglichkeiten für Hausärzte und 1.300 für Fachärzte durch die Richtlinie seien im Jahr 2014 nicht erreicht worden. Durch die neue Richtlinie habe sich die Zahl der Arztsitze auf allen vier Versorgungsebenen reduziert^[104]. Diese Ebenen seien laut G-BA im Detail folgende^[37]:

- die hausärztliche Versorgung
- die allgemeine fachärztliche Versorgung
- die spezialisierte fachärztliche Versorgung
- und die gesonderte fachärztliche Versorgung

Laut der Kassenärztlichen Vereinigungen hätten sich mit dem neuen Gesetz die Sollzahlen für Hausärzte (1.400 Sitze weniger, entsprechend 2,8%) und Fachärzte (1.800 Sitze weniger, entsprechend 5,2%) verringert. Daraus lasse sich schließen, dass die ärztliche Versorgung ambulant in Zukunft mit einer geringeren Gesamtzahl an Ärzten als heute bewältigt werden solle^[1, 104]. Laut Bertelsmann Stiftung werde die geplante Ärztedichte durch die neue Planungsrichtlinie verbessert; die Zahl der Regionen mit einem ausgewogenen Verhältnis der Hausarzttdichte zu relativem Versorgungsbedarf nehme demnach zu^[1]. Bei Fachärzten sei eine höhere Ärztedichte vorgesehen mit der Begründung, dass sie in Ballungsräumen auch die Umgebung mitversorgen könnten. Durch die größere Anzahl vorgesehener Fachärzte in Ballungsräumen ändere sich deren Stadt/Land Verteilung somit wenig. Beispielsweise werden in der Bedarfsplanung unter anderem die Kinderärzte zu den Fachärzten gerechnet, die laut SGB V eigentlich an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen^[18]. Aktuell und geplant seien auch deshalb ein Drittel der Praxen von Kinderärzten in Großstädten zu finden, wohingegen dort nur etwa ein Viertel aller Kinder lebe^[1].

Aufgrund der persistierenden städtischen Überversorgung mit ärztlichem Personal drängt sich die Frage auf, welche Gründe vorhanden sein könnten, wegen derer sich Ärztinnen und Ärzte eher für städtische Regionen als für ländliche entscheiden. Darüber hinaus muss gefragt werden, ob attraktive Interventionsmöglichkeiten existieren, mit denen unterversorgte Regionen Mediziner für sich gewinnen können. Wünschenswert seien mehr Kooperationen und Anstellungsmöglichkeiten^[40]. So fordert auch Johann-Magnus v. Stackelberg, im Jahr 2014 stellvertretender Vorsitzender des GKV-SV, einen zentralen Stellenwert der hausärztlichen Basisversorgung in der Ausbildung an Hochschulen mit weniger Fokus auf Spezialistentum^[39].

In welcher konkreten Form diese Vorschläge aber realisiert werden, und ob sie zu einer Umverteilung beitragen könnten, bleibt unbeantwortet.

2.7 Situation in anderen Ländern

Die Darstellung der Situation anderer Länder zu dieser Thematik muss hinsichtlich sich unterscheidender Gesundheitssysteme und weiterer Faktoren betrachtet werden. Eine direkte Übertragbarkeit bzw. Vergleichbarkeit mit Deutschland und der hiesigen Situation ist nicht gegeben.

Die Problematik des Ärztemangels wird auch in den Vereinigten Staaten von Amerika mit Stimmen diskutiert, die Kreditsubventionen fordern, um die Verschuldung der Medizinstudierenden niedrig zu halten. Dort seien über 100.000\$ Schulden für das Studium und Studiengebühren keine Seltenheit^[42]. Die Unterstützung der jungen Mediziner könnte so weit gehen, dass medizinisch unterversorgte Gebiete einen höheren Anreiz durch ebensolche Subventionen geben könnten. Es wird gefordert, dass Regionen mit einem Mangel an ärztlichem Personal Teil der Diskussion über die Verschuldung in der medizinischen Ausbildung sein müssten. So sollen Anreize für die angehenden Mediziner mit regionalen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung in Einklang gebracht werden^[79]. Ein Report der Association of American Medical Colleges prognostiziert ein Defizit von 46.100 bis 90.400 Ärzten bis 2025. Ein Grund hierfür sei der vermehrte Zugang zur medizinischen Versorgung in den USA aufgrund des 2012 beschlossenen Affordable Care Act^[82].

In den USA wird eine ebenso düstere Prognose abgegeben wie in Deutschland durch das Statistische Bundesamt. Dies wird mit der Teilnahme der „Generation Baby-Boom“ in naher Zukunft am Gesundheitssystem begründet. So würden Menschen über 65 Jahre und älter in den USA bis 2030 mit 75 Millionen etwa ein Drittel der Bevölkerung der USA ausmachen. Darüber hinaus gehörten etwa 33% der Ärzte in den Vereinigten Staaten zur Generation „Baby-Boom“ und würden anfangen, sich im nächsten Jahrzehnt zur Ruhe zu setzen^[36]. Eine ähnliche Situation bestehe auch in Japan, wo die Anzahl an Ärzten pro Kopf weiterhin steige, aber das vorausgesagte Angebot den Bedarf der Gesundheitsversorgung in der alternden Gesellschaft nicht erfülle^[121].

Auch aus Dänemark wird berichtet, dass sich von 2010 bis 2013 die Anzahl an Allgemeinmedizinern in den wohlhabendsten Gesellschaften um 2,7% verringert habe, in sozial benachteiligten Gesellschaften signifikant um mehr als 6,3%. Dieser Mangel setze sich

voraussichtlich bis 2020 fort und die Versorgung verschlechtere sich weiter, wenn keine Interventionen initiiert werden, um die Anwerbung von Allgemeinmedizinern, auch in sozial benachteiligten Regionen, zu fördern^[68]. Laut einer Feldstudie von Li et al. unter 844 chinesischen Dorfärzten („village doctors“) habe sich auch in China ergeben, dass 51,3% der befragten Ärzte mindestens 50 Jahre alt seien. Die große Mehrzahl dieser Ärzte, nämlich 92,3%, hätten sich dagegen ausgesprochen, dass ihre Kinder denselben Beruf ausüben. Hauptgründe hierfür seien das niedrige Gehalt sowie ein Mangel an sozialer Sicherheit^[77]. Auch wenn sich diese Ergebnisse nicht vollständig auf Deutschland übertragen lassen, so bleibt doch zu diskutieren, inwieweit auch diese Gründe für Unzufriedenheit am Beruf hier bestehen. Aus dem Genannten sei deshalb lediglich zu entnehmen, dass auch andere Länder vor einem Mangel an ärztlichem Personal, vor allem an Hausärzten, stehen; sei er absolut, ein Verteilungsproblem oder eine Kombination aus Beidem.

3 Material und Methoden

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zur Thematik des Versorgungsproblems im Gesundheitssystem wurde über PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>), dem Gemeinsamen Bibliotheksverbund (GBV), WorldCat (Online Computer Library Center), den öffentlich zugänglichen Bibliothekskatalogen (OPAC) der Universitätsbibliotheken und Ausleihe der Volltexte vor Ort oder via Fernleihe durchgeführt. Ebenfalls wurden Internetauftritte und Publikationen von Stiftungen und Vereinigungen (BertelsmannStiftung, KBV, etc.) und diverse lokale und nationale Zeitungen bzw. (Fach-) Zeitschriften („Deutsches Ärzteblatt“, „ÄrzteZeitung“, „Oldenburgische Volkszeitung“, „Die Zeit“, etc.) nach zur Thematik passenden Artikeln, Studien und anderen Veröffentlichungen durchsucht. Hierbei wurde auch nach bereits existierende Erhebungen von Medizinstudierenden gefiltert und sowohl deren Daten als auch Herangehensweise an die Thematik betrachtet. Weitere Recherchen konzentrierten sich auf die Ist-Situation der ärztlichen Versorgung in Deutschland und international, als auch auf geplante oder umgesetzte medizinische Werbungprogramme. Für die Recherche und Zusammenstellung dieser Literatur kam das Programm Citavi in der Version 5.2.0.8 (Swiss Academic Software GmbH) zum Einsatz.

3.2 Zusammenstellung des Fragebogens

3.2.1 Befragungsplanung von Studierenden

Einige Fragenitems des Fragebogens wurde mit stärkerem Fokus auf eine ländliche Region konzipiert (z.B. Stallgeruch, große Entfernungen, wenig öffentliche Verkehrsmittel), um die Attraktivität oder Unattraktivität von Eigenschaften und Faktoren einer ländlichen Region zu bestimmen. Die Themen der Fragenitems entstanden aus der Idee, was Mediziner explizit dazu bewegen könnte, sich für eine ländliche Region zu entscheiden. Sie sind jedoch nicht validiert. Schon früh in der Zusammenstellung war von Interesse, inwieweit auch personenbezogene Faktoren und der Kontakt zum ländlichen Raum eine Rolle spielen. Die Befragung soll eine Erhebung von Interessen einer Gruppe junger Mediziner sein, unter anderem auch für vorgegebene Interventionsmöglichkeiten einer Region, ohne dabei einen deutschlandweiten Konsens abbilden zu wollen. Mit Festlegung der Fragestellung und Zielsetzung dieser Dissertation ergaben sich die folgenden Themen des Fragebogens:

- Aktuelle Situation der angehenden Mediziner zum Zeitpunkt der Befragung (persönliche Daten, Studienort, Angebote vor Ort)
- Erfassen der Erwartungen an den Arztberuf
- Interesse an bestimmten Fachrichtungen, Attraktivität des Tätigkeitsortes (Niederlassung, Klinik, etc.)
- Einschätzungen der Person zum erwarteten Beruf und Arbeitsumfeld
- Bewertungen von positiven sowie negativen Standortfaktoren von ländlichen versus städtischen Regionen
- Gewünschte Informationsangebote und aktive Hilfestellungen einer werbenden Region
- Einschätzung der Attraktivität einer Niederlassung; werbende und störende Faktoren im sozialen Bereich
- Wünsche an den idealen späteren Wohn- und Arbeitsort

Der vorläufige Beta-Befragungsbogen wurde als Vorstudie an $n=24$ Studierende der Medizin, der Gesundheitswissenschaften, sowie Vertretern nichtmedizinischer Berufsgruppen auf Verständlichkeit, Einfachheit und Leichtigkeit beim Ausfüllen getestet. Des Weiteren wurde vor Start der offiziellen Befragung eruiert, ob noch wichtige Fragen zur Berufswahl und zum zukünftigen Lebensort fehlen würden (diese wurden ergänzt).

Mit Abschließen der ersten Testphase wurde der Fragebogen in dem Tool Social Science Survey (SoSciSurvey, <http://www.soscisurvey.de/>) erstellt und erneut auf leichte Handhabung und Online-Barrierefreiheit geprüft.

Die Fragebögen der vor Ort tätigen Ärzte und Entscheidungsträger wurde anhand des Bogens für die Studierenden konzipiert, mit dem Ziel aufzudecken, ob zwischen den drei Gruppen größere Meinungsverschiedenheiten bestehen. Die vollständigen Befragungsbögen finden sich im Anhang (siehe Kapitel 12, Seite 156)

3.2.2 Befragungsplanung von Ärzten einer Beispielregion

Der Befragungsbogen der Ärzte (siehe Kapitel 12.4, Seite 169) wurde analog zu dem der Studierenden konzipiert. Hierbei wurde sich auf die Befragung in einer ländlich geprägten Testregion (Landkreis Vechta und Umgebung) konzentriert. Zunächst wurden auch hier allgemeine Daten erfasst (Fragen 1-10). Außerdem wurde ergänzt, inwieweit die ländliche Region auch die Heimatregion gewesen ist (Frage 6). Die bereits tätigen Ärzte sollten sich an standortbezogene und berufliche Aspekte erinnern, welche sie zu der Entscheidung bewegt

haben, in dem ländlichen Raum, speziell Vechta und Umgebung, als Arzt tätig zu sein (Frage 11). Ebenso sollten Gehalt (Frage 17) und Arbeitszeit (Frage 18) auf das zurückliegende erste Jahr als Assistenzarzt Bezug nehmen. Analog zu den Studierenden wurde der Stellenwert standortbezogener und berufliche Aspekte an einem Standort generell abgefragt. Daneben wurde auch die Ist-Situation der Ärzte erfasst (Frage 12), unter anderem standortbezogen (Frage 13-14) sowie auch die Fahrtzeit zum Arbeitsplatz (Frage 15), Tätigkeitsbereich (Frage 22) und Facharztweiterbildung (Fragen 19-21). Interventionsmöglichkeiten konnten sowohl auf die aktuelle Situation als auch die vergangene bezogen werden (Frage 24).

3.2.3 Befragungsplanung von Entscheidungsträgern einer Beispielregion

Im Befragungsbogen für die Entscheidungsträger (siehe Kapitel 12.5, ab Seite 184) der Region Vechta und Umgebung konnten diese bei allgemeinen Standortfaktoren (Frage 4) und Interventionsmöglichkeiten (Frage 14) eine Prognose über die Wünsche der jungen Mediziner abgeben. Zu den Interventionsmöglichkeiten wurden in einer separaten Frage auch bereits umgesetzte Hilfestellungen der Region abgefragt (Frage 15). Neben allgemeinen Angaben (Fragen 1-3) konnten die Entscheidungsträger in den übrigen Fragestellungen Auskünfte zu den in ihrer Region vorhandenen Standortfaktoren (Fragen 5-7), Fahrtzeiten (Frage 8-9) und dem Bedarf an ärztlichem Personal (Fragen 11-13) bzw. Fachrichtungen (Frage 10) geben.

3.3 Methodik der Befragung

Die Beantwortung der Fragebögen konnte jederzeit von den Teilnehmern abgebrochen werden. Die unvollständigen Datensätze wurden nicht in die Auswertung aufgenommen oder verwendet. Allen Teilnehmern wurde angeboten, dass sie bei Interesse an den Ergebnissen der Studie ihren Namen und Email angeben konnten. Die freiwilligen Kontaktdaten der Teilnehmer wurden separat von den analysierten Daten erfasst und sind nicht für Dritte einsehbar. Es bestand zudem jederzeit die Möglichkeit, bei Fragen, Bedenken oder zwecks Widerruf der Teilnahme Kontakt zum Urheber aufzunehmen. Alle Daten wurden anonymisiert ausgewertet.

3.3.1 Befragungsablauf der Studierenden

Die Erhebung der Antworten von $n=1.063$ Medizinstudierenden in $n=36$ Universitätsstädten in unterschiedlichen Fachsemestern erfolgte über einen Fragebogen in zwei Befragungsrunden. Der Fragebogen wurde auf SoSciSurvey (<http://www.soscisurvey.de/>) freigeschaltet und der Weblink sowie Papierfragebögen verteilt. Die erste Befragungsrunde bestand aus $n=90$ Befragten von Mai bis August 2014, um zu überprüfen, wie die Medizinstudierenden am

effektivsten erreicht werden können. Nach einer Zwischenauswertung stellte sich heraus, dass viele Studierende über universitätsinterne Verteiler und vor allem online erreicht werden können. Somit wurde die Befragung verstärkt per Email-Verteiler der Universitäten an Medizinstudierende sowie in sozialen Netzwerken und via Aushängen an Mitteilungsmedien („Schwarzes Brett“, z.T. online) auf den Websites der Studiendekanate durchgeführt. Auf die Herausgabe in Papierform in Vorlesungen und in Studentenseminaren am St. Marienhospital Vechta wurde dennoch nicht gänzlich verzichtet. Die mit diesen Methoden durchgeführte zweite und längste Befragungsrunde erstreckte sich dann im Zeitraum von Oktober 2014 bis Anfang Mai 2015. Die so erreichten Universitäten sind in Kapitel 4.1 aufgeführt. Von einer Gesamtzahl von $n=1.879$ Klicks auf den Fragebogenlink (Mehrfachaufrufe wurden gezählt) haben $n=1.344$ Teilnehmer den Online-Fragebogen begonnen. Diese Zahl reduzierte sich durch Aussortierung der unvollständigen Teilnahmen auf $n=1.039$ Onlinefragebögen (98%). Es ergibt sich eine Rückläuferquote des Onlinebogens von angenähert 77,3%. Hinzu kommen $n=24$ inhaltsgleiche Fragebögen in Papierform (2%), die vollständig ausgefüllt zurückgegeben worden sind. Die Ergebnisse wurden nach händischer Prüfung in die Datentabelle der Onlineergebnisse ergänzt.

3.3.2 Befragungsablauf der Ärzte einer Beispielregion

Der Fragebogen für Ärzte wurde an Niedergelassene und in der Klinik tätige Ärzte überwiegend persönlich übergeben und zweitrangig an öffentlich zugängliche Email-Adressen der Praxen bzw. Kliniken verschickt. Hier wurde sich auf die Testregion Landkreis Vechta und Umgebung konzentriert. Die Gesamtzahl von $n=101$ Ärztinnen und Ärzten setzt sich aus $n=79$ ausgefüllten Fragebögen in Papierform und $n=22$ inhaltsgleichen Onlinefragebögen zusammen. Von $n=68$ Klicks auf den Fragebogenlink (Mehrfachaufrufe wurden gezählt) haben $n=32$ Teilnehmer den Fragebogen begonnen. Durch Aussortieren von unvollständigen Teilnahmen reduzierte sich diese Anzahl auf $n=22$ vollständige Datensätze. Die Rückläuferquote liegt demnach bei 68,8%. Von den verteilten $n=97$ Papierfragebögen sind $n=79$ vollständig zurückgekehrt. Dies ergibt eine Rückläuferquote von 81,4%. Die Befragung der Ärzte wurde als Beispiel für eine Region mit Orten und Städten mit Einwohnerzahlen <50.000 Einwohnern im Landkreis Vechta (und Umgebung) durchgeführt. Es wurden mindestens $n=62$ Klinikärzte und $n=34$ Niedergelassene erreicht, welche eine Angabe zu ihrem Tätigkeitsort gemacht haben, $n=5$ gaben keinen konkreten Tätigkeitsort an.

3.3.3 Befragungsablauf der Entscheidungsträger einer Beispielregion

Der Fragebogen für Bürgermeister bzw. Entscheidungsträger wurde nach vorherigem Gespräch mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern der Region Vechta und Umgebung und kurzer Vorstellung des Themas und des Zieles dieser Dissertation ebenfalls online beantwortet. Die Gesamtzahl setzt sich aus $n=16$ online ausgefüllten Fragebögen zusammen.

3.4 Statistische Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Jedem Teilnehmer der jeweiligen Befragungsgruppe (Studierende, Ärzte, Entscheidungsträger) wurden inhaltlich identische Fragebögen vorgelegt. Die Übertragung der Daten in Zahlenwerte wurde für die online ausgefüllten Bögen durch die Befragungssoftware vorgenommen. Hier gab es für jede mögliche Auswahl einen definierten Zahlenwert. Dasselbe System wurde für die digitale Übertragung der Papierbögen übernommen und beide Datensätze für die Auswertung zusammengeführt. Unvollständige Datensätze gingen nicht mit ein. Alle vollständig erhobenen Daten wurden in Microsoft Excel-Tabellenblättern in der Version 2016 (Microsoft, Redmond, USA) gespeichert und später mittels Pivot-Tabellen auf Plausibilität und Fehler überprüft. Zur Erstellung der Diagramme und Zeichnungen auf Basis der Pivot-Tabellen wurde das Programm GraphPad Prism in Version 7.0 (GraphPad Prism Inc., La Jolla, USA) verwendet.

Die prozentualen Angaben und Mittelwerte aller Diagramme, Tabellen und auch in Textform wurden auf die Anzahl der Teilnehmer bezogen, die eine Angabe zu dieser Frage gemacht haben. Alle Berechnungen wurden mit exakten Werten durchgeführt und ausschließlich im Endergebnis mathematisch auf die erste Nachkommastelle gerundet. Befragte, die keine Angabe zu einer Frage gemacht haben, gingen in der jeweiligen Teilfrage nicht mit in die Berechnung ein; sie sind in den Diagrammen und Tabellen nicht aufgeführt. Bei den Fragen 11 und 21 im Fragebogen der Studierenden (siehe Kapitel 12.3, Seiten 159 bzw. 165) wurde zur Verbesserung der Vergleichbarkeit die Skala von fünf auswählbaren Elementen auf die elf möglichen Auswahlelemente der übrigen Fragenkategorien umgerechnet. Die Mittelwerte beziehen sich, falls nicht anders erwähnt, auf eine maximal mögliche Punktzahl von zehn und einer minimal erreichbaren Punktzahl von null; ein Mittelwert zwischen 4,5 und 5,5 wurde bei der Interpretation als neutrale Bewertung eingestuft. Es sind in der Regel nur die Punkte aufgeführt, die einen signifikanten Unterschied zeigen, der definiert wurde als $p < 0,05$. Zur weiteren Analyse kam der t -Test mit vorangehendem Levene-Test zur Überprüfung auf Varianzgleichheit und mit dem Kolmogorow-Smirnow-Test zur Prüfung auf Normalverteilung

zum Einsatz. Die Zusammenstellung von Mittelwerten findet sich im Anhang (siehe Kapitel 12, Seiten 141-155). Die weitergehenden statistischen Analysen wurden mit dem Programm SPSS Statistical Software in Version 23.0 (SPSS GmbH, München, Deutschland) erstellt. Für die multivariate Analyse wurde nach vorhergehender Dimensionsreduktion auf zusammengefasste Faktoren eine lineare Regression durchgeführt. Die Darstellung der Ergebnisse mit anschließender Diskussion und Interpretation derselben wurde mit Microsoft Word in der Version 2016 (Microsoft, Redmond, USA) erstellt. Im Fließtext wird teilweise stellvertretend für beide Geschlechter die männlich flektierte Form von Bezeichnungen verwendet, um das Lesen nicht zu erschweren.

4 Ergebnisse

4.1 Allgemeines zur Befragungsgruppe „Studierende“

Zunächst soll auf allgemeine Daten zu dem befragten Kollektiv an Studierenden eingegangen werden. Diese werden im weiteren Verlauf verwendet, um Ergebnisse Subgruppen-spezifisch auszuwerten. Insgesamt wurden $n=305$ unvollständige Datensätze ausgeschlossen. Demgegenüber sind $n=1063$ Fragebögen in die Analyse eingegangen, von denen $n=1039$ online bearbeitet und $n=24$ auf Papier ausgefüllt worden sind.

Der Anteil von weiblichen Studierenden, die teilgenommen haben, überwiegt mit etwa drei Vierteln ($n=783$; 73,7%) den Anteil von männlichen mit etwas über einem Viertel ($n=280$; 26,3%).

Der Fragebogen erreichte Medizinstudierende in insgesamt $n=36$ Universitätsstädten (siehe nachfolgende Tabelle 1 in alphabetischer Reihenfolge):

- | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------|
| • Aachen | • Berlin | • Bochum |
| • Bonn | • Dresden | • Düsseldorf |
| • Erlangen | • Essen | • Frankfurt |
| • Freiburg | • Gießen | • Göttingen |
| • Graz (Österreich) | • Halle (Saale) | • Hamburg |
| • Hannover | • Heidelberg | • Homburg (Saar) |
| • Jena | • Kiel | • Köln |
| • Leipzig | • Lübeck | • Magdeburg |
| • Mainz | • Mannheim | • Marburg |
| • München | • Münster | • Oldenburg |
| • Regensburg | • Rostock | • Szeged (Ungarn) |
| • Ulm | • Wien (Österreich) | • Würzburg |

Tabelle 1: Erreichte Studienorte

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt spezifischer, dass rund die Hälfte der Studierenden - insgesamt 42,5% der Befragten - aus den Studienorten Marburg ($n=172$), Münster ($n=148$) und Bochum ($n=95$) kommt. Keine Angabe zum Studienort machten $n=86$ Studierende.

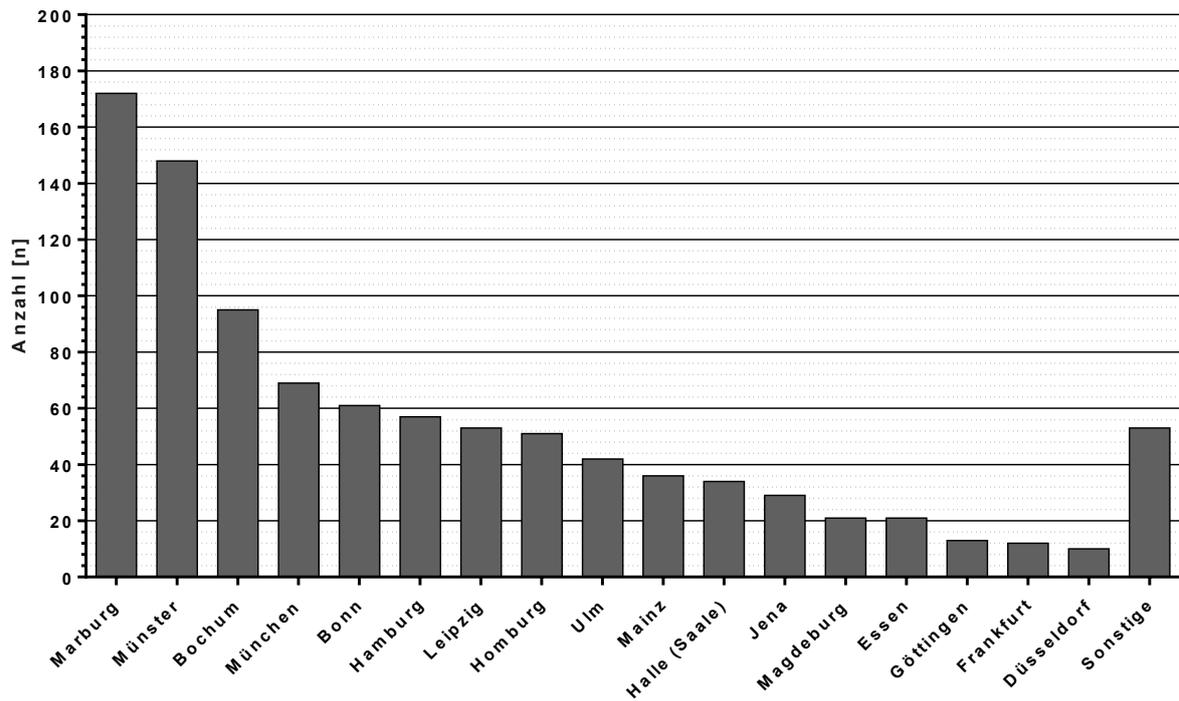


Abbildung 1: Studienort der befragten Studierenden ($n=977$)

Die Altersverteilung des befragten Kollektives wird in der nachfolgenden Abbildung 2 dargestellt. Sie zeigt auf, dass das Alter von 19 bis 24 Jahren mit 572 Personen (59,1%) über die Hälfte am Gesamten ausmacht. Die Spannweite beträgt 16 bis 49 Jahre. Das mittlere Alter liegt bei $24,0 \pm 3,8$ Jahren ($MW \pm SD$), der Altersmedian beträgt 23 Jahre. In der genannten Abbildung nicht aufgeführt sind 95 Befragte, die keine Angabe zu ihrem Alter gemacht haben.

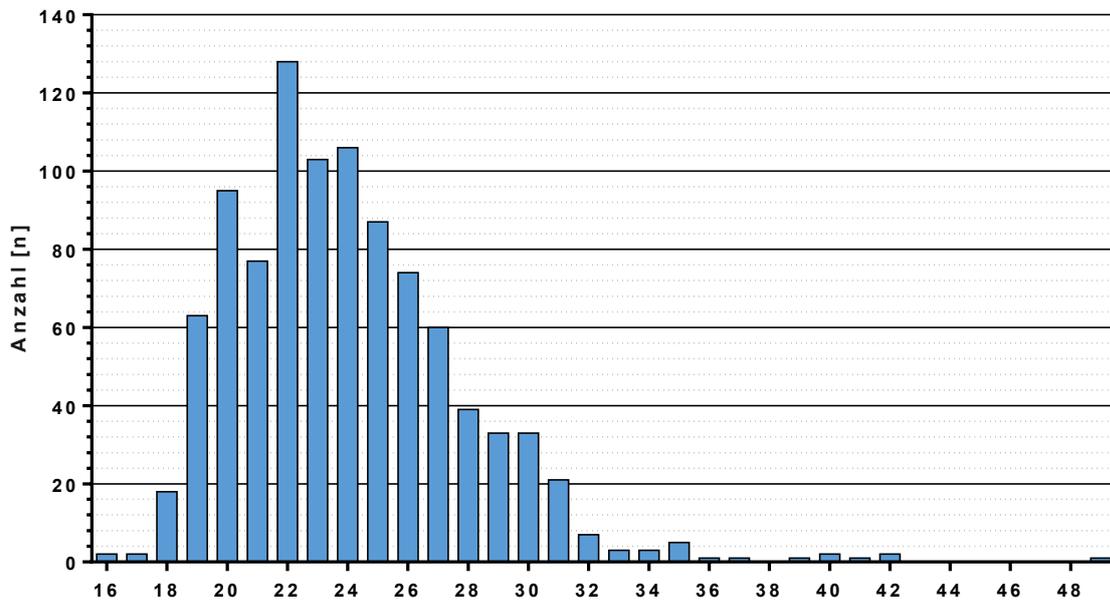


Abbildung 2: Altersverteilung der befragten Studierenden (n=968)

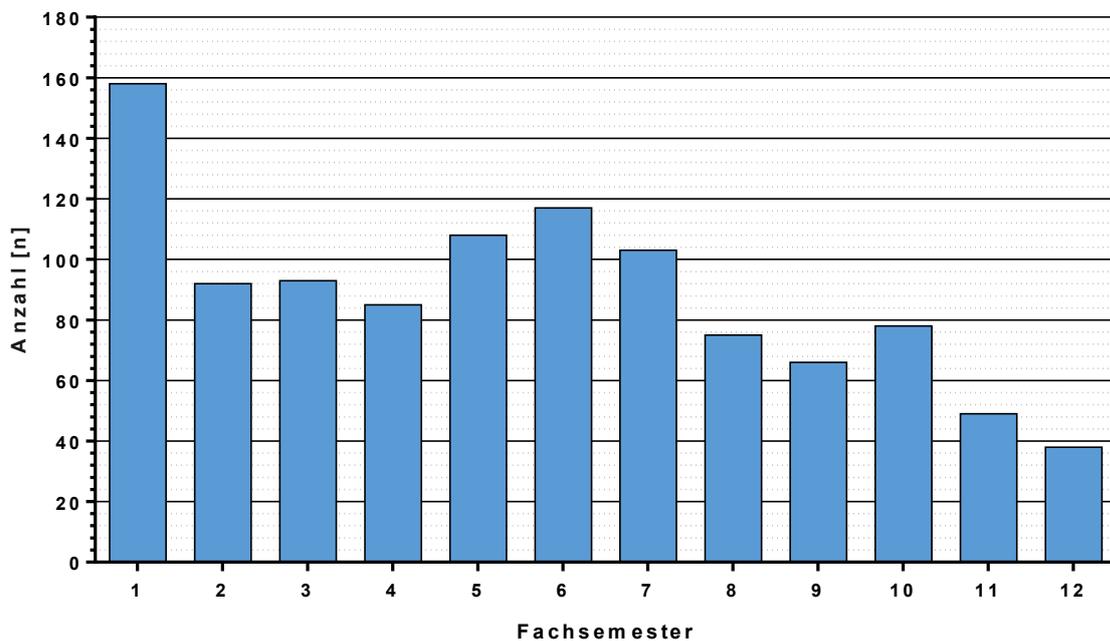


Abbildung 3: Fachsemester-Verteilung der befragten Studierenden (n=1.062)

Außerdem wurde erfragt, dass 31,1% der Studierenden vor dem Beginn des Medizinstudiums eine Ausbildung/Studium abgeschlossen haben. Zusätzlich konnte in einem nachfolgenden Freitextfeld die Bezeichnung der Vorausbildung bzw. des Studiums angegeben werden. Dort geben etwa ein Viertel ein Studium und drei Viertel Ausbildungsberufe an. Bei einer Vielzahl von unterschiedlichen Angaben fiel auf, dass gehäuft eine Ausbildung zum/zur Gesundheits-

und Krankenpfleger/in, Rettungsassistent/in und MTA abgeschlossen wurde. Bei den Studiengängen werden häufig Biologie oder Wirtschaftsstudiengänge angegeben. Praktika, Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst oder ein freiwilliges soziales Jahr wurden in diesem Fragebogen nicht als Vorausbildung gewertet.

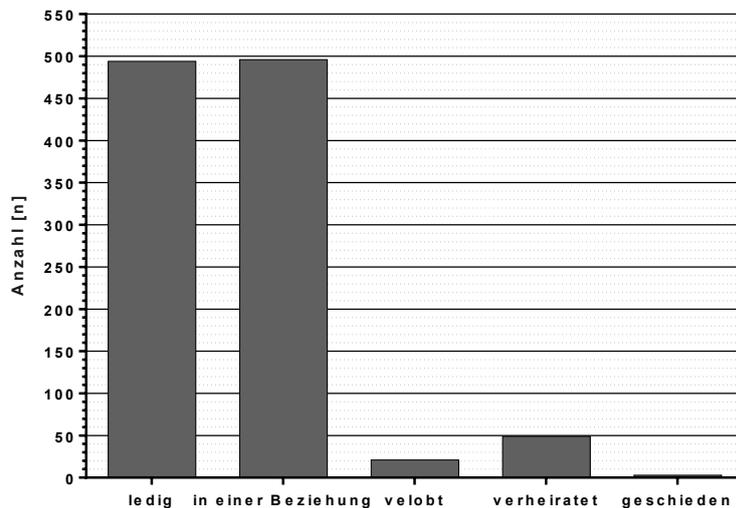


Abbildung 4: Familienstand der befragten Studierenden ($n=1.063$)

Abbildung 4 zeigt den Familienstand der befragten Studierenden. Es befinden sich etwas mehr als die Hälfte ($n=566$; 53,2%) in einer Partnerschaft (d.h. in einer Beziehung, verlobt oder verheiratet); der andere Teil ($n=497$; 46,8%) ist in keiner Partnerschaft (ledig oder geschieden). Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass geschiedene Studierende nicht bereits eine neue Beziehung haben, was bei $n=3$ Befragten jedoch nur gering ins Gewicht fällt.

Alle Studierenden wurden nach dem Herkunftsort befragt. Dieses ist in der Befragung der Ort, an dem sie aufgewachsen sind; dieser ist nicht zwingend gleichbedeutend mit dem Geburtsort. Abbildung 5 stellt die Herkunftsorte der Befragten abhängig von der Einwohnerzahl dar.

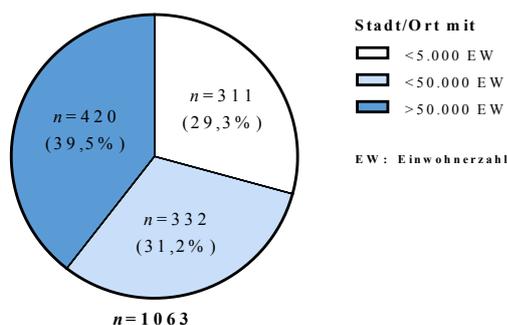


Abbildung 5: Herkunftsorte der Studierenden nach Einwohnerzahlen ($n=1.063$)

Insgesamt fällt eine relativ ausgeglichene Verteilung der Herkunft der Studienteilnehmer auf, wobei der 39,5% aus dem (groß-)städtischen Bereich ($n=420$) kommen, der definiert wurde als Einwohnerzahl >50.000 . Aus der ländlichen Gegend stammen 29,3% der Befragten ($n=311$). Der Übergangsbereich (<50.000 Einwohner) ist mit unter einem Drittel der Befragten ($n=332$; 31,2%) vertreten.

Von den Studierenden wurde weiter erfragt, wie groß der Herkunftsort ist, aus dem ihr Partner stammt. Hier zeigt sich, dass sich die Studierenden etwas häufiger einen Partner auswählen, der aus einer Region mit einer ähnlichen Einwohnerzahl kommt (siehe Tabelle 2). Die Gesamtzahl liegt bei $n=562$ Studierenden mit Partner, nicht mit aufgeführt sich $n=497$ Befragten ohne Partner.

eigene Herkunft	Herkunft Partner/in			gesamt
	Land <5.000 EW	Stadt <50.000 EW	Stadt >50.000 EW	
Land <5.000 EW	95	34	36	165
Stadt <50.000 EW	46	87	42	175
Stadt >50.000 EW	30	42	150	222
gesamt	171	163	228	562

Tabelle 2: Herkunftsort des Partners in Abhängigkeit vom Herkunftsort der befragten Studierenden ($n=562$)

56,9% der Studierenden vom Land (<5.000 EW) haben einen Partner, der auch vom Land kommt ($n=95$). Studierende aus der Stadt <50.000 EW haben zu 49,2% ($n=87$) einen Partner aus derselben Größenordnung einer Region, bei den Studierenden aus einer Stadt >50.000 EW sind es 67,6% ($n=150$).

Neben den bereits aufgeführten Punkten wurde die Entfernung der ehemaligen Schule von dem Studienort erfragt. Es konnte zwischen drei Auswahlmöglichkeiten gewählt werden:

- In demselben Bundesland (mit *km*-Angabe im Freitext)
- In einem anderen Bundesland (mit *km*-Angabe im Freitext)
- Im Ausland (ohne *km*-Angabe)

Hier stellte sich heraus, dass 47,6% ($n=506$) der Studierenden im selben Bundesland der ehemaligen Schule und ein ähnlich großer Anteil ($n=515$; 48,4%) demgegenüber in einem anderen Bundesland studiert. Die restlichen 4,0% ($n=42$) der Studierenden gingen im Ausland zur Schule.

Der Median der Entfernung von Schule und Studienort liegt bei 50 km, wenn diese im selben Bundesland liegen. Befindet sich der Studienort dagegen in einem anderen Bundesland, liegt der Median bei 288 km.

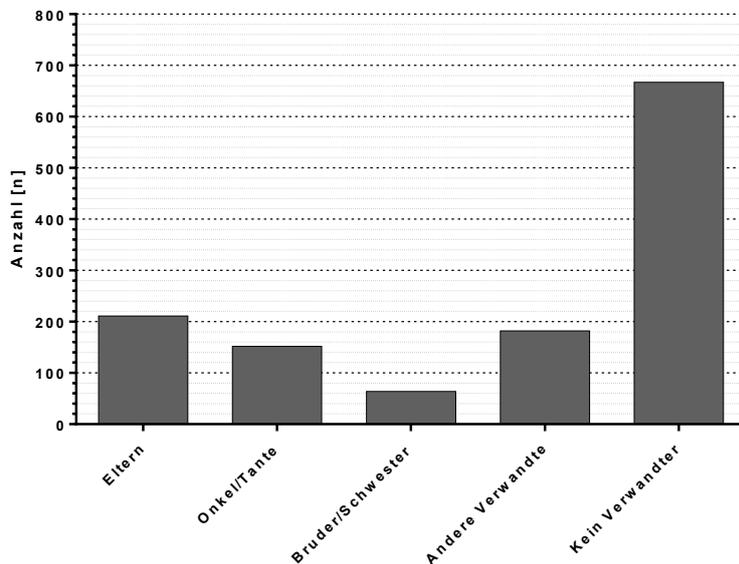


Abbildung 6: Angabe der befragten Studierenden zum Vorkommen von Ärztinnen/Ärzten in der Familie/Verwandtschaft ($n=1.063$)

Abbildung 6 stellt dar, ob in der Verwandtschaft der Studierenden Ärztinnen/Ärzte vorkommen. Hierbei stellt sich heraus, dass 62,7% ($n=667$) der Befragten - und somit knapp zwei Drittel von ihnen - keine Ärzte in der Verwandtschaft haben. Bei 19,8% ($n=211$) der Studierenden ist mindestens ein Elternteil Arzt. Die übrigen Befragten geben Onkel/Tante, Bruder/Schwester oder andere Verwandte als Arzt/Ärztin an. Hier war Mehrfachauswahl möglich.

4.2 Am aktuellen Wohnort vorhandene Standortfaktoren

Zuerst wurde die aktuelle Situation der Studierenden am Wohnort während des Studiums erfragt (Frage 12, Seite 160). Dazu wurde analysiert, welche Standortfaktoren laut Studierenden an deren Wohnort während des Studiums bereits vorhanden sind. Es wurde eine Vielzahl von Aspekten angeführt, die ein Standort oder eine Region bieten können. Dazu konnte im Fragebogen gewählt werden, ob die Faktoren jeweils zutreffen oder nicht.

Standortfaktor	zutreffend in [%]
Einkaufsmöglichkeiten	95,0
ÖPNV	93,9
Sport/Freizeitangebot	93,5
Grünanlagen	91,2
Schul-Angebote	90,3
Nähe zur Universität	85,7
KiTa-Angebote	85,8
Autofahrt zum Arbeitsplatz <30min	83,4
Karrieremöglichkeiten	82,4
Intakte Umwelt	80,2
Flüsse/Seen	80,0
Gleichberechtigung Frauen/Männer	76,6
Freunde in der Nähe	74,8
Kunst/Kultur	73,8
Familienfreundlichkeit/Gastfreundschaft	72,6
Reichlich gute Fahrradwege	67,2
Umweltschutz	57,7
Günstige Lebenshaltungskosten	51,6
Arbeitsplatz für Partner	48,0
Erneuerbare Energien	38,7
Günstige Grundstückspreise/Miete	37,5
Eltern in der Nähe	28,6
mit Partner zusammenwohnen	26,4
Geschwister in der Nähe	21,1
Eigenes Haus	10,7

ÖPNV: öffentlicher Personennahverkehr

Tabelle 3: Am aktuellen Wohnort der befragten Studierende vorhandene Standortfaktoren (n=1.047)

Die überwiegende Anzahl der Befragten gibt das Vorhandensein von Einkaufsmöglichkeiten (95,0%) und öffentlichen Verkehrsmitteln (93,9%) als zutreffend an. Auch sind laut Studierenden umweltbezogene Faktoren vorhanden, z.B. Grünanlagen (91,2%), Intakte Umwelt (80,2%), Flüsse/Seen (80,0%), u.v.m. Angebote für Kinder, d.h. Kindertagesstätten (85,8%) und Schulen (90,3%), sind ebenfalls gegeben.

Am Studienort finden sich bei etwas mehr als die Hälfte der Mediziner (51,6%) günstige Lebenshaltungskosten und bei 37,5% günstige Grundstückspreise und Mieten. Über ein Viertel (26,4%) wohnt bereits mit dem Partner zusammen. Mehr als die Hälfte der Studierenden ist in einer Partnerschaft (53,2%, siehe Kapitel 4.1, Abbildung 4). Dies bedeutet folglich, dass knapp die Hälfte von dieser Subgruppe während des Studiums mit ihrem Partner zusammenwohnt. Arbeitsmöglichkeiten für den Partner sind bei 48,0% der Befragten gegeben. Auch soziale Faktoren im engeren Sinn finden sich bei einem niedrigen Prozentsatz an Studierenden, darunter die Nähe zu Eltern (28,6%) oder Geschwistern (21,1%). Die geringste Anzahl der Befragten, aber noch 10,7%, besitzen ein eigenes Haus während des Studiums.

4.3 Allgemeine Standortfaktoren-Wünsche

Neben den bereits vorhandenen Standortfaktoren wurde zudem untersucht, welche Aspekte sich die Studierenden auch an einem potenziellen späteren Standort wünschen (Frage 11, Seite 159). Hierauf wird in den folgenden Kapiteln eingegangen. In diesem Kapitel wurden die zuvor behandelten Aspekte (Kapitel 4.2) hinsichtlich ihrer Attraktivität für einen zukünftigen Wohnort analysiert. Die Befragten konnten dazu angeben, für wie wichtig sie den einzelnen Faktor erachten, wenn sie sich für einen Standort entscheiden müssten. Die Skala reichte von unwichtig bis sehr wichtig und umfasste die Auswahlmöglichkeiten: „sehr wichtig“, „wichtig“, „neutral“, „eher unwichtig“ und „unwichtig“. Zugunsten der besseren Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit wurden die Auswahlmöglichkeiten „wichtig“ und „sehr wichtig“ sowie „eher unwichtig“ und „unwichtig“ zusammengefasst und ihr prozentualer Anteil am Gesamten aufgeführt. Die Summe der in Tabelle 4 aufgeführten Spalten und die dort nicht dargestellten, neutralen Antworten ergeben 100%. Die Gesamttabellen mit den Mittelwerten finden sich im Anhang (Kapitel 12.1, Seite 141).

Standortfaktor	(sehr) wichtig [%]	(eher) unwichtig [%]
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	88,5	3,4
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	87,0	3,5
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	86,9	2,4
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	86,7	3,3
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	86,0	4,2
Intakte, gesunde Umwelt	80,1	4,9
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	78,5	5,2
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	77,9	10,9
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	77,9	11,0
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	75,0	7,1
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	73,5	10,6
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	72,9	8,0
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	72,1	6,4
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	70,8	11,1
Flüsse und Seen	64,8	12,6
Umweltschutz/Naturschutz	54,2	15,7
Reichlich gute Fahrradwege	50,5	23,3
Günstige Grundstückspreise oder Miete	46,2	14,7
Günstige Lebenshaltungskosten	44,9	14,8
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	42,0	30,4
Eigenes Haus	41,6	28,7
Nähe zur Universität	35,7	44,8
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	34,1	35,4
Nutzung erneuerbarer Energien	32,5	29,6
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	24,2	46,5

Tabelle 4: Bewertung der zukünftigen Standortfaktoren der befragten Studierenden ($n=1.062$)

In Tabelle 4 ist erkennbar, dass der familiäre Aspekt im engeren Sinn für die Studierenden höchste Bedeutung hat, hierunter die Wichtigkeit eines Arbeitsplatzes für den Partner (88,4%) und das gemeinsame Zusammenleben (87,0%). Der Anteil an (eher) unwichtigen Bewertungen liegt unter vier Prozent. Es folgen Lebensumstände, die das Leben in einer Region angenehm machen, wie das unmittelbare Vorhandensein von Einkaufsmöglichkeiten, verfügbare Grünanlagen und das zügige Erreichen des Arbeitsplatzes (siehe auch Kapitel 4.10). Verfolgt man die Rangliste weiter, so erscheinen weitere familiäre Aspekte, wie die Angebote für Kinder, darunter Kitas und Schulen (jeweils 77,9%), aber auch umweltbezogenen Aspekte wie Grünanlagen (86,7%) und eine intakte, gesunde Umwelt (80,1%). Im Mittelfeld finden sich weitere Lebensumstände eines Standorts wie Flüsse und Seen (64,8%), Naturschutz (54,2%) und reichlich gute Fahrradwege (50,5%). Die unmittelbare Nähe des Wohnortes zu den

Geschwistern (24,2%) oder zu den Eltern (34,1%) hat keinen vorrangigen Stellenwert. Weiter finden sich eher spezielle Faktoren, wie die Nähe zur Universität (35,7%), die Nutzung erneuerbarer Energien (32,5%) und der Besitz eines eigenen Hauses (41,6%). Ein großer Anteil an neutralen Antworten fällt bei Faktoren mit geringerem Stellenwert und auch bei den Grundstückspreisen oder Lebenshaltungskosten auf.

Standortfaktor	(sehr) wichtig [%]	zutreffend [%]	Differenz [%]
Nähe zur Universität	35,7	85,7	-50,0
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	42,0	73,8	-31,9
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	73,5	93,5	-20,0
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	75,0	93,9	-18,9
Reichlich gute Fahrradwege	50,5	67,2	-16,7
Flüsse und Seen	64,8	80,0	-15,1
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	77,9	90,3	-12,4
Eigenes Haus	41,6	10,7	30,8
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	88,5	48,0	40,5
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	87,0	26,4	60,6

Tabelle 5: Differenz zwischen vorhandenen und zukünftigen Standortfaktoren ($n=1.062$)

In Tabelle 5 wird zwischen den gewünschten und bereits am Studienort vorhandenen Standortfaktoren aus Kapitel 4.1 und 4.2 differenziert. Dabei wird sich ausschließlich auf Faktoren mit einer großen ($>10\%$) Differenz konzentriert. Der generelle Stellenwert ist den Kapiteln zuvor zu entnehmen.

Betrachtet man die Differenz der Prozentsätze von (sehr) wichtig zu zutreffend, fallen am Ende der Tabelle drei Faktoren auf, die am aktuellen Wohnort während des Studiums bei einem großen Anteil nicht zu finden sind. Am zukünftigen Wohnort jedoch sind diese Faktoren (sehr) wichtig: 60,6% der Studierenden, die aktuell nicht mit dem Partner zusammenwohnen, empfindet es für die Zukunft als (sehr) wichtig. Für den Arbeitsplatz des Partners trifft dies bei 40,5% und für ein eigenes Haus bei 30,8% der Studierenden zu. Demgegenüber stehen im oberen Teil der Tabelle Faktoren, die am Wohnort während des Studiums vorhanden sind, am zukünftigen Ort jedoch einen weniger hohen Stellenwert haben. Allen voran geht die Nähe zur Universität (Differenz: 50,0%), gefolgt von Kunst und Kultur (Differenz: 31,9%) und Sport/Freizeitmöglichkeiten (Differenz: 20,0%). Das Thema öffentliche Verkehrsmittel ist für 18,9% der Studierenden trotz aktueller Verfügbarkeit in Zukunft nicht (sehr) wichtig. Bei reichlich guten Fahrradwegen ist dies bei 16,7% der Fall. Analog dazu ist solch eine Differenz

auch bei Flüssen und Seen (Differenz: 15,1%) und Schulangeboten für Kindern (Differenz: 12,4%) zu erkennen.

4.4 Pull-Faktoren am späteren Standort

Nachdem nun die allgemeinen Erwartungen an einen Standort bekannt sind, soll hier auf so genannte „Pull-Faktoren“ eingegangen werden. In dieser Fragenkategorie (Frage 13, Seite 161) wurden positive, also anziehende bzw. attraktive, Standortfaktoren aufgelistet, die die befragten Studierenden bewerten konnten. In dieser Fragenkategorie konnte jede Teilfrage mit Punkten von 0 bis 10 bewertet werden, wobei die Spannbreite von unwichtig (0 Punkte) bis sehr wichtig (10 Punkte) reichte. Für die bessere Vergleichbarkeit wurden die Punkte sechs bis zehn als „ausschlaggebend“ und die Punkte null bis vier als „unmaßgeblich“ zusammengefasst.

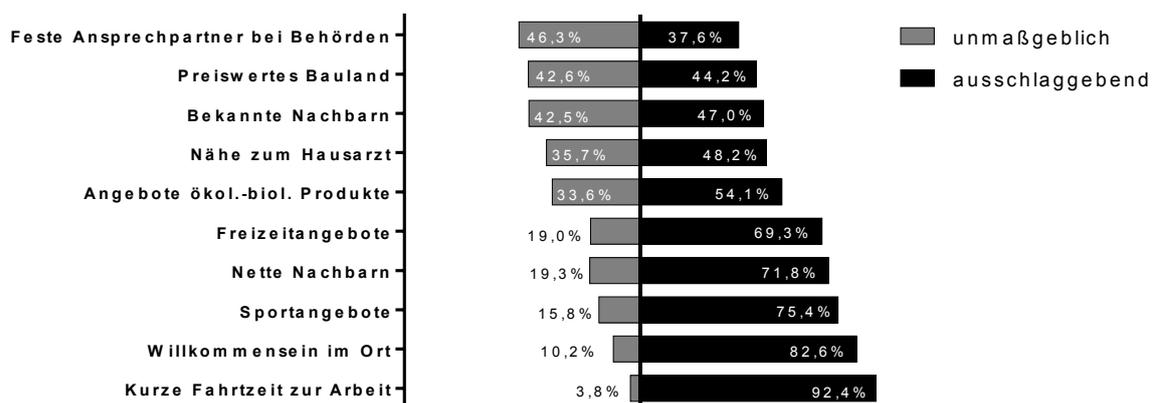


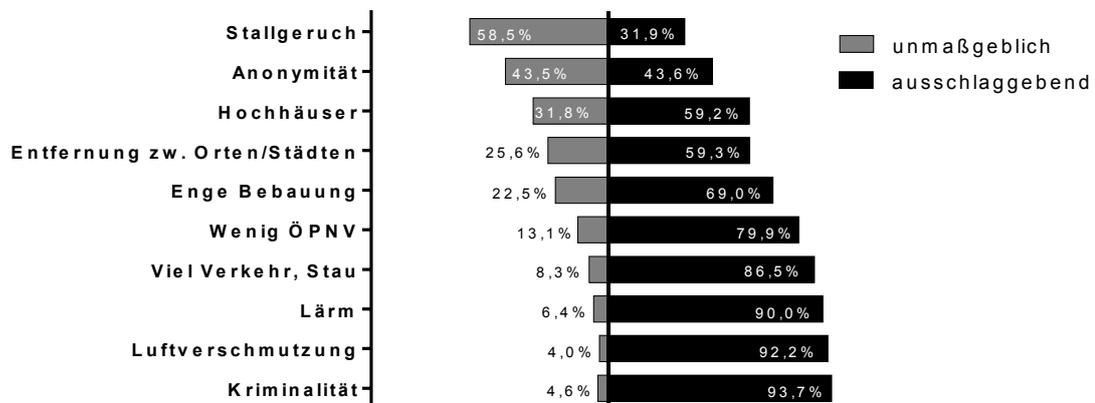
Abbildung 7: Attraktivität von Pull-Faktoren eines Wohnortes für die befragten Studierenden ($n=1.063$)

Abbildung 7 zeigt die Übersicht der Bewertung von Pull-Faktoren als ausschlaggebend oder unmaßgeblich auf die Wahl des späteren Arbeits-/Wohnortes. Aus allen Möglichkeiten erhält die kurze Fahrtzeit zum Arbeitsplatz die meisten Bewertungen als ausschlaggebend (92,4%) und die festen Ansprechpartner bei Behörden die meisten Bewertungen als unmaßgeblich (46,3%). Bei den dazwischen gelegenen Faktoren finden sich das Willkommensein im Ort (82,6%) und nette Nachbarn (71,8%), aber auch das Angebot einer Region an Möglichkeiten für Sport (75,4%) und Freizeit (69,3%) mit einer hohen Bewertung wieder. Etwa die Waage halten sich die Bewertungen als unmaßgeblich und ausschlaggebend bei bekannten Nachbarn (42,5% vs. 47,0%) und preiswertem Bauland (42,6% vs. 44,2%). Ausschließlich die festen Ansprechpartner bei Behörden erhalten mehr Bewertungen als unmaßgeblich als ausschlaggebend (46,3% vs. 37,6%). In dieser Abbildung nicht mit aufgeführt ist der Anteil der

Studierenden, welcher die neutrale Position gewählt hat. Dieser ergibt sich rechnerisch aus der bestehenden Differenz zum Gesamten.

4.5 Push-Faktoren am späteren Standort

Mit den behandelten Pull-Faktoren gehen auch sogenannte „Push-Faktoren“ einher. In dieser Fragenkategorie (Frage 14, Seite 162) wurden als Gegenpol zum vorherigen Kapitel negative Standortfaktoren aufgelistet, die die befragten Studierenden abstoßen könnten. Hohe Punktzahlen korrelieren hier mit einem hohen Störpotenzial. Es wurde gefragt, was die Studierenden an einem späteren Standort in welcher Intensität stören würde. Es konnte jede Teilfrage mit Punkten von 0 bis 10 bewertet werden, wobei die Spannweite von nicht störend (0 Punkte) bis sehr störend (10 Punkte) reichte. Für die bessere Vergleichbarkeit wurden die Punkte sechs bis zehn zum Bereich „ausschlaggebend“ und die Punkte null bis vier zum Bereich „unmaßgeblich“ zusammengefasst, mit umgekehrter Bedeutung im Vergleich zur Fragenkategorie „Pull-Faktoren“ (Kapitel 4.4).



ÖPNV: öffentlicher Personennahverkehr

Abbildung 8: Störpotenzial von Push-Faktoren eines Wohnortes für die befragten Studierenden (n=1.063)

Abbildung 8 zeigt eine Übersicht von der Bewertung der Push-Faktoren als ausschlaggebend oder unmaßgeblich. Aus allen Möglichkeiten erhält die Kriminalität die meisten Bewertungen als ausschlaggebend (93,7%) und der „Stallgeruch“ die meisten Bewertungen als unmaßgeblich (58,5%) bei der Wahl des späteren Arbeits-/Wohnortes. Infrastrukturelle Faktoren besitzen ebenfalls ein großes Störpotenzial, darunter eine geringe Verfügbarkeit vom öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV; 79,9%) und viel Verkehr mit Staus (86,5%); damit verbunden auch der Lärm (90,0%) und die Luftverschmutzung (92,2%). Eine große Entfernung zwischen Orten/Städten ist ebenfalls für die Mehrheit (59,3%) ausschlaggebend, sich gegen einen

Wohnort zu entscheiden, für ein Viertel (25,6%) jedoch unmaßgeblich hierfür. Eine enge Bebauung wird ebenfalls als störend empfunden (69,0%), bei Hochhäusern ist diese Gewichtung etwas abgeschwächt (59,2% vs. 31,8%) vorhanden. Bei der Einschätzung der Anonymität halten sich die beiden Punktekategorien die Waage (43,6% vs. 43,5%). Einzig der „Stallgeruch“ wird von einem überwiegenden Anteil der Befragten als ein unmaßgeblicher Einfluss auf der Wahl eines Wohnortes eingeschätzt. In dieser Abbildung nicht mit aufgeführt sind die neutralen Antworten; ihr Anteil ergibt sich aus der Differenz zum Gesamten.

4.6 Zukunftsplanung im Beruf

Neben den zuvor behandelten standortbezogenen Faktoren soll nun in den folgenden Kapiteln auf berufliche Aspekte eingegangen werden. Zunächst wurde analysiert, welche Zukunfts- und Karrierepläne die Studierenden haben (Frage 23, Seite 167). Es wurden einige Möglichkeiten aufgezeigt: nach der Weiterbildung in der Klinik dort auch tätig zu sein, oder sich niederzulassen. Daneben ist es auch möglich, an der Universität zu lehren, in die Forschung zu gehen oder im Ausland tätig zu sein. Es konnte aus sechs vorgegebenen Punkten ausgewählt werden, welcher Punkt am besten zu den momentanen Plänen passt. Davon war eines ein Freitextfeld für individuelle Vorgehensweisen. Mit Ausnahme der Tätigkeit im Ausland bezieht sich der Tätigkeitsort auf die Zeit nach der Facharztweiterbildung. Die nachfolgende Abbildung 9 veranschaulicht, wie sich die Studierenden auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche aufteilen.

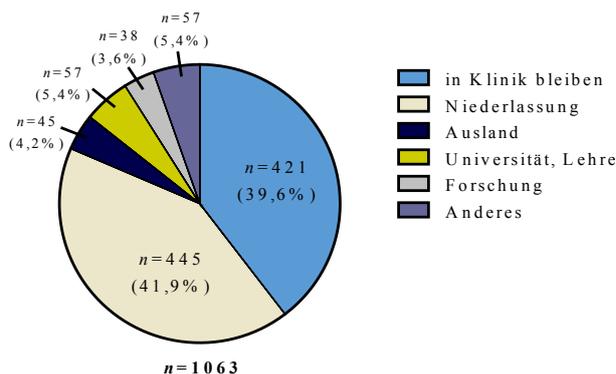


Abbildung 9: Angaben zum Plan nach der Weiterbildung der befragten Studierenden (n=1.063)

Etwa gleich viele Befragte wählen die Niederlassung (n=445; 41,9%) oder die Klinik (n=421; 39,6%) nach der Weiterbildung. Nur wenige können sich eine Tätigkeit an der Universität (n=57; 5,4%) oder in der Forschung (n=38; 3,6%) vorstellen. 4,2% der Befragten (n=45) möchten für ihre Facharztweiterbildung in das Ausland gehen. Freitextangaben machten 5,4% (n=57) der befragten Studierenden. Dort finden sich oft Kombinationen aus den vorgegebenen

Punkten, wie z.B. „Praxis im Ausland“, „Anstellung in Praxis oder MVZ“, „Klinik an Universität mit Forschung“, „Auslandserfahrung, dann zurück“, „Oberarztstelle, dann Niederlassung“, und andere.

In einer vorgeschalteten Fragestellung (Frage 20, Seite 164) konnten die Studierenden als Ergänzung zu ihrem konkreten Vorgehen angeben, welches Ansehen die medizinischen Tätigkeitsbereiche bei ihnen generell genießen. Hier konnte ein Bereich favorisiert werden oder alternativ mehrere Arbeitsorte mit hohen Punktzahlen bewertet werden. Ein großer Teil der Studierenden kann sich vorstellen, in einem Klinikum ($n=874$; 82,4%) oder in einer Niederlassung ($n=758$; 71,7%) zu arbeiten. Die Universität (Forschung, Lehre) ist für 34,1% ($n=359$) der Studierenden eine Option. Eine berufliche Zukunft in der Industrie bzw. Werbebranche ist für $n=7$ Befragte interessant. Angaben zu anderen Tätigkeiten waren freiwillig und mit einem Freitextfeld verbunden, welches $n=47$ Personen ausgefüllt haben. In Tabelle 6 sind diese Angaben kondensiert. Hervorzuheben sind aufgrund der häufigeren Nennung der Journalismus und ein politisches Engagement als mögliche Tätigkeitsfelder nach dem Studium. Im Freitext tauchen ebenfalls Berufe mit Beratungsfunktion, z.B. bei Unternehmen, Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs) oder mit einer Tätigkeit in der Lehre/Forschung auf.

Tätigkeit	Anzahl [n]
(medizinischer) Journalismus/Autorenschaft	13
Politisches Engagement/Diplomatie	9
Beratungstätigkeit (bei Unternehmen)	5
Sonstige	5
Lehre, Forschung	4
Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs), WHO	3
Notärztliche Tätigkeit	3
Tätigkeit bei Behörden/Ämtern	2
Hausfrau und Mutter	1
Krankenhausmanagement	1
Pharmaindustrie	1

Tabelle 6: Freitextangaben zur späteren Tätigkeit der befragten Studierenden ($n=47$)

4.7 Fachrichtungen

Die Studierenden wurden weiter zu ihrem Interesse für verschiedene Fachrichtungen befragt (Frage 19, Seite 164). Es wurde eine Auswahl an 17 zu bewertenden Fachrichtungen angeboten, sowie zusätzlich ein Freitext-Feld für weitere Angaben.

Die Fachrichtungen konnten jeweils von null bis zehn Punkten bewertet werden, wobei die Spannbreite von uninteressant (0 Punkte) bis sehr interessant (10 Punkte) reichte. Für die bessere Vergleichbarkeit wurden auch hier die Punktzahlen null bis vier sowie sechs bis zehn in den Tabellenspalten in Tabelle 7 zusammengefasst und der prozentuale Anteil am Gesamten angegeben. Die Differenz zum Gesamten ergibt den Anteil der neutralen Antworten.

Fachrichtung	(sehr) interessant [%]	(eher) uninteressant [%]
Notfallmedizin	65,0	27,0
Innere Medizin	60,1	29,1
Kardiologie	56,0	34,9
Anästhesie	54,3	36,6
Allgemeinmedizin	49,1	40,5
Kinderheilkunde	47,8	44,1
Unfallchirurgie/Orthopädie	40,0	51,7
Allgemein-/Viszeralchirurgie	39,4	52,2
Psychiatrie	34,8	58,6
Gastroenterologie	33,0	56,3
Gynäkologie	32,2	60,0
Pneumologie	31,1	58,1
Radiologie	31,1	61,4
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	20,9	71,0
Pathologie	18,1	76,4
Urologie	16,0	74,9

Tabelle 7: Bewertung der abgefragten Fachrichtung in Prozent der befragten Studierenden (n=1.054)

Die Notfallmedizin, hier als eigenes Fach gezählt, erhält von dem größten Anteil der Studierenden eine Bewertung als interessant (65,0%), gefolgt von der Inneren Medizin (60,1%), darunter besonders die Kardiologie (56,0%), und die Anästhesie (54,3%). Knapp die Hälfte bekundet ein Interesse an der Allgemeinmedizin (49,1%), die Platz 5 der hier abgefragten Fachrichtungen belegt. Am unteren Ende der Rangfolge sind Fachbereiche anzutreffen, wie die Urologie (16,0%), Pathologie (18,1%) und HNO (20,9%). Unter allen abgefragten Fachrichtungen besteht auch bei der niedrigsten Bewertung noch bei einem Sechstel der Befragten ein Interesse an dieser. Im Freitext geben viele Befragte (n=289) weitere

Fachrichtungen an. Die Neurochirurgie oder Neurologie sind als ansprechende Fachrichtungen häufig vertreten, ebenso die Rechtsmedizin, Dermatologie und Onkologie.

Teilt man die abgefragten Fächer in drei übergeordnete Gruppen ein (operativ, konservativ und Anästhesie/Notfallmedizin als eigenständige Gruppe), so ergibt sich folgende Tabelle 8:

Konservative Fächer

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Gastroenterologie
- Kinderheilkunde
- Kardiologie
- Psychiatrie
- Pneumologie
- Radiologie
- Pathologie

Operative Fächer

- Allgemein-/Viszeralchirurgie
- Unfallchirurgie/Orthopädie
- Gynäkologie
- Urologie
- HNO

Anästhesie/Notfallmedizin

Tabelle 8: Zuordnung der Fachrichtungen zu übergeordneten Kategorien

Die vergebenen Punktzahlen für die Fachrichtungen wurden in der jeweiligen Gruppe summiert und der Interessen-Mittelwert berechnet, der mit dazugehöriger Standardabweichung in Abbildung 10 aufgetragen ist (eine höhere Punktzahl geht mit einem größeren Interesse an der Fachrichtung einher).

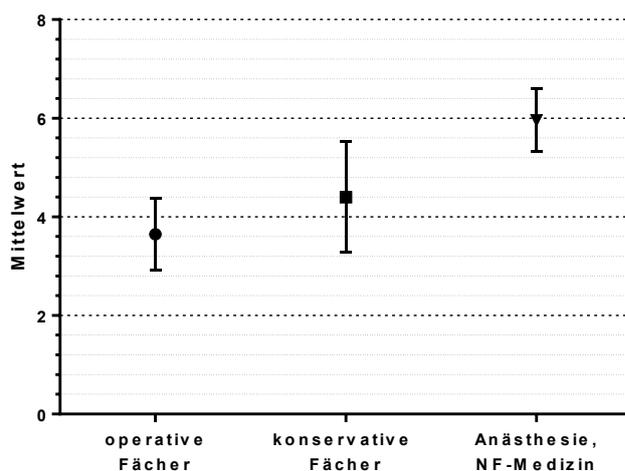


Abbildung 10: Interesse der Studierenden an Fachrichtungsgruppen

Es fällt auf, dass die Anästhesie und Notfallmedizin den größten Mittelwert mit $6,0 \pm 0,6$ Punkten von zehn möglichen besitzen. Die konservativen Fächer erreichen einen Mittelwert

von $4,4 \pm 1,1$ Punkten. Die operativen Fächer werden im Mittel mit einer Punktzahl von $3,6 \pm 0,7$ beurteilt. Generell besteht also an konservativen Fächer ein größeres Interesse als an den operativen. Die Anästhesie und Notfallmedizin erreichen Werte, die circa 50% über denen der operativen und konservativen Fächer liegen (Faktor 1,4 bzw. 1,7).

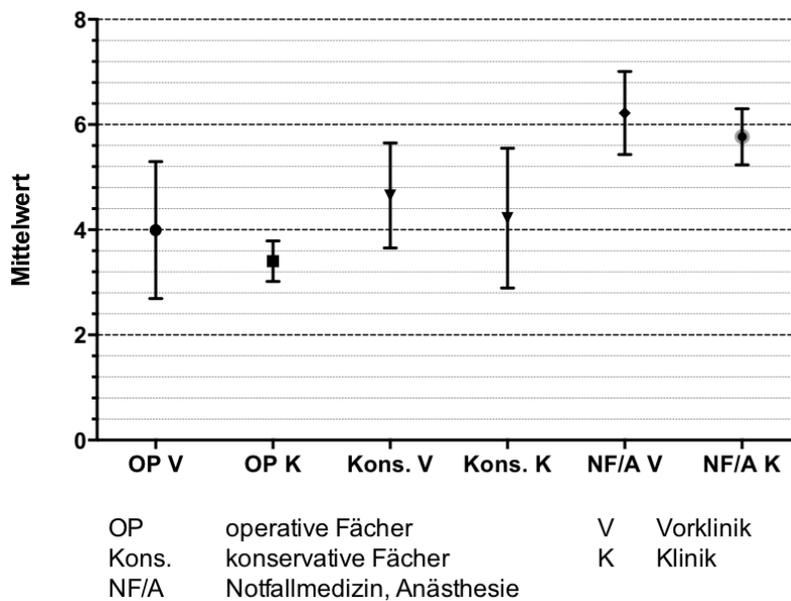


Abbildung 11: Interesse der Studierenden an Fachrichtungsgruppen, gegliedert nach Studienabschnitt

Das Interesse der Studierenden an den Fachrichtungsgruppen wurde außerdem getrennt nach Studienabschnitt berechnet, in dem sich die Befragten zum Befragungszeitpunkt befanden (siehe Abbildung 11). Die Vorklinik umfasst dabei die Semester 1 bis 4, und die Klinik die Semester 5 bis 12, also inklusive des Praktischen Jahres. Die Vorkliniker vergeben eine signifikant höhere Punktzahl für die operativen ($t(963,8)=5,4$; $p=0,000$) und konservativen Fachrichtungen ($t(1028,9)=4,3$; $p=0,000$) als auch für die Notfallmedizin/Anästhesie ($t(976,9)=2,6$; $p=0,009$). Vorklinische Studierende bewerten folglich alle Kategorien der Fachrichtungen signifikant besser.

Neben dem Fortschritt im Studium zeigt auch das Geschlecht Unterschiede in der Attraktivität einzelner Fachrichtungen. Hierfür sind in nachfolgender Tabelle 9 die geschlechtsspezifischen Mittelwerte (MW) mit dazugehöriger Standardabweichung (SD) dargestellt. Es wurde der t -Test verwendet und hierzu die Freiheitsgrade df sowie die Irrtumswahrscheinlichkeit p angegeben.

Fachrichtung	MW ± SD (männlich)	MW ± SD (weiblich)	t	df	p
Notfallmedizin	7,2 ± 3,0	6,2 ± 3,2	4,0	398	0,0000
Anästhesie	6,4 ± 2,9	5,4 ± 3,2	4,2	407,1	0,0000
Kardiologie	6,1 ± 2,9	5,4 ± 3,1	2,8	400,5	0,0050
Unfallchirurgie und Orthopädie	4,8 ± 3,3	4,1 ± 3,4	2,6	747	0,0090
Radiologie	4,1 ± 3,2	3,5 ± 3,1	2,4	747	0,0160
Urologie	3,1 ± 2,7	2,7 ± 2,5	2,2	343,2	0,0320
Kinderheilkunde	4,3 ± 3,2	5,2 ± 3,6	3,1	416,8	0,0020
Allgemeinmedizin	4,5 ± 3,2	5,0 ± 3,3	2,0	746	0,0440
Gynäkologie	1,9 ± 2,2	4,4 ± 3,4	11,8	552,2	0,0000

Tabelle 9: Attraktivität von ausgewählten Fachrichtungen abhängig vom Geschlecht (n=746)

Man kann erkennen, dass männliche Mediziner die Fächer Notfallmedizin, Anästhesie, Kardiologie, Unfallchirurgie/Orthopädie, Radiologie und Urologie signifikant attraktiver bewerten als Frauen. Dabei zeigt sich der absolute Unterschied in den beiden letztgenannten weniger deutlich ausgeprägt. Demgegenüber bewerten Frauen die Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin und Gynäkologie als signifikant attraktiver gegenüber ihren männlichen Kommilitonen

4.8 Prioritäten im Arztberuf

Nachdem nun das Interesse für Fachrichtungen bekannt ist, soll darauf eingegangen werden, was die angehenden Ärzte von dem späteren Beruf erwarten. Die Studierenden wurden hierzu gebeten, bestimmte Punkte zu bewerten, die einen angehenden Arzt teilweise im späteren Tätigkeitsbereich erwarten, und wie wichtig diese vorgegebenen Aspekte im späteren Berufsleben für sie sind (Frage 21, Seite 165)

Es waren fünf Antwortmöglichkeiten gegeben (unwichtig, eher unwichtig, unentschieden/neutral, wichtig, sehr wichtig). Für die bessere Vergleichbarkeit wurden die Möglichkeiten wichtig und sehr wichtig sowie eher unwichtig und unwichtig zusammengefasst und in folgenden Tabellenspalten aufgetragen. Die neutralen Bewertungen errechnen sich aus der Differenz zum Gesamten.

Beruflicher Faktor	(sehr) wichtig [%]	(eher) unwichtig [%]
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	99,2	0,3
Gute Work-Life-Balance	94,2	1,6
Gute Einarbeitung	94,7	0,7
Zeit für Familie	88,8	2,3
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	86,1	2,6
Kontakt zu Patienten	87,2	3,4
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	87,4	1,6
Verantwortung übernehmen	81,3	3,5
Selbstständigkeit	67,3	8,7
Hohes Gehalt	61,5	12,5
Betreuung von Patienten über lange Zeit	37,9	19,0
Promotionsmöglichkeiten	42,2	28,8
Chefarztkontakt durch Seminare	31,9	32,2
Therapiebegleitende Forschung	31,7	37,1
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	16,0	29,3

Tabelle 10: Stellenwert beruflicher Faktoren für die befragten Studierenden (n=1.062)

In Tabelle 10 wird deutlich, dass 99,2% der Studierenden großen Wert auf ein gutes Arbeitsklima unter Kollegen im späteren Beruf legen. Dazu gehört für sie auch eine gute Einarbeitung (94,7%). Ebenfalls einen hohen Stellenwert erhält die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (88,8% für die Zeit für die Familie) mit einem ansprechenden Verhältnis von Arbeit und Freizeit, welches durch eine gute Work-Life Balance wiedergespiegelt wird (94,2%). Für einen großen Teil der Studierenden (87,2%) darf der Kontakt zu Patienten nicht fehlen. Sie wünschen sich doppelt so häufig einen langen (31,6%) als kurzen Patientenkontakt (16,0%). Ein weiterer wichtiger Zweig in den beruflichen Prioritäten stellt die Weiterbildung dar (87,4%), die regelmäßig erfolgen sollte, besonders zum Erwerb der Facharzt- und Zusatzbezeichnungen (86,1%). Weniger Bedeutung hat für die Studierenden die Möglichkeit einer Promotion (42,2%), eine therapiebegleitende Forschung (31,7%) oder ein Kontakt zum Chefarzt durch Seminare (31,9%). In ihrer Tätigkeit als Ärztinnen und Ärzte möchte der größte Teil der Studierenden (81,3%) Verantwortung übernehmen und selbstständig sein (67,3%). Ein hohes Gehalt nimmt bei 61,5% der Befragten eine größere Bedeutung ein.

4.9 Gehalt und Arbeitsstunden

Neben den bereits bearbeiteten beruflichen Aspekten sollen auch die Gehaltsvorstellungen und die erwartete Arbeitszeitbelastung bei dem zukünftigen Berufseinstieg der angehenden Ärzte näher beleuchtet werden (Fragen 17-18, Seite 163). Die Zahlen beziehen sich auf ein Grundgehalt ohne zusätzliche Dienste. Es durfte eine Antwort ausgewählt werden.

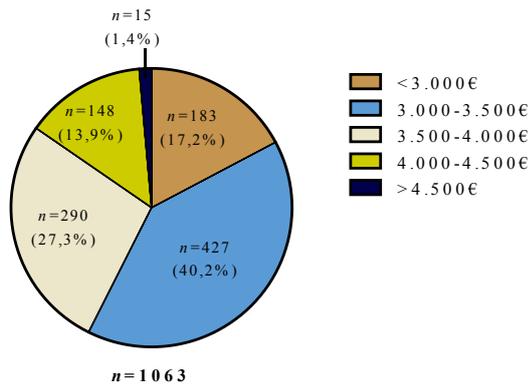


Abbildung 12: Gehaltsvorstellungen (Brutto) der Studierenden im ersten Assistenzarzt-Jahr

In Abbildung 12 ist zu erkennen, dass ein Bruttogehalt von 3.000€ bis 3.500€ von den meisten Befragungsteilnehmern ($n=427$; 40,2%) erwartet wird. Ein weiterer großer Teil ($n=290$; 27,3%) rechnet mit 3.500€ bis 4.000€. Eine Bezahlung von 4.000-4.500€ wünschen sich 13,9%, ein Gehalt darüber hinaus 1,4%. Einen Verdienst unter 3.000€ versprechen sich 17,2% der befragten Studierenden.

Außerdem wurde erfragt, wieviel Arbeitsstunden pro Woche die Studierenden in ihrem ersten Jahr als Assistenzarzt erwarten. Dieses stellt die folgende Abbildung 13 dar.

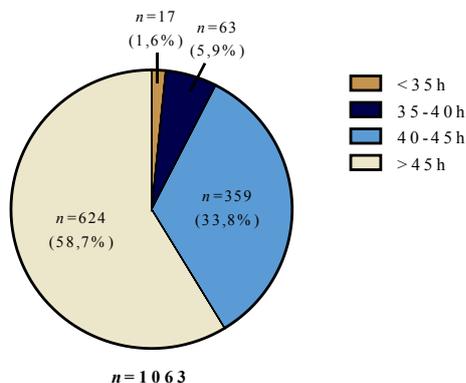


Abbildung 13: Vorstellung der befragten Studierenden von Arbeitsstunden pro Woche im ersten Assistenzarzt-Jahr

Es ergibt sich, dass die Mehrheit der befragten Studierenden ($n=624$; 58,7%) in ihrem ersten Jahr als Assistenzarzt die höchste angegebene Anzahl an Arbeitsstunden von >45h pro Woche erwartet. Etwa ein Drittel ($n=359$; 33,8%) rechnet mit 40-45 Stunden in der Woche. Unterhalb dessen finden sich nur noch wenige Studierende. Bei 45h/Woche und einem Brutto Gehalt von 3.500€/Monat entspricht dieses einem erwarteten Stundenlohn von 20€ brutto.

4.10 Fahrtzeit zum Arbeitsplatz

In den Kapiteln 4.3 und 4.4 hat sich herauskristallisiert, dass eine kurze Fahrtzeit zur Arbeit für viele Studierende besonders wichtig ist. In diesem Kapitel soll näher beleuchtet werden, welche Fahrtzeit zum Arbeitsplatz (Krankenhaus, Praxis, etc.) von ihnen konkret erwartet wird (Frage 15, Seite 162). Dafür konnte die Akzeptanz bestimmter vorgegebener Fahrtzeiten mit dem Auto angegeben werden. Es durfte eine Auswahl auf einer Skala von null bis zehn getroffen werden, wobei zehn für „sehr gut“ und null für „nicht akzeptabel“ steht. Die Werte von sechs bis zehn wurden als tolerierbar gewertet, demgegenüber wurden die Werte von null bis vier als eher nicht akzeptabel eingestuft. In Abbildung 14 ist der Anteil der zusammengefassten Punktzahlen von sechs bis zehn am Gesamten aufgeführt.

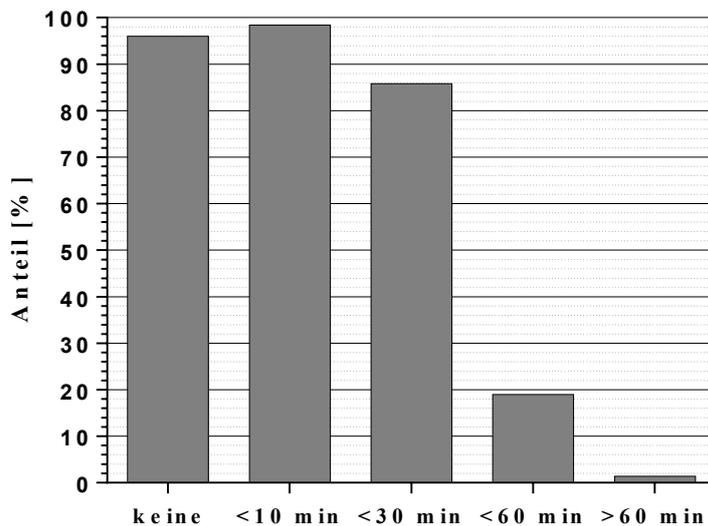


Abbildung 14: Tolerierbare Fahrtzeit mit dem Auto zum Arbeitsort der befragten Studierenden ($n=1.063$)

Man kann aus Abbildung 14 ableiten, dass die Studierenden eine Fahrtzeit mit dem Auto bis etwa 30 Minuten zu 85,8% gut tolerieren. Bei höherer Dauer fällt dieser Anteil auf 19,0% ab. Mehr als eine Stunde nehmen nur noch 1,4% der Studierenden in Kauf. Eine Fahrtzeit unter 10 Minuten wird mit 98,4% geringfügig besser bewertet ($\Delta=2,4\%$) als keine Autofahrt (ÖPNV, Fahrrad) mit einem Anteil von 96,0% der Befragten.

4.11 Attraktivität einer Niederlassung

41,9% der Studierenden bewertet die Niederlassung/Praxis als eine mögliche spätere Tätigkeit (siehe Kapitel 4.6). Deshalb wurde weiter analysiert, was genau attraktiv oder unattraktiv an einer Niederlassung empfunden wird (Frage 24, Seite 167). So wird aufgezeigt, welchen Einfluss bestimmte Punkte auf die Entscheidung der Befragten für oder gegen eine Niederlassung haben.

In dieser Fragenkategorie konnte jede Teilfrage mit Punkten von null bis zehn bewertet werden, wobei die Spannweite von unattraktiv (0 Punkte) bis sehr attraktiv (10 Punkte) reichte. Für die bessere Vergleichbarkeit wurden die Punkte sechs bis zehn und null bis vier zusammengefasst und deren Anteil in die Spalten der Tabelle 11 aufgetragen. Die neutralen Antworten ergeben sich aus der Differenz zum Gesamten. Der Begriff Niederlassung wurde in dieser Frage auf keine Fachrichtung bezogen oder weiter spezifiziert (MVZ, Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis), sondern allgemein gehalten. Es wurde auch nicht vorgegeben, ob dies mit einer Selbstständigkeit oder einer Anstellung einhergeht.

Folgende Tabelle 11 zeigt den Anteil der Antworten für die zusammengefassten Punktkategorien in der Übersicht, absteigend angeordnet.

Aspekt einer Niederlassung	(sehr) attraktiv [%]	(eher) unattraktiv [%]
Nähe zu Patienten	87,8	5,6
Selbstständigkeit ("der eigene Chef sein")	85,4	8,6
Gemeinschaftspraxis	82,3	10,0
Kontinuität der Patientenbetreuung (über lange Zeiträume)	73,2	13,1
Arbeitszeit	71,1	19,8
Einarbeitung durch Praxisvorgänger	72,6	12,9
Familienmedizin (Betreuung ganzer Familien und mehrerer Generationen)	66,9	19,2
Kollegen zum Rat holen/Nachfragen	65,9	20,4
Gehalt	63,4	18,4
Hoher sozialer Status	56,9	19,0
Alleinstellungsmerkmal	32,4	29,5
KV-Dienste (Bereitschaftsdienste)	19,8	58,5
Kosten für Praxisanschaffungen	8,9	81,1

Tabelle 11: Bewertung der Aspekte einer Niederlassung in Prozent der befragten Studierenden (n=1.062)

Es fällt auf, dass die Studierenden die Nähe zu Patienten (87,8%), die Selbstständigkeit (85,4%) und eine Gemeinschaftspraxis (82,3%) zum größten Teil als (sehr) attraktiv bewerten. Eine

Einarbeitung durch den Vorgänger ist für 72,6% interessant. Attraktiv gestaltet sich auch die kontinuierliche Patientenbetreuung (73,2%), vor allem auch ganzer Familien und Generationen (66,9%). Die Arbeitszeit spricht 71,1% der Studierenden an. Das Gehalt (63,4%) oder ein hoher sozialer Status (56,9%), welche möglicherweise mit einer Niederlassung verbunden sein könnten, haben demgegenüber einen niedrigeren Stellenwert als die zuvor genannten Aspekte. Dennoch ist zu bedenken, dass >50% der Befragten auch diese beiden Faktoren als ansprechend bewerten. Nur wenige Befragte beurteilen die Kosten für Praxisanschaffungen (8,9%), die KV-Dienste (Bereitschaftsdienste) (19,8%) oder ein Alleinstellungsmerkmal der Niederlassung (32,4%) als (sehr) attraktiv, bei diesen Aspekten nehmen die Bewertungen als (eher) unattraktiv zu.

4.12 Bedürfnisse und Prioritäten

Nach Vorstellung der standortbezogenen als auch beruflichen Aspekte soll nun analysiert werden, welche von diesen den höchsten Stellenwert unter allen abgefragten besitzen. Es wurden die Kategorien der Allgemeinen Standortfaktoren (Kapitel 4.3), Pull-Faktoren (Kapitel 4.4), berufliche Prioritäten (Kapitel 4.8) und die Aspekte der Niederlassung (Kapitel 4.11) eingeschlossen.

Vorab ist zu erwähnen, dass sich Unterschiede sowohl in der Abweichung der Mittelwerte voneinander, als auch in einer unterschiedlichen Reihenfolge ergeben (je nach untersuchter Subgruppe). Das gute Arbeitsklima unter Kollegen sowie eine gute Work-Life Balance sind unabhängig von den untersuchten Subgruppen an erster oder zweiter Stelle der am besten bewerteten Faktoren zu finden. Darauf folgt die gute Einarbeitung auf Platz 3 mit Ausnahme der männlichen Befragten und solchen mit Partner. Bei diesen nimmt das Zusammenwohnen mit dem Partner diese Position in der Rangfolge ein. Die detailliert aufgeführten Mittelwerte der Subgruppenanalysen finden sich im Anhang (siehe Kapitel 12.1, Seiten 141-150).

Betrachtet man aus den eingeschlossenen Ergebnissen die mittlere Gesamtbewertung aller Befragten (MW \pm SD), ergibt sich folgende Auflistung in Tabelle 12:

• Gutes Arbeitsklima unter Kollegen (9,4 \pm 1,2)	}	„time & team“ (9,1 \pm 1,1)
• Gute Work-Life Balance (9,1 \pm 1,6)		
• Gute Einarbeitung (8,9 \pm 1,6)		
• Zeit für die Familie (8,6 \pm 1,9)	}	Familie (8,6 \pm 1,7)
• Mit Partner zusammen leben/wohnen (8,6 \pm 2,2)		
• Arbeitsplatz für Partner vorhanden (8,5 \pm 2,1)		
• Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen (8,3 \pm 2,0)	}	Beruf (8,2 \pm 1,1)
• Patientenkontakt (8,2 \pm 2,0)		
• Kurze Fahrtzeit zur Arbeit (8,2 \pm 1,7)		
• Regelmäßige Fort-/Weiterbildung (8,0 \pm 1,8)	}	Lebensumstände (7,9 \pm 1,3)
• Grünanlagen (7,9 \pm 1,9)		
• Einkaufsmöglichkeiten (7,9 \pm 1,8)	}	Kinder (7,6 \pm 2,8)
• Schulangebote (7,6 \pm 2,9)		
• Kita-Angebote (7,5 \pm 2,9)		

Tabelle 12: Stellenwert der untersuchten Aspekte für die befragten Studierenden im Gesamtvergleich

Die Familie rangiert hier deutlich vor den beruflichen Aspekten, vor allem auch vor der Weiterbildung im Beruf. Bei den höchstpriorisierten Kriterien wie Arbeitsklima, Work-Life Balance und guter Einarbeitung (=Fürsorge) sind soziale Faktoren und Aspekte des eigenen Lebensstiles vorherrschend („time & team“).

4.13 Interventionsmöglichkeiten einer Region

Abschließend konnten die Studierenden potenzielle Hilfestellungen von Regionen beurteilen (Frage 22, Seite 166). Dies beinhaltet Unterstützungen von Gemeinden, Städten, Landkreisen und auch der regional angesiedelten Arbeitgeber. Die einzelnen Aspekte konnten jeweils von null bis zehn Punkten bewertet werden, wobei die Spannweite von uninteressant (0 Punkte) bis sehr interessant (10 Punkte) reichte. Für die bessere Vergleichbarkeit wurden die Punkte sechs bis zehn als (sehr) attraktiv und null bis vier als (eher) unattraktiv zusammengefasst und in Tabelle 13 aufgetragen. Der Anteil neutraler Antworten ergibt sich aus der Differenz zum Gesamten.

Es zeigt sich in, dass die meisten der hier vorgeschlagenen Interventionsmöglichkeiten der Region positiv eingeschätzt, aber unterschiedlich hoch gewichtet werden.

Unterstützung der Stadt/Region bei ...	(sehr) attraktiv [%]	(eher) unattraktiv [%]
Facharzt-Ausbildung	95,9	2,1
Erwerb von Zusatzbezeichnungen	91,0	3,5
Förderung der Weiterbildung vor Ort	90,6	4,7
Kontaktpflege zu Kollegen	88,8	4,9
Aufstellen eines Ausbildungsplans (Einarbeitung durch Niedergelassene und Krankenhausärzte)	87,1	6,5
Bereitstellen eines Kita-Platzes	86,8	6,4
Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika (z.B. in Niederlassungen)	77,1	12,2
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in	75,6	11,6
Bereitstellung von einem Auto	62,3	17,7
Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation	62,2	21,3
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge	59,7	21,0
Bauland zuweisen	56,0	21,7
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes	52,5	29,4
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten (regelmäßige Treffen, gemeinsame Sportgruppen)	51,8	31,0
Spezielle Abteilung der Stadt für das "Einleben" in der Region ("Welcome-Abteilung")	43,1	36,4

Tabelle 13: Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region der befragten Studierenden ($n=1.043$)

Die höchste Bewertung ist bei Faktoren zu finden, die den Beruf als Arzt betreffen. So wünschen sich die Studierenden Unterstützung bei der Facharzt-Ausbildung (95,9%), dem

Erwerb von Zusatzbezeichnungen (91,0%) und der Förderung der Weiterbildung vor Ort (90,6%). Das Aufstellen eines Ausbildungsplans mit Einarbeitung durch Krankenhausärzte und Niedergelassene in der Region (87,1%) und das Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika (beispielsweise in Niederlassungen) liegt bei den Studierenden ebenfalls weit vorn. Sie möchten den Kontakt zu ihren Kollegen pflegen (88,8%) und wünschen sich von der Region Unterstützung bei diesem Vorhaben. Das Einführen gesellschaftlicher Angebote zu diesem Zweck, z.B. durch regelmäßige Treffen und gemeinsamen Sportgruppen, findet bei 51,8% der Befragten Anklang. Gute Resonanz besteht auch bei der Unterstützung in familiären Aspekten, wie z.B. für geplante oder bereits vorhandene Kinder, einen Kita-Platz durch die Region zur Verfügung gestellt zu bekommen (86,8%). Daneben ist auch ein vorhandener Arbeitsplatz für den Partner bzw. die Hilfe bei der Suche einer Anstellung für diesen (75,6%) für die Mediziner wichtig. Die festen Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen und Gängen ist ebenso für einen großen Anteil interessant (59,7%). Weitere Punkte sind das zur Verfügung stellen eines Autos (62,3%), das Zuweisen von Bauland (56,0%), sowie die Präsentation der Region selbst mit ihrer Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes (52,5%). Der Vorschlag, einen Großteil dieser möglichen Punkte in einer speziellen Abteilung zu bündeln, die das Einleben in die Region erleichtern soll („Welcome-Abteilung“) hat für 43,1% der Befragten eine Relevanz, zeigt aber auch den größten Anteil an Antworten im (eher) unattraktiven Bereich (36,4%). Weitere Vorschläge konnten von den Studierenden in einem Freitextfeld unterbreitet werden. Die Angaben sind im Folgenden aufgeführt. Eine Angabe im Freitext machten $n=15$ Befragte. Beispielfhaft sind einige Angaben hier aufgezählt:

- „Garantie fester Arbeitszeiten“
- „Hilfe bei der Kinderbetreuung außerhalb der Kita-/Schulzeiten“
- „Stellung einer Wohnung“
- „Niederlassungszuschüsse“
- „Bereitstellen von Räumlichkeiten für eine Praxis“
- „(Teil)Risiko-Übernahme bei Praxisneugründung/Teilfinanzierung bei Praxiseröffnung (=Reduktion der anfänglichen Verschuldung)“
- „Vertretung für Urlaube wird organisiert“
- „Grüne Stadt“

aber auch:

- „Was hat die Stadt/Gemeinde damit zu schaffen?“

4.14 Wünsche an den späteren Wohn-/Arbeitsort

Es gibt viele unterschiedliche Wünsche der angehenden Ärzte an den späteren Wohn- und Arbeitsort als Freitext-Angabe (Frage 25, Seite 168). Besonders häufig wurden folgende Punkte genannt:

- Partner
 - „Arbeitsplatz für Partner“
 - „Partner möchte mitkommen/wohnt dort bereits“
- „Nähe zu Familie und Freunden“
- Eigene Vorstellungen
 - „Heimat“
 - „Lebensqualität, Gehalt“
- Region/Stadt
 - „Gute Infrastruktur“
 - „Freizeitmöglichkeiten“
 - „schöne Stadt“

4.15 Multivariate Analyse und weitere univariate Ergebnisse

Für die multivariate Analyse wurde eine Dimensionsreduktion vorgenommen, indem inhaltlich zusammenhängende Faktoren zusammengefasst wurden. Die Fragen 14, 21, 22 und 24 im Fragebogen (Push-Faktoren, berufliche Faktoren, Interventionsmöglichkeiten und Faktoren einer Niederlassung, siehe Seiten 156-168) wurden von der Gruppierung ausgeschlossen. Die Interventionen wurden separat in Kapitel 4.15.10 bzw. 4.15.11 und die Push-Faktoren in Kapitel 4.15.8 bzw. 4.15.9 betrachtet. Die beruflichen Faktoren sind univariat in Kapitel 4.15.4, die der Niederlassung in Kapitel 4.15.2 analysiert. Mit den sich ergebenden Summenfaktoren und ausgewählten Variablen wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Diese Variablen sind hauptsächlich personenbezogene Merkmale sowie weitere Fragenitems. Anhand dieser Analyse kann der Einfluss von Merkmalen der Befragten auf gewisse standortbezogene Faktoren festgestellt werden. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgesetzt. Der Kolmogorow-Smirnow-Test ergab jeweils, dass eine Normalverteilung angenommen werden durfte.

Im Text werden im Folgenden die signifikanten Ergebnisse aufgeführt. R ist der Regressionskoeffizient der multivariaten Analyse und gibt an, wie stark das Ergebnis der untersuchten Variable von den unabhängigen Variablen abhängt. Das korrigierte R -Quadrat zeigt auf, inwieweit die Varianz durch das jeweilige Modell erklärt werden kann. Es ergeben sich im Folgenden einige Koeffizienten B , deren t -Tests signifikant ausfallen. Die standardisierten Koeffizienten β sind anhand ihrer Varianz korrigiert und zeigen den Einfluss der Variable am Gesamtmodell. Der Einfluss der genannten Faktoren ist kontrolliert für die anderen Faktoren.

Vorab sei erwähnt, dass das Alter und das Semester mit einem Korrelationskoeffizienten nach Pearson $r=0,425$ miteinander korrelieren. Selbiges gilt für die Herkunft der Studierenden, die mit der Herkunft eines vorhandenen Partners mäßig ($r=0,476$) und mit dem Wohnort der Eltern hoch korreliert ist ($r=0,874$). Die Attraktivität der Allgemeinmedizin korreliert mit dem Interesse für eine Tätigkeit in der Niederlassung ($r=0,445$). Dies ist bei der Interpretation der Regressionskoeffizienten zu berücksichtigen.

4.15.1 Interesse für die Allgemeinmedizin

Die Gesamtbewertung der Fachrichtung Allgemeinmedizin findet sich in Kapitel 4.7. Sie beträgt als Mittelwert $5,2 \pm 3,3$ (MW \pm SD) von möglichen 10 Punkten.

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,498	,248	,233	2,9538

Tabelle 14: Modellzusammenfassung der Allgemeinmedizin

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	1489,515	10	148,952	17,071	,000
Nicht standardisierte Residuen	4528,374	519	8,725		
Gesamt	6017,889	529			

Tabelle 15: ANOVA der linearen Regression der Allgemeinmedizin

Durch die Kovariablen in dem Modell kann 23,3% der Variabilität der Werte erklärt werden (korrigiertes *R*-Quadrat 0,233; siehe Tabelle 14). Tabelle 15 zeigt durch den *F*-Test auf, dass das Modell signifikant ist ($F(10,519)=17,07$; $p=0,000$) und rechtfertigt eine Fortsetzung der Analyse.

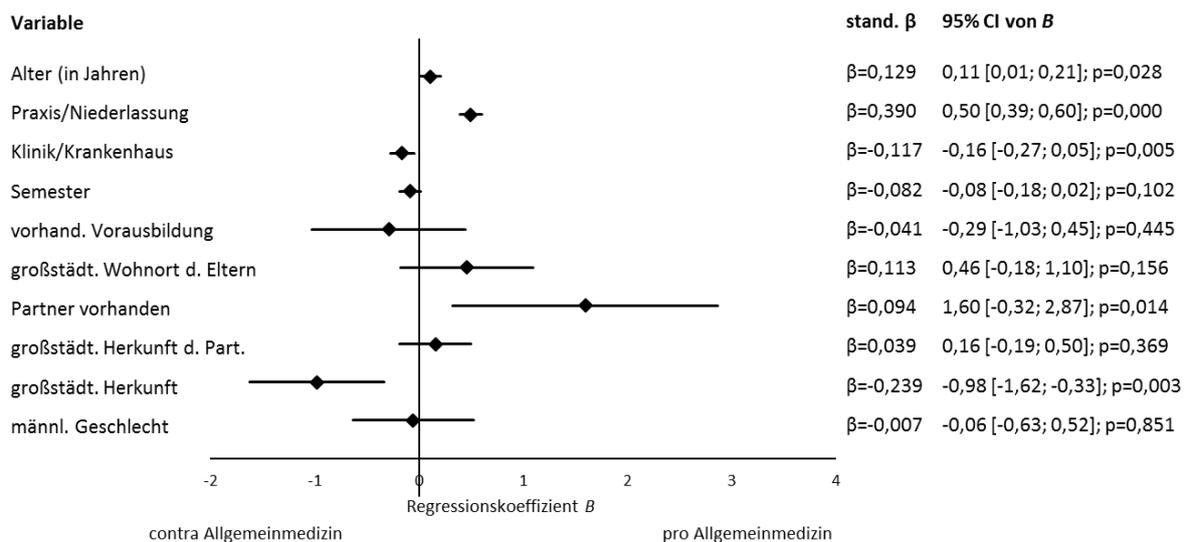


Abbildung 15: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der Allgemeinmedizin

In Abbildung 15 sind die Regressionskoeffizienten mit ihrem 95%-Konfidenzintervall als Forest-Plot dargestellt. Das Interesse an der Allgemeinmedizin nimmt den größten Einfluss auf die Attraktivität einer Niederlassung ($\beta=0,390$). Pro Punkt für die Tätigkeit in der Praxis steigt das Interesse an der Allgemeinmedizin um 0,50 Punkte. Die Korrelation dieser beiden Variablen ist ebenfalls hoch ($r=0,445$). Zweitgrößten Einfluss hat die Herkunft der Studierenden ($\beta=-0,239$). Nimmt die Ortsgröße des Herkunftsortes um eine Kategorie in Richtung des ländlichen Bereichs ab, so steigt das Interesse an der Allgemeinmedizin um 0,98 Punkte. Je Lebensalter steigt die Attraktivität der Allgemeinmedizin um 0,11 Punkte ($\beta=0,129$). Auch ein vorhandener Partner hat einen Einfluss ($\beta=0,094$), indem er eine um 1,60 Punkte höhere Bewertung nach sich zieht. Neben diesen Faktoren sinkt das Interesse an der Allgemeinmedizin mit dem Interesse für eine Tätigkeit im Krankenhaus um 0,16 Punkte pro Attraktivitätspunkt für die Tätigkeit in der Klinik ($\beta=-0,117$)

Im Einzelvergleich mittels *t*-Test stellt sich ein signifikanter Unterschied anhand des Geschlechts heraus. Dieser Unterschied kann durch die multivariate Analyse nicht bestätigt werden:

- Allgemeinmedizin
($M_w=5,0$; $SD_w=3,3$ vs. $M_m=4,5$; $SD_m=3,2$; $t(746)=2,0$; $p=0,044$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m)

Frauen haben mit $5,0 \pm 3,3$ Punkten ($MW \pm SD$) ein signifikant ($p=0,044$) größeres Interesse an der Allgemeinmedizin als die Männer mit $4,5 \pm 3,2$ Punkten.

Zukünftige Allgemeinmediziner sind laut Analyse Studierende im ländlichen Bereich aufgewachsen, nicht zu jung, mit Partner. Sie haben größeres Interesse an einer Tätigkeit in der Niederlassung und weniger in einer Klinik.

4.15.2 Tätigkeit in der Niederlassung

Inhaltlich eng zusammenhängend mit dem Interesse für die Allgemeinmedizin ist das Interesse für die Niederlassung. Die Intention besteht darin zu analysieren, ob unabhängig von der Attraktivität der Allgemeinmedizin weitere Einflüsse auf die Entscheidung für die Niederlassung einwirken. Insgesamt beträgt das durchschnittliche Interesse an einer Tätigkeit in der Praxis $6,8 \pm 2,8$ (MW \pm SD) von 10 Punkten.

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,547	,300	,286	2,2404

Tabelle 16: Modellzusammenfassung der Niederlassung

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	1114,896	10	111,490	22,211	,000
Nicht standardisierte Residuen	2605,159	519	5,020		
Gesamt	3720,055	529			

Tabelle 17: ANOVA der linearen Regression der Niederlassung

Das gewählte Modell erklärt 28,6% der Variabilität des Interesses für die Niederlassung als Tätigkeit (korrigiertes *R*-Quadrat 0,286, siehe Tabelle 16). Die durchgeführte ANOVA zeigt, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gibt ($F(10,519)=20,21$; $p=0,000$). Damit kann die Analyse fortgesetzt werden.

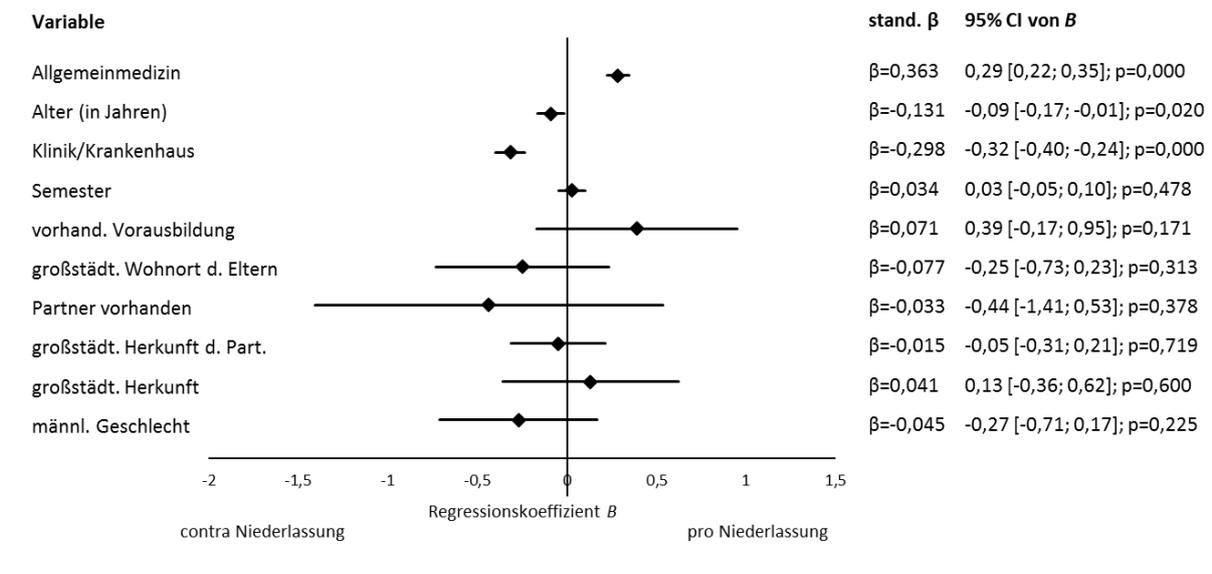


Abbildung 16: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der Niederlassung

Den größten Einfluss hat die Allgemeinmedizin als Fachrichtung ($\beta=0,363$). Dieser Zusammenhang wurde in der vorherigen Analyse ebenfalls bestätigt (siehe Kapitel 4.15.1). Auch hier ist die hohe Korrelation der beiden Variablen zu berücksichtigen ($r=0,445$). Je Punkt für die Allgemeinmedizin verändert sich das Interesse für die Niederlassung um 0,29 Punkte nach oben. Das Interesse für das Krankenhaus beschreibt einen umgekehrten Zusammenhang ($\beta=-0,298$; $B=-0,32$), ebenso wie das steigende Alter der Studierenden ($\beta=-0,131$; $B=-0,09$). Zusätzlich zu den multivariat analysierten Subgruppen soll auch darauf eingegangen werden, welche Bedeutung das Vorhandensein von Ärztinnen und Ärzten in der nahen Verwandtschaft hat. Die Niederlassung ist im Vergleich zur jeweiligen Vergleichsgruppe als Tätigkeitsort signifikant attraktiver bei Studierenden mit Ärzten in der Verwandtschaft (Eltern, Onkel/Tante oder Geschwister).

- Attraktivität der Niederlassung
($M_{\text{verw.}}=7,1$; $SD_{\text{verw.}}=2,9$ vs. $M_{\text{n.verw.}}=6,5$; $SD_{\text{n.verw.}}=3,0$; $t(1061)=-3,13$; $p=0,002$)

Abkürzungen: Ärzte in Verwandtschaft (verw.), Ärzte nicht in Verwandtschaft (n. verw.)

Es lässt sich außerdem feststellen, dass die einzelnen Aspekte einer Niederlassung (siehe Kapitel 4.11) anders bewertet werden, wenn die Niederlassung als Tätigkeitsort konkret angegeben wird (siehe Kapitel 4.6). Für den Vergleich wurden zwei Gruppen gebildet:

- Befragte, die angegeben haben, sich nach der Facharztweiterbildung niederzulassen
- Befragte, die die Niederlassung aktuell nicht priorisieren

Aus Tabelle 18 ist die Punktedifferenz der beiden Gruppen und deren mittlere Bewertung zu entnehmen.

Aspekte einer Niederlassung	Wunsch­­tätigkeit Niederlassung	Sonstige Wunsch­­tätigkeit	Differenz Ndl.-Sonst.
Familienmedizin	7,5	6,2	1,3
Kontinuität der Patientenbetreuung	7,7	6,4	1,3
Gemeinschaftspraxis	8,3	7,2	1,1
Nähe zu Patienten	8,6	7,5	1,1
Einarbeitung durch Praxisvorgänger	7,3	6,4	1,0
Selbstständigkeit	8,1	7,4	0,7
Alleinstellungsmerkmal	5,3	4,7	0,7
Kollegen zum Rat holen/Nachfragen	6,8	6,1	0,6
Arbeitszeit	7,2	6,6	0,6
Hoher sozialer Status	6,4	5,8	0,6
Gehalt	6,4	6,2	0,2
Kosten für Praxisanschaffungen	2,6	2,4	0,2
KV-Dienste (Bereitschaftsdienste)	3,6	3,8	-0,2

Tabelle 18: Mittlere Attraktivität von Aspekten der Niederlassung abhängig von der Wunsch­­tätigkeit ($n=444$)

Generell lässt sich die Aussage ableiten, dass die Studierenden, die zum Zeitpunkt der Befragung an einer Tätigkeit in der Niederlassung (*Ndl.*) interessiert sind, die meisten Faktoren signifikant besser bewerten (Ausnahme: KV-Dienste, Kosten für Anschaffungen, Gehalt) als die Vergleichsgruppe (*Sonst.*). Hervorzuheben sind diese Unterschiede in der Kontinuität der Patientenbetreuung ($M_{Ndl}=7,7$; $SD_{Ndl}=2,4$ vs. $M_{Sonst}=6,4$; $SD_{Sonst}=2,0$; $t(1040,0)=-9,1$; $p=0,000$) und der Familienmedizin ($M_{Ndl}=7,5$; $SD_{Ndl}=2,8$ vs. $M_{Sonst}=6,2$; $SD_{Sonst}=2,4$; $t(1030,6)=-8,1$; $p=0,000$), aber auch der Einarbeitung durch den Praxisvorgänger ($M_{Ndl}=7,3$; $SD_{Ndl}=2,3$ vs. $M_{Sonst}=6,4$; $SD_{Sonst}=2,0$; $t(1026,9)=-6,9$; $p=0,000$). Ebenso deutlich zu sehen ist dies auch bei der Nähe zu Patienten ($M_{Ndl}=8,6$; $SD_{Ndl}=2,2$ vs. $M_{Sonst}=7,5$; $SD_{Sonst}=1,5$; $t(1053,6)=-9,5$; $p=0,000$) und der Gemeinschaftspraxis ($M_{Ndl}=8,3$; $SD_{Ndl}=2,5$ vs. $M_{Sonst}=7,2$; $SD_{Sonst}=2,0$; $t(1048,3)=-8,0$; $p=0,000$), die zugleich auch die am besten bewerteten Punkte insgesamt in dieser Kategorie sind. An all diesen genannten Faktoren zeigen auch Frauen ein signifikant größeres Interesse als die Männer. Die männlichen Befragten hingegen zeigen signifikant größeres Interesse an karrierebezogenen bzw. finanziellen Faktoren der Niederlassung:

- Gehalt

($M_w=6,1$; $SD_w=2,5$ vs. $M_m=7,0$; $SD_m=2,4$; $t(1061)=-5,4$; $p=0,000$)

Männer haben mit $7,0 \pm 2,4$ Punkten (MW \pm SD) ein signifikant ($p=0,000$) größeres Interesse an dem Gehalt in der Niederlassung als die Frauen mit $6,1 \pm 2,5$ Punkten. Auch die weiteren Aspekte sind dementsprechend:

- Hoher sozialer Status
($M_w=5,9$; $SD_w=2,4$ vs. $M_m=6,6$; $SD_m=2,4$; $t(1061)=-4,2$; $p=0,000$)
- Alleinstellungsmerkmal der Praxis
($M_w=4,8$; $SD_w=2,2$ vs. $M_m=5,4$; $SD_m=2,3$; $t(1060)=-3,9$; $p=0,000$)
- Selbstständigkeit
($M_w=7,6$; $SD_w=2,3$ vs. $M_m=8,0$; $SD_m=2,0$; $t(549,2)=-3,0$; $p=0,002$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m)

Angehende Ärzte finden eine Niederlassung am attraktivsten, wenn sie Familienmedizin und so eine Kontinuität der Patientenbetreuung erwarten dürfen; ferner, wenn die Nähe zu den Patienten in einer Gemeinschaftspraxis mit kollegialer Einarbeitung möglich ist.
Junge Mediziner, die ein Interesse an der Allgemeinmedizin mitbringen, sind eher dazu bereit, sich niederzulassen.

4.15.3 Familiäre Faktoren

In diesem Unterkapitel werden Faktoren zusammengefasst, die allgemein mit der familiären Situation der jungen Mediziner in Verbindung gebracht werden können. Insgesamt ergibt sich ein Mittelwert von $7,3 \pm 1,4$ (MW \pm SD) von 10 Punkten.

Folgende Einzelfaktoren werden zusammengefasst:

- Eltern wohnen in unmittelbarer Nähe
- Zusammenwohnen mit dem Partner
- KiTa-Angebote für Kinder
- Gastfreundschaft/
Familienfreundlichkeit
- Gute Work-Life Balance
- Geschwister wohnen in unmittelbarer Nähe
- Arbeitsplatz für Partner vorhanden
- Schulangebote für Kinder
- Zeit für die Familie

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,360	,129	,111	1,21846

Tabelle 19: Modellzusammenfassung der familienbezogenen Faktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	114,241	11	10,386	6,995	,000
Nicht standardisierte Residuen	769,052	518	1,485		
Gesamt	883,293	529			

Tabelle 20: ANOVA der linearen Regression der familienbezogenen Faktoren

Die Antworten der Befragten variieren von Person zu Person. 11,1% dieser Variabilität können durch die verwendeten Kovariablen in ihrer unterschiedlichen Ausprägung erklärt werden (korrigiertes R -Quadrat 0,111; siehe Tabelle 19). Die durchgeführte ANOVA in Tabelle 20 ergibt ein signifikantes Ergebnis ($F(11,518)=7,00$; $p=0,000$), womit die Regression fortgeführt wird.

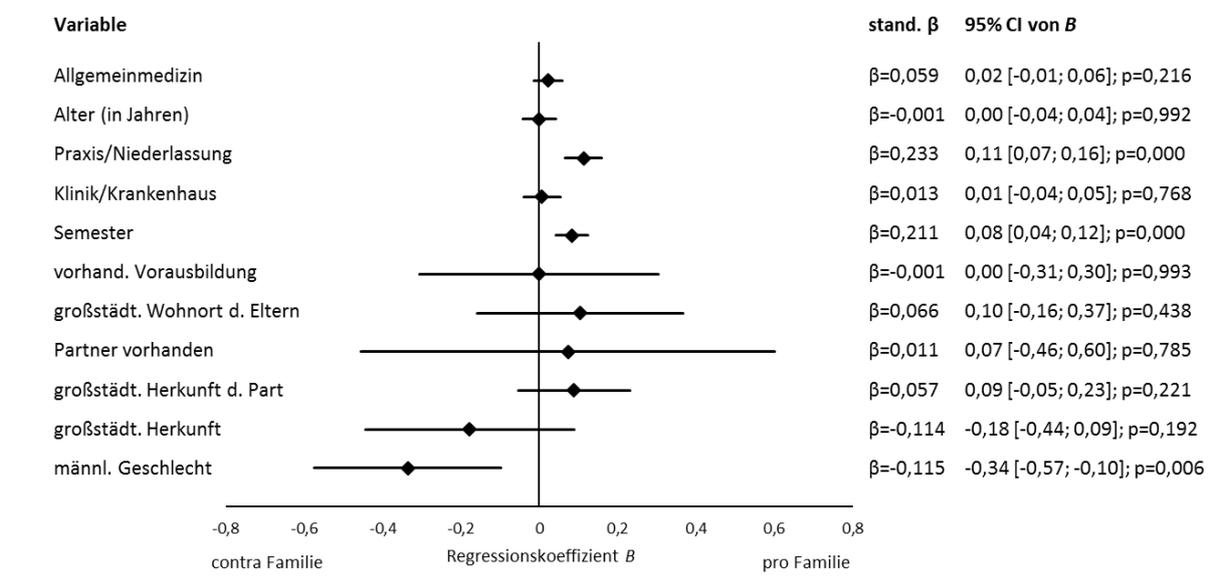


Abbildung 17: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der familiären Faktoren

Den größten Einfluss hat das steigende Interesse an einer Niederlassung ($\beta=0,233$) mit einem Attraktivitätszuwachs von 0,11 Punkten von familiären Faktoren pro Interessenspunkt für die Praxis. Aus Abbildung 17 wird weiter ersichtlich, dass das Semester den zweitgrößten Einfluss darstellt ($\beta=0,211$) mit einer Zunahme um 0,08 Punkten je Fachsemester. Dies ist unabhängig

vom Alter der Studierenden. Das Alter korreliert mit dem Semester ($r=0,425$). Als dritte signifikante Einflussvariable bedingt das männliche Geschlecht eine um 0,34 niedrigere Punktzahl familiärer Faktoren ($\beta=-0,115$).

Für die weitere Eingrenzung zeigt der t -Test von einzelnen, familiären Faktoren signifikante Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins eines Partners:

- Zusammenwohnen mit dem Partner
($M_P=9,2$; $SD_P=1,66$ vs. $M_{oP}=8,0$; $SD_{oP}=2,52$; $t(840,2)=9,0$; $p=0,000$)
- Arbeitsplatz für Partner vorhanden
($M_P=9,0$; $SD_P=1,62$ vs. $M_{oP}=7,8$; $SD_{oP}=2,42$; $t(847,7)=9,1$; $p=0,000$)
- Angebote für Kinder (Kitas)
($M_P=7,8$; $SD_P=2,81$ vs. $M_{oP}=7,3$; $SD_{oP}=2,89$; $t(1061)=2,8$; $p=0,006$)

Abkürzungen: mit Partner (P), ohne Partner (oP)

Als Ergänzung sind hier auch weitere Faktoren aufgeführt, die nicht unter den Summenfaktor der familienbezogenen Faktoren zusammengefasst worden sind. Dennoch können sie im weiteren Sinne zu diesem Oberbegriff eines familiären Flairs der Region gezählt werden. Es hat sich in der Einzelanalyse gezeigt, dass die Studierenden ländlicher Herkunft folgende Faktoren signifikant attraktiver einschätzen:

- Willkommensein im Ort
($M_L=7,6$; $SD_L=1,98$ vs. $M_S=7,3$; $SD_S=2,22$; $t(729)=1,97$; $p=0,05$)
- Nette Nachbarn
($M_L=7,0$; $SD_L=2,18$ vs. $M_S=6,6$; $SD_S=2,5$; $t(709,6)=2,08$; $p=0,038$)
- Meine Nachbarn kennen mich
($M_L=5,3$; $SD_L=2,58$ vs. $M_S=4,7$; $SD_S=2,83$; $t(698,6)=2,77$; $p=0,006$)
- Feste Ansprechpartner bei Behörden
($M_L=4,9$; $SD_L=2,69$ vs. $M_S=4,3$; $SD_S=2,84$; $t(686,5)=2,92$; $p=0,004$)

Abkürzungen: ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Familiären Faktoren sind insbesondere für Frauen attraktiv, die sich für eine Niederlassung interessieren. Im Laufe des Studiums nimmt die Attraktivität weiter zu. Ein vorhandener Partner steigert die Wichtigkeit an Aspekten, welche die (neu) gegründete Familie betreffen. Ist die Zielperson im ländlichen Raum aufgewachsen, so zeigt sie sich interessierter an Punkten, die das soziale Umfeld der Region betreffen.

4.15.4 Karrierebezogene und berufliche Faktoren

Faktoren, die inhaltlich mit der beruflichen Karriere zusammenhängen, gehen hier in die lineare Regression ein. Folgende Faktoren sind dafür genutzt worden und ergeben insgesamt eine Bewertung von $6,7 \pm 1,3$ (MW \pm SD) von möglichen 10 Punkten:

- Karrieremöglichkeiten/ berufliche Perspektiven
- Hohes Gehalt
- Promotionsmöglichkeiten
- Therapiebegleitende Forschung
- Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen
- Selbstständigkeit
- Verantwortung übernehmen
- Regelmäßige Fort-/ Weiterbildung
- Chefarztkontakte durch Seminare

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,371	,138	,119	1,19939

Tabelle 21: Modellzusammenfassung der karrierebezogenen Faktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	118,998	11	10,818	7,520	,000
Nicht standardisierte Residuen	745,160	518	1,439		
Gesamt	864,157	529			

Tabelle 22: ANOVA der linearen Regression der karrierebezogenen Faktoren

Die Antworten der Befragten variieren auch hier von Person zu Person. 11,9% dieser Variabilität können durch die verwendeten Kovariablen in ihrer unterschiedlichen Ausprägung erklärt werden (korrigiertes *R*-Quadrat 0,119; siehe Tabelle 21). Die durchgeführte ANOVA in Tabelle 22 ergibt ein signifikantes Ergebnis ($F(11,518)=7,52$ $p=0,000$), womit die Regression fortgeführt wird.

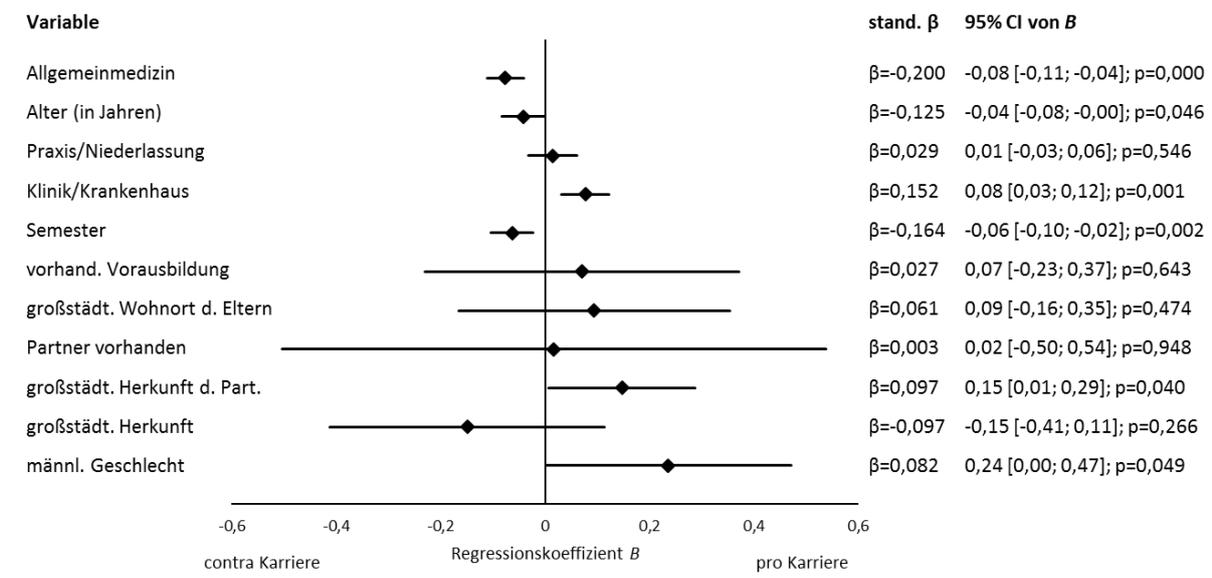


Abbildung 18: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der karrierebezogenen Faktoren

Großen Einfluss nimmt die Allgemeinmedizin an den karriereorientierten Variablen ($\beta=-0,200$), wie in Abbildung 18 zu erkennen. Die Attraktivität karrierebezogener Faktoren sinkt mit dem Interesse am Fach Allgemeinmedizin um jeweils 0,08 Punkte und mit höherem Semester um 0,06 Punkte ($\beta=-0,151$). Auch das Alter zeigt noch signifikanten negativen Einfluss ($\beta=-0,125$; $B=0,04$). Das Interesse an einer Tätigkeit in einem Krankenhaus ($\beta=0,152$; $B=0,08$) bedingt demgegenüber eine positivere Einschätzung der Karriere, ebenso wie das männliche Geschlecht ($\beta=0,082$; $B=0,24$).

Weiter wurden auch einige berufliche Faktoren mittels t -Test analysiert, da eine Zusammenfassung dieser unter einem Oberbegriff nicht möglich ist. So zeigen Frauen bei den eher sozialen Faktoren des Berufs eine signifikant höhere Punktzahl.

- Gutes Arbeitsklima unter Kollegen
($M_w=9,5$; $SD_w=1,1$ vs. $M_m=9,2$; $SD_m=1,3$; $t(438,2)=3,3$; $p=0,001$)
- Gute Einarbeitung
($M_w=9,0$; $SD_w=1,5$ vs. $M_m=8,5$; $SD_m=1,8$; $t(414,8)=3,8$; $p=0,000$)
- Regelmäßige Fort-/Weiterbildung
($M_w=8,1$; $SD_w=1,7$ vs. $M_m=7,7$; $SD_m=2,0$; $t(1061)=3,3$; $p=0,001$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m)

Neben dem weiblichen Geschlecht hat auch eine ländliche Herkunft für sich genommen gegenüber der großstädtischen einen signifikant höheren Einfluss auf die Bewertung patientenbezogener Faktoren.

- Kontakt zu Patienten
($M_w=8,4$; $SD_w=1,9$ vs. $M_m=7,7$; $SD_m=2,2$; $t(1061)=5,2$; $p=0,000$)
($M_L=8,6$; $SD_L=1,9$ vs. $M_S=8,0$; $SD_S=2,2$; $t(729)=3,8$; $p=0,000$)
- Betreuung von Patienten über lange Zeiträume
($M_w=5,9$; $SD_w=2,4$ vs. $M_m=5,0$; $SD_m=2,3$; $t(497,3)=5,1$; $p=0,000$)
($M_L=6,0$; $SD_L=2,2$ vs. $M_S=5,5$; $SD_S=2,4$; $t(728)=3,1$; $p=0,002$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m), ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Als Ergänzung sei hier der Faktor der Gleichberechtigung von Frauen und Männern im Beruf separat aufgeführt. Für Frauen ist diese signifikant wichtiger an einem Standort als für Männer.

- Gleichberechtigung im Beruf
($M_w=8,0$; $SD_w=2,2$ vs. $M_m=5,2$; $SD_m=3,2$; $t(377,6)=13,5$; $p=0,000$)

Junge Allgemeinmedizin-Interessierte zeigen sich weniger karriereorientiert. Bei Männern mit der Wunschtätigkeit in einer Klinik hat die Karriere einen höheren Stellenwert. Die berufliche Gleichberechtigung, Weiterbildung und der soziale Umgang (sowohl im Beruf als auch gegenüber Patienten) ist besonders Frauen ein Anliegen.

4.15.5 Infrastrukturelle Faktoren

In diesem Unterkapitel werden Faktoren analysiert, die im engeren Sinn zu der Infrastruktur gehören. Es ergibt sich ein Mittelwert der infrastrukturellen Faktoren von $7,4 \pm 1,2$ ($MW \pm SD$) von 10 Punkten. Folgende werden dafür zu einem Summenfaktor zusammengefasst:

- <30 min Autofahrt zur Arbeit
- Öffentliche Verkehrsmittel
- Möglichst kurze Fahrtzeit zur Arbeit
- Einkaufsmöglichkeiten
- Nähe zu Arztpraxen

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,261	,068	,049	1,17254

Tabelle 23: Modellzusammenfassung der infrastrukturellen Faktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	52,274	11	4,752	3,457	,000
Nicht standardisierte Residuen	712,167	518	1,375		
Gesamt	764,441	529			

Tabelle 24: ANOVA der Regression der infrastrukturellen Faktoren

Die Modellzusammenfassung in Tabelle 23 zeigt auf, dass 4,9% der Variabilität der Attraktivitätseinschätzung für die Infrastruktur erklärt werden können (korrigiertes R -Quadrat 0,049). Die nachgeschaltete ANOVA in Tabelle 24 ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($F(11,518)=3,46$; $p=0,000$).

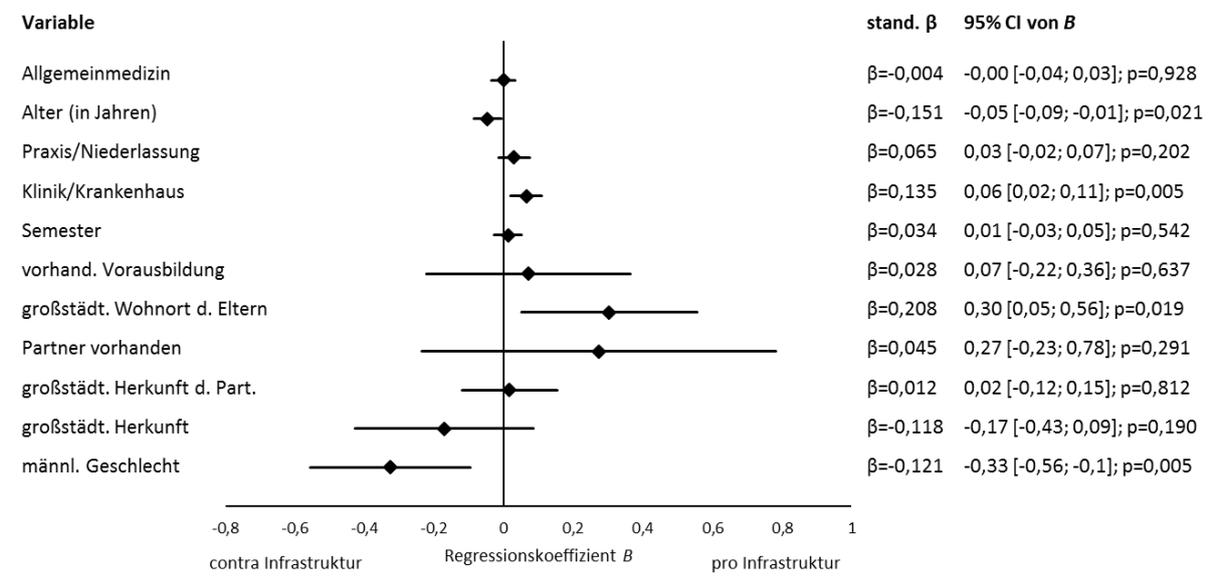


Abbildung 19: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der infrastrukturellen Faktoren

Der Wohnort der Eltern nimmt großen Einfluss ($\beta=0,208$) auf die Infrastruktur. Eine Größenzunahme deren Wohnortes um eine Kategorie bedingt eine Zunahme der Attraktivität von Infrastruktur-bezogenen Faktoren um 0,30 Punkte. Daneben ist ein steigendes Interesse an einer Tätigkeit im Krankenhaus mit einer um 0,06 steigenden Punktzahl für die Infrastruktur verbunden ($\beta=0,135$). Den insgesamt zweitgrößten signifikanten Einfluss hat das Alter der Studierenden ($\beta=-0,151$). Pro Lebensjahr sinkt das Interesse an der Infrastruktur um 0,05 Punkte. Auch durch das männliche Geschlecht sinkt die Attraktivität für Faktoren der Infrastruktur um 0,33 Punkte ($\beta=-0,121$).

Darüber hinaus ergibt die Einzelanalyse mittels t -Test folgender Faktoren einen signifikanten Unterschied zwischen den herkunftsbezogenen Subgruppen:

- Einkaufsmöglichkeiten
($M_L=7,6$; $SD_L=1,95$ vs. $M_S=8,1$; $SD_S=1,65$; $t(729)=4,0$; $p=0,000$)
- öffentliche Verkehrsmittel
($M_L=7,1$; $SD_L=2,42$ vs. $M_S=7,8$; $SD_S=2,21$; $t(632,5)=3,9$; $p=0,000$)
- Kunst und Kultur
($M_L=4,8$; $SD_L=2,66$ vs. $M_S=5,8$; $SD_S=2,92$; $t(699,2)=4,9$; $p=0,000$)

Abkürzungen: ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Eine intakte Infrastruktur ist bei den jüngeren angehenden Ärzten und insbesondere Ärztinnen wichtig, die in einer Klinik tätig sein möchten. Leben die Eltern in größeren Städten, steigt die Attraktivität weiter.

4.15.6 Freizeitfaktoren

Der Summenfaktor „Freizeitfaktoren“ erhält im Mittel insgesamt $6,5 \pm 1,8$ (MW \pm SD) von 10 Punkten und besteht aus den folgenden Einzelitems:

- Möglichkeit für Sport und Freizeit
- Vielfältige Sportangebote (Fussballverein, etc.)
- Kunst und Kultur (Museen, etc.)
- Vielfältige Freizeitangebote (Schützenverein, Touren etc.)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,230	,053	,033	1,79904

Tabelle 25: Modellzusammenfassung der Freizeitfaktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	93,214	11	8,474	2,618	,003
Nicht standardisierte Residuen	1676,539	518	3,237		
Gesamt	1769,752	529			

Tabelle 26: ANOVA der Regression der Freizeitfaktoren

Für die Freizeitfaktoren variieren die Antworten der Befragten von Person zu Person. In Tabelle 25 ist aufgezeigt, dass 3,3% dieser Variabilität können durch das Modell erklärt werden (korrigiertes R -Quadrat 0,033). In der angeschlossenen ANOVA zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($F(11,518)=2,62$; $p=0,003$). In der fortgeführten Regression zeigt sich kein signifikanter Einfluss der unterschiedlichen Variablen.

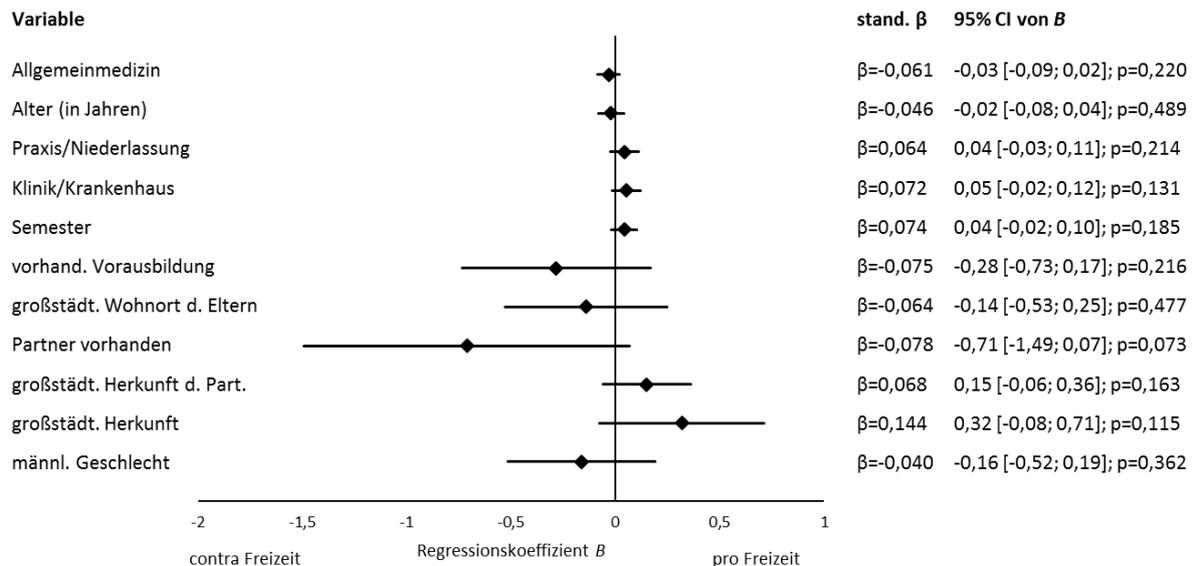


Abbildung 20: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der Freizeitfaktoren

Für Freizeitbezogene Faktoren stellt sich kein signifikanter Einfluss der untersuchten Variablen heraus (siehe Abbildung 20).

In der Einzelfaktoranalyse zeigt sich mittels t -Test ein signifikanter Unterschied von folgenden Standortfaktoren:

- Sportangebote
($M_w=7,1$; $SD_w=2,32$ vs. $M_m=6,5$; $SD_m=2,57$; $t(451,2)=3,47$; $p=0,001$)
- Freizeitangebote
($M_w=6,7$; $SD_w=2,4$ vs. $M_m=6,2$; $SD_m=2,53$; $t(1061)=2,64$; $p=0,001$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m)

Univariat zeigen Frauen ein größeres Interesse an Sport- und Freizeitangeboten einer Region als Männer.

4.15.7 Umwelt-/Naturfaktoren

Die umweltbezogenen Faktoren erhalten im Mittel eine Punktzahl von $6,4 \pm 1,8$ ($MW \pm SD$) von maximal möglichen 10 Punkten und bestehen aus den folgenden Einzelfaktoren, die in die Analyse eingehen:

- Intakte, gesunde Umwelt
- Grünanlagen (Parks, Wälder, etc.)
- Reichlich gute Fahrradwege
- Angebot ökol.-biolog. Produkte
- Umwelt-/ Naturschutz
- Flüsse und Seen
- Nutzung erneuerbarer Energien

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,177	,031	,011	1,75330

Tabelle 27: Modellzusammenfassung umweltbezogener Faktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	51,789	11	4,708	1,532	,116
Nicht standardisierte Residuen	1592,367	518	3,074		
Gesamt	1644,156	529			

Tabelle 28: ANOVA der Regression der umweltbezogenen Faktoren

In der ANOVA zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($F(11,518)=1,53$; $p=0,116$), sodass die Aussagekraft einer Regression begrenzt ist. Deshalb wird darauf verzichtet.

Im t -Test zeigt sich stattdessen ein signifikanter Unterschied zwischen einigen Umweltfaktoren anhand des Geschlechts und/oder der Herkunft:

- Grünanlagen
($M_w=8,0$; $SD_w=1,86$ vs. $M_m=7,7$; $SD_m=1,9$; $t(1061)=2,9$; $p=0,003$)
($M_L=8,2$; $SD_L=1,74$ vs. $M_S=7,7$; $SD_S=1,96$; $t(729)=3,6$; $p=0,000$)
- Nutzung erneuerbarer Energien
($M_w=5,2$; $SD_w=2,48$ vs. $M_m=4,5$; $SD_m=2,96$; $t(426,6)=3,5$; $p=0,001$)
($M_L=5,4$; $SD_L=2,61$ vs. $M_U=4,8$; $SD_U=2,54$; $t(641)=2,5$; $p=0,013$)
- Intakte, gesunde Umwelt
($M_L=8,1$; $SD_L=1,92$ vs. $M_S=7,4$; $SD_S=2,21$; $t(729)=4,2$; $p=0,000$)

- Natur-/Umweltschutz
($M_L=6,6$; $SD_L=2,5$ vs. $M_S=6,1$; $SD_S=2,59$; $t(729)=2,1$; $p=0,032$)
- Angebot ökologisch-biologischer Produkte
($M_L=5,9$; $SD_L=2,86$ vs. $M_S=5,3$; $SD_S=3,07$; $t(729)=2,44$; $p=0,015$)
- Preiswertes Bauland
($M_L=5,3$; $SD_L=2,78$ vs. $M_S=4,5$; $SD_S=2,76$; $t(729)=3,93$; $p=0,000$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m), ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Dieser Unterschied ist in der multivariaten Analyse des gemittelten Summenfaktors nicht mehr signifikant.

Angehende Ärzte mit ländlicher Herkunft zeigen univariat ein größeres Interesse an umweltbezogenen Faktoren.

4.15.8 Störpotenzial großstädtischer Push-Faktoren

Für die folgende Analyse wurden einige der abgefragten negativen Standortfaktoren (Push-Faktoren) zusammengefasst in eher großstädtische Push-Faktoren. Eine vorher erfolgte Faktorenanalyse zeigte eine Ladung der Fragenitems auf einen gemeinsamen Faktor. Auch wurden die vorher behandelten Summenfaktoren mit als beeinflussende Variablen aufgenommen.

Für die großstädtischen Störfaktoren wurde der Mittelwert $7,6 \pm 1,7$ ($MW \pm SD$) von den nachfolgenden Faktoren dieser Kategorie gebildet. Das maximal mögliche Störpotenzial beträgt 10 Punkte.

- Viel Verkehr, Stau
- Luftverschmutzung
- Hochhäuser
- Lärm
- Enge Bebauung
- Kriminalität

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,499 ^a	,249	,225	1,42191

Tabelle 29: Modellzusammenfassung der großstädtischen Push-Faktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	343,086	16	21,443	10,606	,000 ^b
Nicht standardisierte Residuen	1037,194	513	2,022		
Gesamt	1380,280	529			

Tabelle 30: ANOVA der linearen Regression der großstädtischen Push-Faktoren

Die Antworten variieren auch hier von Person zu Person. 22,5% dieser Variabilität kann durch die unterschiedlichen Ausprägungen der Kovariablen erklärt werden (korrigiertes R -Quadrat 0,225, siehe Tabelle 29). Durch die nachfolgende signifikante ANOVA in Tabelle 30 kann mit der Berechnung der Koeffizienten fortgefahren werden ($F(16,0)=10,61$; $p=0,000$).

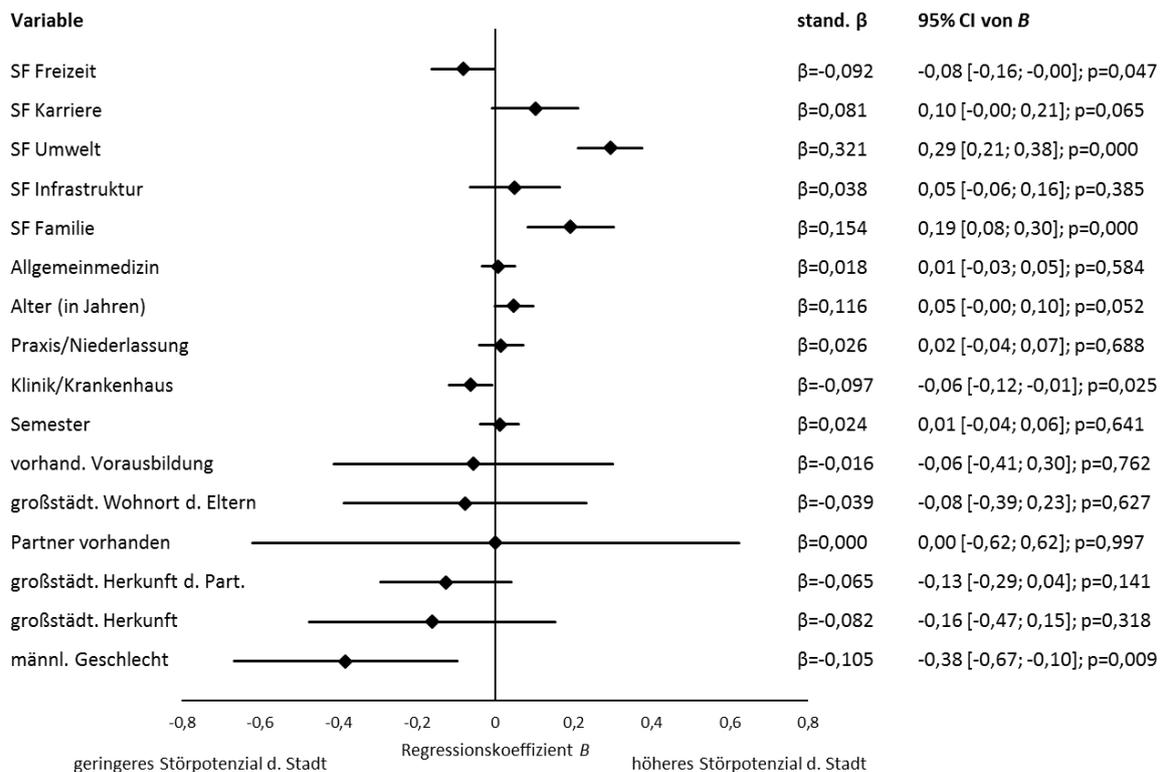


Abbildung 21: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der großstädtischen Push-Faktoren

In Abbildung 21 ist erkennbar, dass der Summenfaktor Umwelt den größten signifikanten Einfluss auf das Störpotenzial von großstädtischen Push-Faktoren hat ($\beta=0,321$). Steigt also das Interesse an umweltbezogenen Faktoren an, so nimmt das Störpotenzial um 0,32 Punkte zu. Ähnlich verhält sich der Summenfaktor familiärer Faktoren, der ebenfalls mit einem um 0,15 höheren Störpotenzial je Punkt einhergeht ($\beta=0,154$). Eine umgekehrte Korrelation besteht zum männlichen Geschlecht ($\beta=-0,105$; $B=-0,38$) und in geringem, aber signifikantem Maße zum

Interesse an einer Tätigkeit in der Klinik ($\beta=-0,097$; $B=-0,06$) und freizeitbezogenen Aspekten ($\beta=-0,092$; $B=-0,08$).

Im direkten Vergleich der Einzelfaktoren (t -Test) ist ein signifikanter Unterschied durch die Herkunft festzustellen.

- Luftverschmutzung
($M_L=8,6$; $SD_L=1,59$ vs. $M_S=8,1$; $SD_S=1,94$; $t(721,3)=3,98$; $p=0,025$)
- Lärm
($M_L=8,6$; $SD_L=1,68$ vs. $M_S=8,0$; $SD_S=2,1$; $t(724,9)=3,87$; $p=0,008$)
- Viel Verkehr, Stau
($M_L=8,2$; $SD_L=2,01$ vs. $M_S=7,5$; $SD_S=2,27$; $t(705,9)=4,25$; $p=0,014$)
- Enge Bebauung
($M_L=7,2$; $SD_L=2,44$ vs. $M_S=6,1$; $SD_S=2,64$; $t(694,3)=5,35$; $p=0,001$)
- Hochhäuser
($M_L=6,5$; $SD_L=2,92$ vs. $M_S=5,8$; $SD_S=3,06$; $t(729)=3,39$; $p=0,003$)

Zusätzlich wurde auch die Anonymität univariat untersucht.

- Anonymität
($M_L=5,7$; $SD_L=2,79$ vs. $M_S=4,7$; $SD_S=2,91$; $t(729)=4,82$; $p=0,000$)

Abkürzungen: ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Die Herkunft stellt sich in der multivariaten Analyse aller getesteten Variablen als keine unabhängige Einflussvariable dar.

Großstädtische Push-Faktoren stören vermehrt, wenn das Interesse für die Umwelt und familiärer Faktoren groß ist. Ländliche Mediziner stören sich univariat mehr an der Stadt als ihre großstädtischen Kommilitonen. Weniger Störpotenzial ist bei männlichen und an der Klinik interessierten Studierenden auszumachen.

4.15.9 Störpotenzial ländlicher Push-Faktoren

Analog zum vorherigen Kapitel werden hier folgende -eher ländliche- negative, d.h. störende, Standortfaktoren (Push-Faktoren) zusammengefasst und analysiert. Eine vorher erfolgte Faktorenanalyse zeigte eine Ladung der Fragenitems auf einen gemeinsamen Faktor. Es hat sich ein gemittelt Störpotenzial von $5,8 \pm 2,1$ (MW \pm SD) von 10 möglichen Punkten ergeben.

- Stallgeruch
- Entfernung zwischen Orten/Städten
- Wenig Bus-/Bahnverbindungen (ÖPNV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,476	,226	,202	1,90998

Tabelle 31: Modellzusammenfassung der ländlichen Push-Faktoren

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	547,435	16	34,215	9,379	,000
Nicht standardisierte Residuen	1871,441	513	3,648		
Gesamt	2418,875	529			

Tabelle 32: ANOVA der linearen Regression der ländlichen Push-Faktoren

Das gewählte Modell erklärt 20,2% der Variabilität der ländlichen Push-Faktoren (korrigiertes R-Quadrat 0,202, siehe Tabelle 31). Die nachgeschaltete ANOVA in Tabelle 32 zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen und rechtfertigt die Berechnung der Koeffizienten ($F(16,513)=9,38$; $p=0,000$).

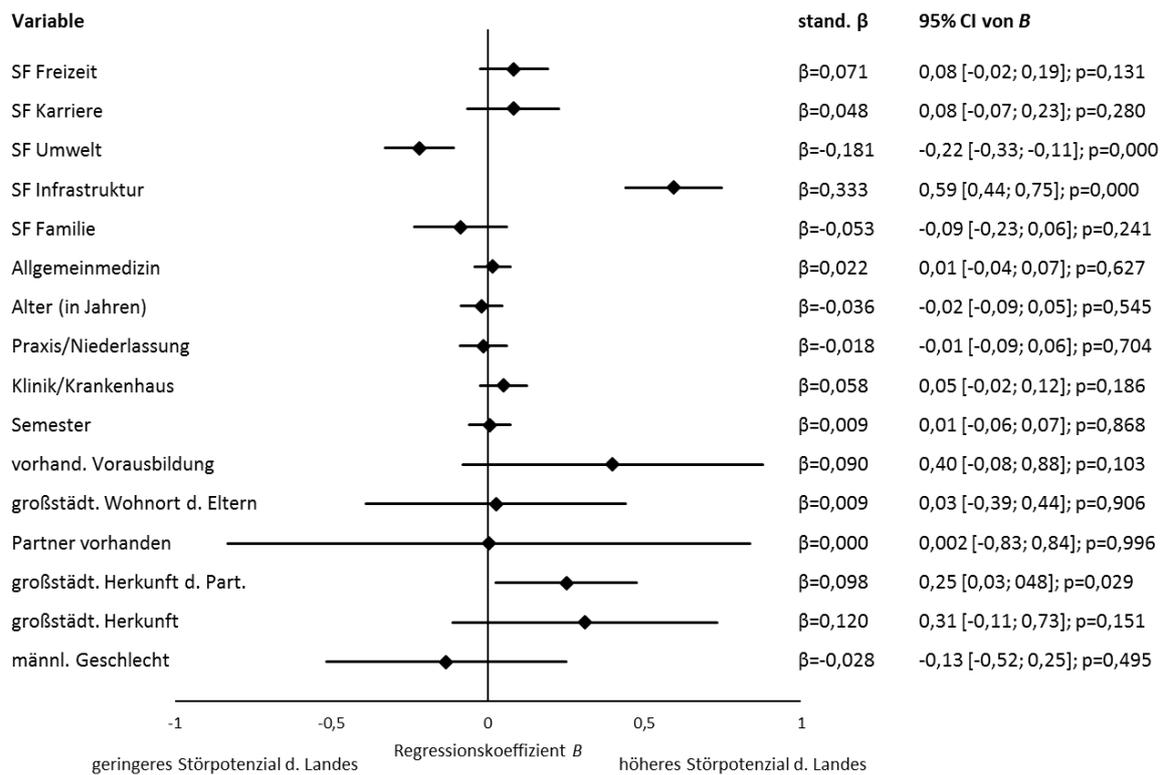


Abbildung 22: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der ländlichen Push-Faktoren

Aus Abbildung 22 wird ersichtlich, dass die Infrastruktur als Summenfaktor den größten signifikanten Einfluss auf das Störpotenzial der ländlichen Push-Faktoren hat ($\beta=0,333$). Steigt die Attraktivität der infrastrukturellen Faktoren um einen Punkt, so werden die ländlichen Störfaktoren um 0,59 Punkte als störender bewertet. Die Korrelation nach Person beträgt $r=0,352$. Mit umweltbezogenen Faktoren verhält es sich umgekehrt. Steigt das Interesse an der Umwelt um eins, so nimmt das Störpotenzial um 0,22 Punkte ab ($\beta=-0,181$). Den geringsten noch signifikanten Einfluss nimmt die Herkunft eines vorhandenen Partners ein ($\beta=0,098$). Steigt der Herkunftsort des Partners um eine Größenkategorie, so werden die ländlichen Push-Faktoren um 0,25 Punkte störender. Das Geschlecht und die Herkunft haben keinen unabhängigen signifikanten Einfluss in der Regression. Im Einzelvergleich durch den t -Test ist bei einigen Faktoren ein Unterschied feststellbar.

- Stallgeruch
($M_w=3,8$; $SD_w=3,04$ vs. $M_m=4,4$; $SD_m=3,06$; $t(1061)=2,61$; $p=0,009$)
($M_L=3,1$; $SD_L=2,82$ vs. $M_S=4,6$; $SD_S=3,16$; $t(703,9)=7,04$; $p=0,000$)
- Entfernung zwischen Orten und Städten
($M_L=7,0$; $SD_L=2,62$ vs. $M_S=7,9$; $SD_S=2,45$; $t(729)=8,32$; $p=0,000$)

- Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)
($M_w=7,6$; $SD_w=2,48$ vs. $M_m=7,1$; $SD_m=2,54$; $t(1061)=2,84$; $p=0,050$)
($M_L=7,0$; $SD_L=2,63$ vs. $M_S=7,9$; $SD_S=2,37$; $t(627,2)=4,82$; $p=0,000$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m), ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Eher ländliche Push-Faktoren stören besonders bei großer Attraktivität von Infrastruktur und wenn der Partner im (groß-)städtischen Raum aufgewachsen ist. Das Störepfinden wird abgemildert bei vermehrtem Stellenwert der Umwelt für die angehenden Ärzte. Univariat hat auch die eigene, ländliche Herkunft einen abmildernden Einfluss.

4.15.10 Berufliche Interventionen

Folgende Faktoren beziehen sich ausschließlich auf die Unterstützungsmöglichkeiten einer Region (Frage 22 im Fragebogen). Insgesamt erhalten die beruflichen Interventionen $7,7 \pm 1,5$ ($MW \pm SD$) von möglichen 10 Attraktivitätspunkten. Eine vorher erfolgte Faktorenanalyse zeigte eine Ladung der Fragenitems auf einen gemeinsamen Faktor. In diesem Kapitel werden solche Interventionen zusammengefasst und analysiert, die mit der beruflichen Tätigkeit zusammenhängen:

- Förderung der Weiterbildung vor Ort
- Facharzt-Weiterbildung
- Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation
- Aufstellen eines Ausbildungsplans
- Erwerb von Zusatzbezeichnungen
- Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,500	,250	,223	1,32491

Tabelle 33: Modellzusammenfassung der beruflichen Interventionsmöglichkeiten

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	297,111	18	16,506	9,403	,000
Nicht standardisierte Residuen	891,732	508	1,755		
Gesamt	1188,844	526			

Tabelle 34: ANOVA der Regression der beruflichen Interventionsmöglichkeiten

Durch das gewählte Modell können 22,3% der Variabilität der Antworten zu den beruflichen Interventionsmöglichkeiten erklärt werden (korrigiertes R -Quadrat 0,223, siehe Tabelle 33). Es existiert außerdem ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der durchgeführten ANOVA in Tabelle 34 ($F(18,508)=9,40$; $p=0,000$). Nachfolgend wird deshalb die Berechnung der Regressionskoeffizienten durchgeführt.

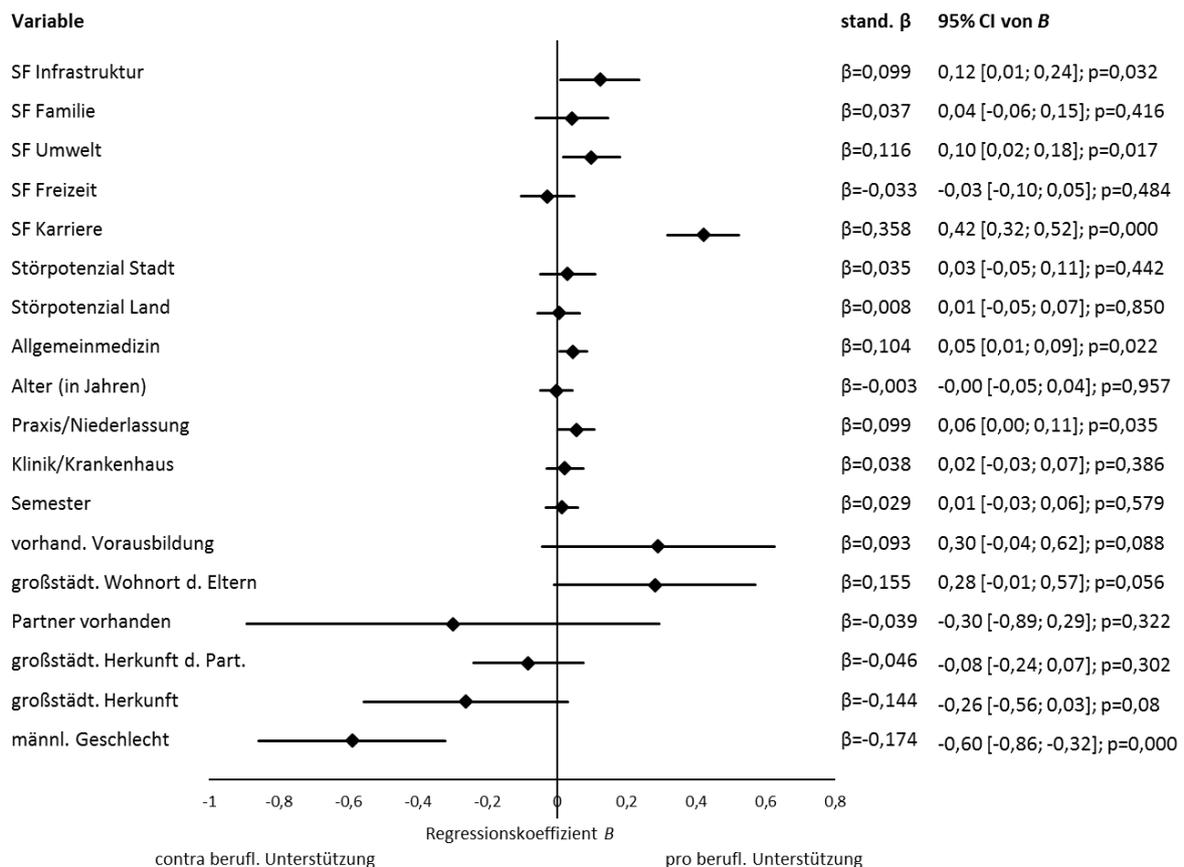


Abbildung 23: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der beruflichen Interventionsmöglichkeiten

In Abbildung 23 erkennt man, dass karrierebezogenen Faktoren den größten signifikanten Einfluss auf die Attraktivität beruflicher Unterstützung der Region besitzen ($\beta=0,358$; $B=0,42$). Daneben hat auch das Geschlecht einen größeren Einfluss ($\beta=-0,174$): Männer vergeben 0,6 Punkte weniger als Frauen. Damit ist das Interesse an beruflichen Interventionen bei Frauen signifikant größer als bei Männern. Weitere Einflussvariablen, die bei steigender Attraktivität auch mit größerem Interesse für diese Interventionen einhergehen, stellen umweltbezogene ($\beta=0,116$; $B=0,10$) und infrastrukturelle Faktoren ($\beta=0,099$; $B=0,12$) als auch die Allgemeinmedizin ($\beta=0,104$; $B=0,05$) und die Tätigkeit in der Niederlassung ($\beta=0,099$; $B=0,06$) dar.

Eine berufliche Unterstützung ist von karriereorientierten Medizinern gewünscht, insbesondere auch bei den Frauen. Eine Tätigkeit in der Niederlassung bzw. als Allgemeinmediziner steigert die Sympathie für diese Interventionen weiter. Ist den angehenden Ärzten die Umwelt oder Infrastruktur wichtig, so ist berufliche Hilfe ebenfalls interessanter.

4.15.11 Außerberufliche Interventionen

Neben den analysierten beruflichen Interventionsmöglichkeiten folgen hier die außerberuflichen. Im Mittel erhalten diese $6,4 \pm 1,6$ (MW \pm SD) von 10 Attraktivitätspunkten. Folgende Unterstützungen werden dafür zu einem Summenfaktor zusammengefasst:

- Bereitstellung eines Autos
- Kontaktpflege zu Kollegen
- Hilfe bei der Suche eines Arbeitsplatzes für den Partner
- „Welcome-Abteilung“
- Einführen gesellschaftl. Angebote
- Bauland zuweisen
- Feste Ansprechpartner bei Behörden
- Präsentation der Kultur, der Landschaft, des Freizeitangebotes
- Bereitstellen eines KiTa-Platzes

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,520	,271	,245	1,29929

Tabelle 35: Modellzusammenfassung der außerberuflichen Interventionsmöglichkeiten

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	319,108	18	17,728	10,502	,000
Nicht standardisierte Residuen	859,269	509	1,688		
Gesamt	1178,377	527			

Tabelle 36: ANOVA der Regression der außerberuflichen Interventionsmöglichkeiten

Die Antworten variieren von Person zu Person. 24,5% dieser Variabilität kann durch die unterschiedlichen Ausprägungen der Kovariablen erklärt werden (korrigiertes R-Quadrat 0,245, siehe Tabelle 35). Durch die nachfolgende signifikante ANOVA in Tabelle 36 kann mit der Berechnung der Koeffizienten fortgefahren werden ($F(18,509)=10,50$; $p=0,000$).

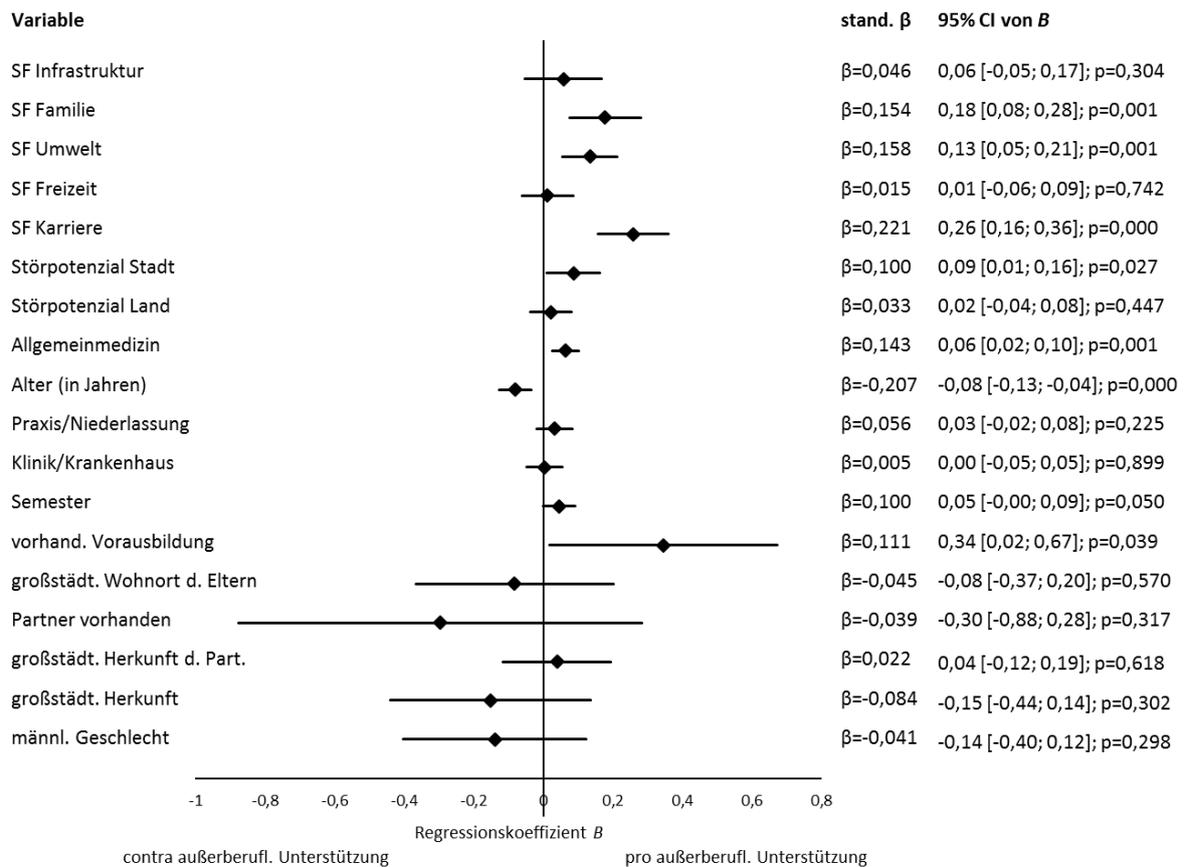


Abbildung 24: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der außerberuflichen Interventionsmöglichkeiten

Aus Abbildung 24 wird ersichtlich, dass mit größerem Interesse für karrierebezogenen Faktoren auch die Attraktivität außerberuflicher Interventionen um 0,26 Punkte steigt ($\beta=0,221$). Weitergehend haben auch familienbezogene ($\beta=0,154$; $B=0,18$) und umweltbezogene Faktoren ($\beta=0,158$; $B=0,13$) signifikanten positiven Einfluss auf sie. Insgesamt den zweitgrößten Einfluss der untersuchten Variablen hat das Alter ($\beta=-0,207$). Je zusätzlichem Lebensjahr sinkt das Interesse an außerberuflichen Interventionen um 0,08 Punkte. Weitere signifikante Kovariablen stellen ein steigendes Störpotenzial der großstädtischen Push-Faktoren ($\beta=0,100$; $B=0,09$) und eine vorhandene Ausbildung bzw. ein weiteres Studium vor dem Medizinstudium ($\beta=0,111$; $B=0,34$) dar. Diese Kovariablen haben eine signifikant steigende Attraktivität der außerberuflichen Unterstützungsmöglichkeiten zur Folge.

In der Einzelfaktorenanalyse mittels *t*-Test stellte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern bei den folgenden Faktoren heraus:

- Bereitstellen eines Kita-Platzes
($M_w=8,4$; $SD_w=2,2$ vs. $M_m=7,8$; $SD_m=2,5$; $t(441,2)=3,6$; $p=0,000$)
- Präsentation der Kultur, Landschaft und Freizeitangebote einer Region
($M_w=5,7$; $SD_w=2,7$ vs. $M_m=5,0$; $SD_m=2,7$; $t(1051)=3,9$; $p=0,000$)
- Einführen von gesellschaftlichen Angeboten, gemeinsame Sportgruppen, etc.
($M_w=5,6$; $SD_w=2,7$ vs. $M_m=5,1$; $SD_m=2,8$; $t(1041)=2,6$; $p=0,010$)
- Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen und Gänge
($M_w=6,3$; $SD_w=2,5$ vs. $M_m=5,7$; $SD_m=2,7$; $t(1052)=3,1$; $p=0,002$)

Abkürzungen: weiblich (w), männlich (m), ländliche Herkunft (L), (groß-)städtische Herkunft (S)

Dies kann durch die multivariate Analyse in Zusammenschau mit weiteren Einflussvariablen nicht bestätigt werden.

Weitere außerberufliche Unterstützung ist vor allem bei den jüngeren Medizinerinnen attraktiv, die sich für verschiedene Aspekte einer Region interessieren (Umwelt, Karriere, Familie). Waren die angehenden Ärztinnen vor dem Studium anderweitig tätig oder stören sich zudem noch an der (Groß-)Stadt, so wünschen sie sich vermehrt auch diese Hilfe neben dem Berufsleben. Univariat zeigen Frauen an der außerberuflichen Hilfe ein größeres Interesse als Männer.

4.16 Ergebnissen vor Ort tätiger Ärzte und Entscheidungsträger

4.16.1 Allgemeines zur Befragungsgruppe vor Ort tätiger Ärzte

Es folgen allgemeine Daten zum befragten Kollektiv an bereits vor Ort tätigen Ärztinnen und Ärzten. Insgesamt haben $n=101$ Ärztinnen und Ärzte auf den Befragungsbogen geantwortet. Anders als bei den Studierenden überwiegt bei den Ärzten der Anteil von Männern mit 58% ($n=58$) den Anteil der Frauen ($n=42$; 42,0%). Keine Angabe zum Geschlecht machte $n=1$ Person.

Altersgruppen	Anzahl [n]
26-30	14
31-35	15
36-40	10
41-45	12
46-50	15
51-55	17
56-60	7
61-65	4

Tabelle 37: Altersverteilung der befragten Ärzte ($n=94$)

Tabelle 37 zeigt die Altersverteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte. So sind 28% ($n=28$) der Befragten über 50 Jahre alt, demgegenüber 30,9% ($n=29$) 35 Jahre und jünger. Dazwischen befinden sich 39,4% ($n=37$) der Ärzte mit einem Lebensalter von 36 bis 50 Jahren. Keine Angabe zu ihrem Alter machten $n=7$ Befragte.

Der größte Teil des ärztlichen Befragungskollektives ($n=80$; 80,0%) kommt aus Regionen mit einer Einwohnerzahl zwischen 5.000 und 50.000. Die restlichen Befragten geben an, in einem Ort mit <5.000 EW zu wohnen ($n=13$; 13,0%) oder in einer Stadt mit >50.000 EW ($n=7$; 7,0%). Außerdem machte $n=1$ Person keine Angabe zu dieser Frage.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte wohnen in 24 verschiedenen Orten, wobei etwas mehr als ein Drittel ($n=33$; 36,7%) in Vechta lebt. Keine Angaben machten $n=11$ Personen zu dieser Frage.

Abbildung 25 zeigt den Arbeitsort der praktizierenden Ärzte auf:

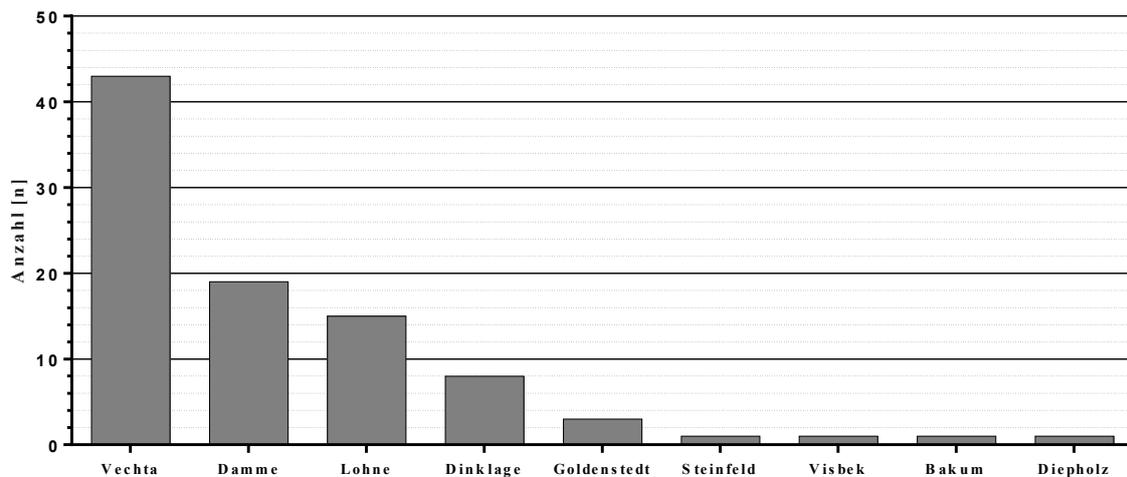


Abbildung 25: Arbeitsort der befragten Ärzte ($n=92$)

Es zeigt sich, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte in mindestens neun unterschiedlichen Orten arbeiten. Die meisten Befragten ($n=43$; 46,7%) arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung in Vechta, gefolgt von Damme ($n=19$; 20,7%), und Lohne ($n=15$; 16,3%). Weitere Arbeitsorte waren Dinklage, Goldenstedt, Steinfeld, Visbek, Bakum und Diepholz. Keine Angabe machen $n=9$ Personen. 65,1% der in Vechta tätigen Ärzte leben auch in der Stadt Vechta, die übrigen verteilen sich auf sonstige Städte und Orte. Weiter kann aufgezeigt werden, dass nicht alle Ärzte, die in der Region Vechta tätig sind, auch genau dort ihren Lebensmittelpunkt haben. So finden sich unter dem Wohnort auch von Vechta weiter entfernte Städte, wie z.B. Münster oder Lingen.

Eine andere Frage ist, wo die Ärzte aufgewachsen sind, die in der Region tätig sind. Abbildung 26 zeigt die Herkunft der befragten Ärztinnen und Ärzte auf.

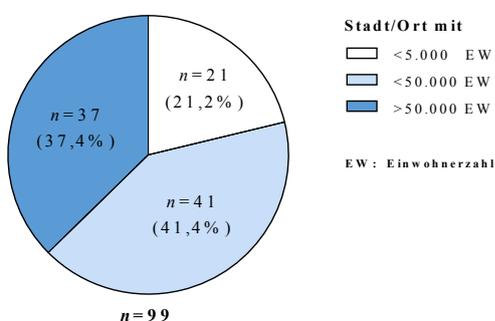


Abbildung 26: Herkunftsort der befragten Ärzte ($n=99$)

Etwa gleiche Teile stammen aus dem (groß-)städtischen Bereich ($n=37$; 37,4%), der definiert wurde als Einwohnerzahl >50.000 und dem Übergangsbereich ($n=41$; 41,4%) mit <50.000

Einwohnern. Aus der ländlichen Gegend stammt der kleinste Teil mit 21,2% ($n=21$) der Befragten. Keine Angaben machten $n=2$ Personen.

Daran knüpft die Frage an, ob die Ärztinnen und Ärzte in ihre Heimatregion zurückgekehrt sind oder nicht. Abbildung 27 verschafft hierzu Klarheit.

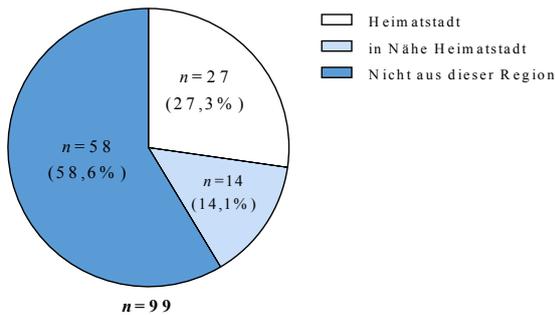


Abbildung 27: Rückkehr der befragten Ärzte in die Region ($n=99$)

Ein nicht unerheblicher Teil der befragten Ärztinnen und Ärzte ist dort aufgewachsen, wo er momentan arbeitet und somit in seine Heimat zurückgekehrt ($n=27$; 27,3%) oder wohnt in der unmittelbaren Nähe der Heimatstadt ($n=14$; 14,1%). Der Anteil der Rückkehrer beträgt also 41,4%. Demgegenüber steht der Anteil der Befragten, der nicht aus der Region ($n=58$; 58,6%) stammt, wo er jetzt arbeitet. Keine Angabe machen $n=2$ Personen. Wissenswert ist auch, in welcher Fachrichtung die Ärzte tätig sind. Tabelle 38 gibt darüber Aufschluss.

Fachrichtungen	Anzahl [n]
Neurologie	15
Allgemeinmedizin	13
Gynäkologie	10
Innere Medizin	10
Urologie	8
Pädiatrie	7
Anästhesie	7
keine Angabe	7
Allgemein-/ Viszeralchirurgie	4
HNO	4
Unfallchirurgie/ Orthopädie	3
Dermatologie	3
Kardiologie	2
Radiologie	2
Strahlentherapie	1
Nephrologie	1
Diabetologie	1
Notfallmedizin	1
Generalarzt	1
Augenheilkunde	1

Tabelle 38: Angestrebte oder erworbene Facharztbezeichnung der befragten Ärzte (n=101)

In Tabelle 38 sind die Angaben der befragten Ärzte zum erworbenen oder angestrebten Facharzt aufgelistet. Gab es mehrere Angaben zur Fachrichtung in dem Freitext-Feld, wurde die erstgenannte Fachrichtung ausgewählt.

Die vier am meisten vertretenen Fachrichtungen, worin die befragten Ärztinnen und Ärzte einen Facharzt erworben haben oder ihn noch anstreben sind folgende:

1. Neurologie (n=15)
2. Allgemeinmedizin (n=13)
3. Innere Medizin (n=10)
4. Gynäkologie (n=10)

Diese Werte sind nicht repräsentativ für die Region oder die Attraktivität der Fachrichtungen, sondern sagen lediglich aus, wie viele Ärzte aus dieser Fachrichtung auf die Befragung geantwortet haben. Damit zusammenhängend wurde analysiert, wo die befragten Ärztinnen und Ärzte primär tätig sind. 63,9% der Ärztinnen und Ärzte arbeiten in einem

Klinikum/Krankenhaus und 35,1% in einer Praxis/Niederlassung. 1% arbeiten in anderen Bereichen (Freitext: „Dozent, Beratung“), $n=4$ Befragte machten keine Angabe zu dieser Frage.

Auch in dieser Befragungsgruppe interessierte, ob vor dem Studium eine Ausbildung abgeschlossen oder begonnen wurde. Etwa 27,3% der befragten Ärztinnen und Ärzte gibt an, vor dem Studium eine Ausbildung oder ein anderes Studium zumindest begonnen zu haben, dem gegenüber stehen 72,7% ohne Vorausbildung. Keine Angabe zu dieser Frage machten $n=2$ Personen. Im Feld für Freitextangaben, welche Ausbildung oder welches Studium zuvor begonnen/abgeschlossen wurde, fallen diverse Angaben auf, darunter häufig Rettungsassistenten/innen und Berufe in der Pflege.

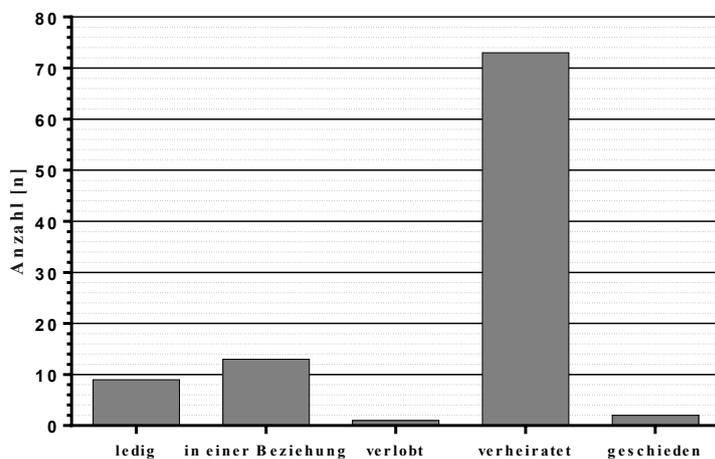


Abbildung 28: Familienstand der befragten Ärzte ($n=98$)

Abbildung 28 zeigt den Familienstand der befragten Ärztinnen und Ärzte. Es sind die meisten Befragten ($n=87$; 88,8%) in einer Partnerschaft (d.h. in einer Beziehung, verlobt oder verheiratet); der andere Teil ($n=11$; 11,2%) ist in keiner Partnerschaft (ledig oder geschieden). Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass die geschiedenen Personen nicht bereits eine neue Beziehung haben. Keine Angabe machten $n=3$ Personen.

Abbildung 29 zeigt auf, ob weitere Ärztinnen und Ärzte in der Verwandtschaft vorkommen.

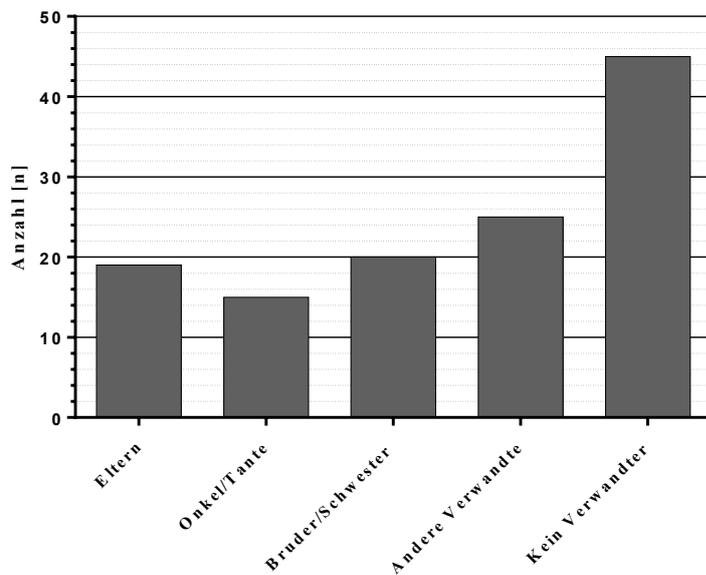
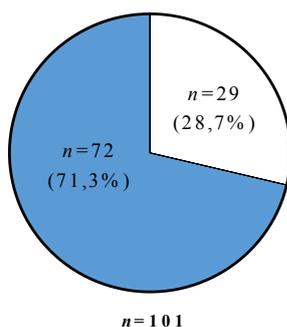


Abbildung 29: Angabe der befragten Ärztinnen und Ärzte zum Vorkommen von Ärztinnen/Ärzten in der Familie/Verwandtschaft ($n=100$)

Insgesamt geben 45,0% an, die einzigen in der nahen Verwandtschaft zu sein, die den Beruf des Arztes ausüben. Die übrigen haben weitere Ärzte in der Familie, bei 19,0% ist mindestens ein Elternteil Mediziner. Es ist auch hier eine Mehrfachauswahl möglich gewesen. Eine Person ging in die Auswertung nicht mit an, da sie keine plausible Antwortkombination ausgewählt hat („Bruder/Schwester“ sowie „Kein Verwandter“).



□ keine Kinder
■ Kinder

Kinderzahl	Anzahl [n]
1	11
2	29
3	20
4	9
5	1
6	1
Anzahl [n]	71

Abbildung 30: Kinder der befragten Ärzte ($n=101$)

Tabelle 39: Kinderzahl der befragten Ärzte ($n=71$)

Die Mehrzahl der Befragten Ärztinnen und Ärzte hat ebenfalls bereits Kinder ($n=72$; 71,3%), wie die nachfolgende Abbildung 30 zeigt. Die übrigen Befragten ($n=29$; 28,7%) sind kinderlos. Direkt daneben findet sich Tabelle 39 mit der Kinderanzahl aufgeführt. Die meisten Befragten haben zwei ($n=29$) oder drei ($n=20$) Kinder, gefolgt von einem Kind ($n=11$). Wenige Ärztinnen

und Ärzte haben vier ($n=9$) oder fünf ($n=1$) oder sogar sechs Kinder ($n=1$). Eine Person mit der Angabe, Kinder zu haben, hat keine Aussage zur Kinderzahl gemacht.

4.16.2 Analyse der Befragungsergebnisse

Die befragten Ärztinnen und Ärzte vor Ort konnten angeben, ob sie in der Region Vechta bzw. der näheren Umgebung aufgewachsen sind und somit dorthin zurückgekehrt sind oder nicht. Daraus ergeben sich zwei Subgruppen, die miteinander verglichen werden können. Die Gesamtbewertungen der Faktoren durch die befragten Ärztinnen und Ärzte finden sich als Tabellen im Anhang (siehe Kapitel 12.1, Seiten 150-155). Es soll sich hier auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden ärztlichen Subgruppen konzentriert werden, da alles weitere den Rahmen dieser Dissertation sprengen würde. Im Verlauf dieses Kapitels ist von „Ärzten aus der Region“ mit der Region als Heimat und (zuvor) „regionsfremden Ärzten“, die nicht aus der näheren Umgebung stammten, die Rede.

Lebensaspekt/ Standortfaktor	T-Test für die Mittelwertgleichheit				Mittelwerte	
	T	df	p	mittl. Diff.	aus Region	regionsfremd
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	3,76	95	0,00	2,28	5,2	2,9
Freundeskreis in der Nähe (<15km)*	3,08	95	0,00	1,68	5,6	3,9
Eigenes Haus	2,51	97	0,01	1,60	7,4	5,8
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	2,40	95	0,02	1,41	3,8	2,4
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten	-2,09	95	0,04	-0,93	2,2	3,1
Hohes Gehalt	-2,53	96	0,01	-1,00	6,6	7,6
Kurze Fahrzeiten zur Arbeit*	-2,16	66	0,03	-1,10	7,5	8,6
Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)	-2,08	96	0,04	-1,25	5,3	6,5
Kunst und Kultur (Museen, etc.) erreichbar	-2,20	81	0,03	-1,26	4,5	5,8
Entfernung zwischen Orten oder Städten	-2,70	97	0,01	-1,32	5,2	6,5
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit*	-2,11	74	0,04	-1,35	6,6	7,9
Promotionsmöglichkeiten	-2,20	96	0,03	-1,51	3,0	4,6
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	-3,04	96	0,00	-1,72	4,0	5,7
Chefärztkontakt durch Seminare	-2,93	95	0,00	-1,93	3,5	5,4
Therapiebegleitende Forschung*	-3,14	96	0,00	-1,94	2,1	4,1
Stallgeruch	-3,21	96	0,00	-1,99	4,9	6,9

*korrigiert wegen Varianzungleichheit

Tabelle 40: Signifikante Unterschiede zwischen Ärzten aus der Region und regionsfremden Ärzten

In Tabelle 40 zeigen sich oberhalb der quer verlaufenen Linie Lebensaspekte, die auf signifikant größeres Interesse bei den Ärzten aus der Region stoßen als bei regionsfremden; die Differenz ist positiv. Unterhalb der Querlinie finden sich Aspekte, die signifikant attraktiver bei regionsfremden Ärzten bewertet werden; diese Differenz ist negativ.

Bei Ärzten aus der Region finden sich vor allem soziale Faktoren, wie die Nähe zu Eltern und Geschwistern, die unmittelbare Nähe zum Freundeskreis (<15km) und der Wunsch nach einem eigenen Haus. Zwischen dem „Stallgeruch“, der Entfernung zwischen Orten und Städten und

wenig öffentliche Nahverkehrsmittel (ÖPNV) besteht eine umgekehrte Kausalität, da hier eine niedrigere mittlere Bewertung mit einer größeren Akzeptanz des Faktors einhergeht. Für Ärzte aus der Region haben der „Stallgeruch“, die Entfernung zwischen Orten/Städten sowie wenige Bus- und Bahnverbindungen ein signifikant geringeres Störpotenzial als für die Vergleichsgruppe.

Die regionsfremden Ärzte bewerten einige berufliche Faktoren signifikant wichtiger als ihre Kollegen aus der Region. Dazu gehören die kurze Fahrtzeit zur Arbeit (<30 min), ein hohes Gehalt, Chefarztkontakte durch Seminare, Promotionsmöglichkeiten und therapiebegleitende Forschung. Zusätzlich findet sich noch ein signifikant größeres Interesse an erreichbarer Kunst und Kultur und an dem Einführen von gesellschaftlichen Angeboten.

Diese Ergebnisse lassen sich durch die in Kapitel 4.15 genutzten Summenfaktoren ergänzen.

- Allgemeinmedizin
($M_{aR}=6,7$; $SD_{aR}=3,4$ vs. $M_{RF}=4,8$; $SD_{RF}=3,3$; $t(88)=2,6$; $p=0,01$)
- Infrastrukturelle Faktoren
($M_{aR}=6,3$; $SD_{aR}=1,5$ vs. $M_{RF}=7,4$; $SD_{RF}=1,7$; $t(97)=-3,3$; $p=0,001$)
- Karrierefaktoren
($M_{aR}=5,8$; $SD_{aR}=1,3$ vs. $M_{RF}=6,8$; $SD_{RF}=1,6$; $t(97)=-3,4$; $p=0,001$)
- Störpotenzial des ländlichen Bereichs
($M_{aR}=5,1$; $SD_{aR}=2,1$ vs. $M_{RF}=6,6$; $SD_{RF}=2,1$; $t(97)=-3,5$; $p=0,001$)

Abkürzungen: Ärzte aus Region (aR), regionsfremde Ärzte (RF)

Hinsichtlich familiärer, freizeit- und umweltbezogener Faktoren zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Interventionsvorschläge für eine Region sowie das Störpotenzial der Großstadt werden ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich bewertet. Karrierebezogene und infrastrukturelle Faktoren sind signifikant attraktiver für regionsfremde Ärzte. Ärzte aus der Region zeigen ein signifikant größeres Interesse an der Allgemeinmedizin und stören sich signifikant weniger an den Push-Faktoren des ländlichen Bereichs.

4.16.3 Allgemeines zur Befragungsgruppe Entscheidungsträger

Es folgen allgemeine Daten zum dritten befragten Kollektiv, den Entscheidungsträgern vor Ort. Dieses schließt Bürgermeister und ihre Stellvertreter, Ratsmitglieder und Amtsleiter ein, an welche der Befragungsbogen weitergegeben wurde. Insgesamt haben $n=16$ Entscheidungsträger ausschließlich online auf den Befragungsbogen geantwortet. Der Anteil von Männern mit $n=13$ (81,25%) Teilnehmern überwiegt den der Frauen ($n=3$; 18,75%).

Die Entscheidungsträger folgender Gemeinden/Städte in der Region Vechta haben an der Befragung teilgenommen:

- Dinklage
- Goldenstedt
- Steinfeld
- Bakum
- Visbek
- Vechta
- Holdorf
- Damme

Tabelle 41: Gemeinden/Städte der befragten Entscheidungsträger

Es haben $n=6$ Befragte keine Angabe zu ihrer Stadt/Gemeinde gemacht.

Die Einwohnerzahlen reichen von 6.000 Einwohnern bis 34.000 Einwohnern, es befinden sich also alle in dem „Übergangsbereich“, der mit <50.000 Einwohnern definiert wurde. Laut Entscheidungsträgern reicht die Spannweite der tätigen Ärztinnen und Ärzte von null bis zu $n=82$ Krankenhausärzten und von null bis zu $n=15$ niedergelassenen Ärzten.

Die Herkunft der Entscheidungsträger ist in Abbildung 31 zu sehen.

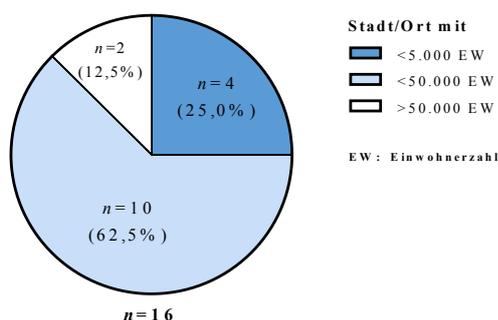


Abbildung 31: Herkunft der befragten Entscheidungsträger (n=16)

Der Übergangsbereich mit <50.000 Einwohnern ist am stärksten vertreten mit $n=10$ Befragten (62,5%). Die übrigen Befragten stammen aus dem ländlichen Bereich mit <5.000 Einwohnern ($n=4$; 25,0%) oder der Stadt mit >50.000 Einwohnern ($n=2$; 12,5%).

4.16.4 Vergleich der drei Befragungsgruppen

Zunächst soll allgemein herausgestellt werden, welchen zehn Faktoren die Ärzte den höchsten Stellenwert eingeräumt haben, um dies daraufhin mit denen der Studierenden zu vergleichen (siehe Kapitel 4.12). So ergibt sich für die Ärztinnen und Ärzte folgende Rangfolge von Faktoren (MW \pm SD):

- Gutes Arbeitsklima unter Kollegen (9,2 \pm 1,5)*
- Kontakt zu Patienten (8,7 \pm 1,8)*
- Zusammenwohnen mit dem Partner (8,6 \pm 2,5)*
- Zeit für Familie (8,3 \pm 1,7)*
- Gute Work-Life Balance (8,2 \pm 2,2)*
- Kurze Fahrtzeit zur Arbeit (8,1 \pm 2,4)*
- Verantwortung übernehmen (8,1 \pm 1,6)
- Selbstständigkeit (8,1 \pm 2,3)
- Gute Einarbeitung (8,1 \pm 2,0)*
- Regelmäßige Fort-/Weiterbildung (7,7 \pm 2,2)*

*ebenfalls in den Top 10 der Studierenden

Tabelle 42: Stellenwert der untersuchten Aspekte für die befragten Ärzte im Gesamtvergleich

Acht der zehn aufgelisteten Faktoren finden sich auch in den Top 10 der Studierenden. Die in Klammern angegebenen Differenzen beziehen sich auf den Rang bei den Ärzten im Vergleich zu denen der Studierenden (siehe Kapitel 4.12).

Der Wunsch nach einem guten Arbeitsklima unter Kollegen ist bei beiden Gruppen an der Spitzenposition aufzufinden. Die regelmäßige Fort- und Weiterbildung befindet sich bei Ärzten sowie Studierenden auf dem 10. Rang. Die übrigen Faktoren, die in beiden Gruppen vorhanden sind, zeigen Differenzen von einer bis sechs Rangpositionen. Die kurze Fahrtzeit zur Arbeit, das Übernehmen von Verantwortung, die Selbstständigkeit und gute Einarbeitung liegen mit ihren Mittelwerten nah beieinander. Die Selbstständigkeit und das Übernehmen von Verantwortung tauchen bei den Studierenden nicht mit einem ähnlich hohen Stellenwert auf. Anstelle dessen besteht bei den Studierenden eine hohe Attraktivität eines Arbeitsplatzes für den Partner und ein großes Interesse an dem Erwerb von Facharzt- und Zusatzbezeichnungen (ausführlich in Kapitel 4.12).

Die Entscheidungsträger und Bürgermeister der Region Vechta und Umgebung konnten als Beispiel für eher ländliche Regionen zunächst beschreiben, was ihre Region bieten kann und wie sie die Wünsche der zukünftigen Ärzte einschätzen. Dabei schätzen die Entscheidungsträger die meisten Faktoren zutreffend als für die Studierenden wichtig ein. Eine große Diskrepanz zeigt sich dabei in der Gleichberechtigung im Beruf, die bei 70,8% der Studierenden als (sehr) wichtig bewertet wird, die Entscheidungsträger dies aber nicht so einschätzen. Der Bedarf der Beispielregion Vechta und Umgebung besteht vorrangig an Ärzten in Niederlassungen und Krankenhäusern. Als mögliche Fahrtzeit zur Arbeit geben 15 der 16 befragten Entscheidungsträger an, dass sie eine Autofahrt von weniger als 30 Minuten sowohl zur nächsten Niederlassung als auch zum Krankenhaus aufweisen. Auch mögliche attraktive Interventions- bzw. Unterstützungsmöglichkeiten wurden den Entscheidungsträgern aufgeführt, die sie hinsichtlich der mutmaßlichen Attraktivität für die angehenden Mediziner bewerten sollten. Dieses ist in Tabelle 43 dargestellt.

Unterstützung der Stadt/Region bei ...	Attraktiv laut Stud. [%]	Attraktiv laut Entscheidungstrg. [%]
Facharzt-Ausbildung	95,9	86,7
Erwerb von Zusatzbezeichnungen	91,0	66,7
Förderung der Weiterbildung vor Ort	90,6	57,1
Kontaktpflege zu Kollegen	88,8	80,0
Aufstellen eines Ausbildungsplans	87,1	60,0
Bereitstellen eines Kita-Platzes	86,8	93,3
Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika (z.B. in Niederlassungen)	77,1	53,3
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in	75,6	86,7
Bereitstellung von einem Auto	62,3	42,9
Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation	62,2	40,0
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge	59,7	66,7
Bauland zuweisen	56,0	66,7
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes	52,5	60,0
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten	51,8	46,7
Spezielle Abteilung der Stadt für das "Einleben" in der Region ("Welcome-Abteilung")	43,1	46,7

Tabelle 43: Attraktivität von Interventionsmöglichkeiten für Studierende ($n=1.043$) und Entscheidungsträger ($n=14$)

Die Studierenden empfinden die Unterstützung in beruflichen Aspekten attraktiver als in außerberuflichen (siehe Kapitel 4.13). Laut Einschätzung der Entscheidungsträger steht für die

angehenden Mediziner das Bereitstellen eines Kita-Platzes noch vor den beruflichen Faktoren (93,3%). Abgesehen von der richtigen Einschätzung der Hilfe bei der Facharztweiterbildung (86,7%) und Kontaktpflege zu Kollegen (80,0%), werden die beruflichen Aspekte niedriger in ihrer Attraktivität eingeschätzt im Vergleich zu der realen Einschätzung der Studierenden. Demgegenüber wird diversen außerberuflichen Unterstützungsmöglichkeiten eine größere Wichtigkeit beigemessen.

Intervention	in Ort/Stadt umgesetzt [%]	in Region umgesetzt [%]
Feste Ansprechpartner bei Behörden	73,3	26,7
KiTa-Platz bereitstellen	71,4	28,6
Hilfe bei Suche nach Arbeitsplatz für Partner	46,7	53,3
Präsentation der Region (Freizeit, Landschaft, Kultur)	40,0	60,0
Bauland zuweisen	33,3	66,7
Einführen gesellschaftlicher Angebote	33,3	66,7
Welcome-Abteilung	26,7	73,3

Tabelle 44: Umgesetzte Interventionen laut Entscheidungsträger (n=14)

In Tabelle 44 wird aufgezeigt, inwiefern vorgegebene Interventionen in der Region bereits realisiert wurden. Laut Entscheidungsträger sind alle aufgelisteten Interventionen vor Ort oder in unmittelbarer Nähe umgesetzt. Ein großer Teil der Befragten gibt an, feste Ansprechpartner bei Behörden (73,3%) und KiTa-Plätze vor Ort bereitzustellen (71,4%). Nahezu die Hälfte hat Hilfestellungen bei der Suche nach einem Arbeitsplatz für den Partner (46,7%) oder die Präsentation der Region (40,0%) vor Ort etabliert. Ein Drittel bietet die Möglichkeit, Bauland zugewiesen zu bekommen (33,3%) oder hat bereits spezielle gesellschaftliche Angebote für die angehenden Mediziner eingeführt (33,3%). Eine Welcome-Abteilung besteht in dem Ort/der Stadt von 26,7% der befragten Entscheidungsträger.

5 Diskussion des Materials und der Methoden

5.1 Fragebogen und Fragentems

Der Fragebogen wurde anhand von vorliegenden großen Studien zu ähnlicher Thematik entworfen [45, 58, 59]. In diesen wurde sich insbesondere auf die berufliche Situation der angehenden Mediziner und die Fachrichtungswahl^[59], sowie auch auf die Zufriedenheit mit Aspekten des Studiums konzentriert^[45]. Eine Schwerpunktsetzung auf die Allgemeinmedizin und hausärztliche Tätigkeit fand teilweise ebenfalls statt^[45, 58, 59]. Außerdem wurde detailliert auf die Wünsche des PJ-Wahlfaches und die Auswahl einer Klinik eingegangen^[58, 59]. Einzelne Ideen für die Steigerung des Interesses für die Allgemeinmedizin oder generell an einer Weiterbildungsstelle wurden angerissen, wie z.B. Verdienstmöglichkeiten, geregelte Arbeitszeiten, überschaubares Risiko^[58], sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf^[59]. Es existierten hierbei keine ausreichenden Instrumente für die Erhebung der von uns gewünschten Daten bezüglich interventioneller Möglichkeiten. Deshalb mussten zusätzliche Fragentems entwickelt werden, die den Studierenden Ideen und Möglichkeiten der Werbung und Unterstützung einer Region aufzeigen. Ebenso war es ein Anliegen, einen Eindruck über störende Aspekte einer Region zu gewinnen. Hierzu kamen Ideen zum Einsatz, inwieweit mögliche Störfaktoren des Landes oder der Großstadt Einfluss nehmen könnten. Hierbei wurde sich auch auf eine ländliche Region konzentriert. Eine Validierung der Fragentems dieser Befragung ist nicht gegeben. Sie dienen zur Gewinnung eines Eindruckes über die Vorstellungen und Bedürfnisse der befragten Mediziner. Die untersuchte Gruppe ist nicht repräsentativ für alle Medizinstudierenden in Deutschland; zum einen gibt es ein deutliches Überwiegen der Befragten aus den Studienorten Bochum, Marburg und Münster, zum anderen konnten nicht alle Universitäten bzw. Studenten erreicht werden. Außerdem wurden auch nicht-repräsentative Gruppen von Ärzten und Entscheidungsträger in der Region Vechta und Umgebung befragt. Die Regionalität dieser Daten muss bei der Analyse und Diskussion beachtet werden.

5.2 Befragungsmethodik

Die Beta-Befragung wurde mit einer kleinen Gruppe an Studierenden ($n=24$) gestartet, um Verständnisprobleme oder technische Fehler im Fragebogen und der Befragungssoftware zu eruieren. Die Vorschläge der Testgruppe wurden ergänzt. Es schloss sich eine erste Befragungsrunde von $n=90$ Medizinstudierenden an. Die Rückmeldungen der Befragten und ersten Daten haben unter anderem ergeben, dass die meisten Studierenden einen online

auszufüllenden Fragebogen bevorzugen und auch so besser erreichbar sind. Die direkte Folge dessen war, dass sich vermehrt auf die Verbreitung der Befragung mittels online verfügbaren Medien spezialisiert wurde, ohne die Papierform gänzlich aufzugeben. Weil keine weiteren negativen Rückmeldungen zum Inhalt des Fragebogens gegeben wurden, startete eine größere Befragungsrunde von 10/2014 bis 05/2015 über universitätsinterne Verteiler und soziale Netzwerke. Die große Resonanz über soziale Netzwerke hatte zur Folge, dass einige Studienorte nicht in diesen Netzwerken vertreten waren oder nur aus einige wenigen Semestergruppen bestanden. Weiter lässt sich im Nachhinein nicht auf die Aktivität der Studierenden in diesen Netzwerken schließen. Dies führt zu einer möglichen Ungleichgewichtung der einzelnen Studienorte. Hinzu kommt auch, dass die Verteilung von Informationen an die Studierenden der Universitäten (Schwarzes Brett, Email-Verteiler, etc.) völlig unterschiedlich gehandhabt wurde. Eine Vorauswahl fand auch durch das Interesse der Studierenden zu dem Thema Ärztemangel bzw. regionalen Unterschieden in der Versorgung statt. Nicht-Interessierte haben möglicherweise nicht an der Befragung teilgenommen oder zwischenzeitlich abgebrochen. Somit konnten an den $n=36$ Universitäten unterschiedlich viele Befragte erreicht werden (Spannbreite $n=1$ bis $n=172$ Studierenden). Im Gesamten zeigt sich eine größere Anzahl von Studierenden aus Bochum, Marburg und Münster (siehe Kapitel 4.1). Die befragte Gruppe ist somit möglicherweise nicht repräsentativ für alle Medizinstudierenden in Deutschland.

Bei der Befragungsgruppe der Ärzte haben mehr Krankenhausärzte als niedergelassene Ärzte auf die Befragung geantwortet (Klinik: 63,9% vs. Niederlassung: 35,1%, siehe Kapitel 4.16.1). Dies liegt primär an der besseren Erreichbarkeit von Krankenhausärzten, da sie sich gebündelt an einem Ort aufhalten. Die Ansprechrate von niedergelassenen Ärzten auf Emails war gering, sodass sie größtenteils persönlich aufgesucht wurden. Dies führte zu einer steigenden Zahl an Rückläufern des Fragebogens durch persönliches Abgeben und Abholen derselben. Dieses Vorgehen wurde zeitgleich auch bei den Krankenhausärzten erfolgreich angewandt.

5.3 Wahl der Skalierung

Das Skalenniveau ist unterschiedlich, es reicht von der Nominalskala über die Ordinalskala bis zur Intervallskala, die Befragten konnten ihre Einschätzungen von 0 bis 10 abgeben, wobei nur die Extrema benannt wurden, in anderen Fragen auch Zwischenstufen. Daraufhin wurde für eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse definiert, dass die Bewertungen über der Skalenmitte (d.h. der neutralen Position, Punktzahl 5) und unterhalb dieser zusammengefasst

wurden. Daraus folgend wurde die Detailliertheit der Auswertung zugunsten einer besseren Auswertbarkeit und Lesbarkeit reduziert. Es kann zusätzlich festgehalten werden, dass sich die Befragten bewusst für eine Position ober- oder unterhalb der neutralen Skalenmitte entscheiden und somit diese Zusammenfassung der Bewertungen plausibel ist. Zusätzlich sind im Anhang die Mittelwerte der Bewertungen aufgelistet, in denen diese Zusammenfassung der Werte primär nicht stattgefunden hat (siehe Kapitel 12.1, Seiten 140-155).

5.4 Methodik der univariaten und multivariaten Analyse

Durch das Runden der Mittelwerte auf eine Nachkommastelle nach den Berechnungen, erscheinen einige Differenzen minimal größer oder kleiner als tatsächlich. Eine Problematik der Mittelwertvergleiche ist eine weniger detaillierte Beschreibung der exakten Punkteverteilung. Zugunsten der Übersichtlichkeit, um die Ergebnisse einzuordnen und anschaulicher darstellen zu können, zeigt sich diese Methode aber als ausreichend. Durch das Kategorisieren von inhaltlich zusammenhängenden Faktoren geht die Detailliertheit verloren, und univariat signifikante Unterschiede zeigen sich gegebenenfalls multivariat nicht mehr signifikant. Auch weisen die Fragenitems in der Faktorenanalyse teilweise eine hohe Nebenladung auf mehrere gemeinsame Faktoren auf. Hierdurch ist keine Validität dieser Teilergebnisse gegeben. Durch die Gruppierung konnten einige Faktoren zu mehreren Kategorien zuordnet werden. Es wurde sich jedoch auf eine Zuordnung je Faktor beschränkt.

5.5 Problematik ausgewählten Faktoren

Bei einigen wenigen Faktoren hat sich gezeigt, dass es Probleme bei dem Verständnis und der individuellen Bedeutung gibt. Auch ist eine persönliche Rückfrage bei elektronischen Medien zwar schnell, aber tatsächlich weniger häufig geführt worden, um Fragen zu klären. Im Einzelnen ist dies erstens die „Welcome“-Abteilung, da der Begriff nicht näher erläutert wurde, und so Freiraum für Interpretation bestand. Es ist deshalb schwierig zu differenzieren, ob die Bewertung dieses Faktors aus Unwissen über die Bedeutung dieses Begriffes oder nach individuellem Verständnis und darauf begründeter Punktevergabe entstanden ist. Zweitens zeigt sich dies auch bei dem Begriff des Alleinstellungsmerkmals der Niederlassung. Auch dieser Begriff lässt Spielraum für Interpretationen. Es kann sowohl als negativer Aspekt gesehen werden, sich als niedergelassener Arzt durchsetzen zu müssen und einem hohen Risiko ausgesetzt zu sein, oder als positiver Aspekt, durch die Selbstständigkeit mit der eigenen Niederlassung autonom und handlungsbestimmend dazustehen.

Der hier aufgetretene Interpretationsspielraum hätte durch eine persönliche Erklärung auch speziell dieser beiden Begriffe vermutlich verkleinert werden können. Eine schriftliche detaillierte Erläuterung im Fragebogen hat demgegenüber den Nachteil eines zu großen Textumfanges, was zu Befragungsabbrüchen führen kann.

5.6 Stichprobenumfang

Der Stichprobenumfang n wird anhand folgender Formel berechnet:

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)} \quad \text{mit}$$

n - Stichprobenumfang
 z - zentrale Aussagewahrscheinlichkeit
 p - Attributen Prozentsatz
 e - Fehlerbereich
 N - Gesamtheit

Es kann angenommen werden, dass die Gesamtheit $N=87.863$ beträgt^[111]; dies ist die Anzahl an Medizinstudierenden in Deutschland. Der z -Wert soll 1,96 betragen, da das Signifikanzniveau bei 95% liegen soll. Der Fehlerbereich e wird bis 5% toleriert, als Attributen Prozentsatz 0,5 festgelegt. Es ergibt sich folgende Stichprobe n :

$$n = \frac{\frac{1,96^2 \times 0,5^2}{0,05^2}}{1 + \left(\frac{1,96^2 \times 0,5^2}{0,05^2 \times 87.863}\right)} = 382,49 \approx 383$$

Die Stichprobe muss also mindestens 383 Medizinstudierende umfassen, um mit einem Konfidenzintervall von 95% und einem tolerierbaren Fehler von 5% Aussagen machen zu können. Die Gesamtzahl der Teilnehmer liegt in dieser Dissertation bei $n=1063$.

6 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit untersuchte das Anforderungsprofil zukünftiger Ärzte an den von ihnen gewünschten Lebens- und Arbeitsort. Anhand einer Befragung von $n=1.063$ Studierenden der Medizin konnte ein Eindruck gewonnen werden, welche Prioritäten diese Gruppe in Privat- und Berufsleben setzt. Dieses könnte eine Möglichkeit für (drohend) unterversorgte ländliche, sowie zunehmend auch für alle Regionen mit Ärztemangel sein, mit genauerer Kenntnis ihrer Zielgruppe unter Umständen detaillierter auf deren Bedürfnisse eingehen und so effektiver zu werben. Die gewonnenen Daten bieten erste Ideen für direkte oder indirekte Handlungsmöglichkeiten für eine unterversorgte Region, um junge Mediziner zu gewinnen.

Insbesondere soziale und familiäre Faktoren, vor allem am Arbeitsplatz („time & team“), scheinen für die Generation „Y“- bzw. „Z“-Ärzte, die befragt wurden, wichtig zu sein. Ein gutes Arbeitsklima sowie Einarbeitung und Zeit neben dem Beruf (Work-Life Balance) sollten hierbei möglicherweise gegeben sein. Zu dieser Feststellung kommen ebenfalls große Befragungen in Deutschland von Hartmannbund, Marburger Bund und der Universität Trier^[45, 58, 59]. Die Generation großer Konnektivität und Mobilität würde leeren Versprechungen nur bedingt folgen^[115, 118]. Die familiär-sozialen Faktoren rangieren in unserer Studie eindeutig vor dem Beruf, der Partner ist dabei ein großes Thema. Erst nachfolgend sind solche Aspekte wichtig, welche die Weiterbildung und die Tätigkeit als Arzt betreffen. Dieses spiegelt sich auch in der Wichtigkeit einer guten Work-Life Balance. Eine Einstellung der befragten jungen Mediziner sei es laut diversen vorliegenden, auch internationalen Studien, die Familie vor dem Beruf einzuordnen^[14, 45, 59, 85].

Der Standort mit seiner Infrastruktur, Umwelt und auch seinen Angeboten für Kinder steht in dieser Studie an dritter Stelle. Dieses scheint nicht nur bei den Medizinerinnen der Fall zu sein, sondern es bestehe laut Naturbewusstseinsstudie in Deutschland eine enge Verbundenheit mit Natur in der Heimat^[22]. Weiche Standortfaktoren, d.h. soziale oder familiäre, erscheinen zur Werbung der Mediziner attraktiver als harte Faktoren, welche den Wohnort selbst betreffen. Die Wichtigkeit der Familie sei auch laut Berufsmonitoring Trier nicht zu vernachlässigen^[59]. Es ließe sich die Hypothese aufstellen, dass sich unter Umständen einige Aspekte für unsere Kollektive generationsübergreifend halten, da sie auch bei den im Landkreis Vechta (und Umgebung) als Beispielregion tätigen Ärzten zu finden sind. Oberlander et al. können die Tendenz bestätigen, indem die befragten Ärzte auch dort das Arbeitsklima und die Teamarbeit als besonders wichtig erachten würden^[84]. Regionsfremde Ärzte sprechen sich in unserem

Kollektiv vermehrt für berufliche Aspekte aus im Vergleich zu ihren zurückgekehrten Kollegen. Dies wird auch durch einige internationale Studien postuliert^[33, 120]. Die Entscheidungsträger unserer Testregion zeigen ein gutes Auge für die Bedürfnisse der Mediziner, die Umsetzung der geforderten Aspekte und Bekanntmachung erscheint vorteilhaft.

Die Allgemeinmedizin ist insbesondere für Frauen attraktiv, ebenso laut Hartmannbund und Berufsmontoring aus Trier^[45, 59]. Die potenziellen Allgemeinmediziner sind hierbei weniger karriereorientiert und zeigen ein größeres Interesse an Unterstützung der Region (sowohl berufliche als auch außerberufliche Hilfe). Buddeberg-Fischer et al. kommen in der Schweiz auch zu diesem Ergebnis^[14]. Von der werbenden Region bzw. Klinik wird von den angehenden Mediziner hierbei vordergründig eine berufliche Unterstützung gewünscht. Es könne nicht nur bei Mediziner besonders mit einer Weiterbildung, die gut organisiert und vielfältig sein müsse, gepunktet werden^[33, 59, 116]. Unsere Daten sprechen ebenfalls hierfür (siehe Kapitel 4.8 und 4.13). Größere Studien zu dieser Thematik könnten vorteilhaft sein.

Im Folgenden wird die Bedeutung der Ergebnisse für eine werbende Region im Detail weiter diskutiert und in die aktuelle Studienlage eingeordnet. Außerdem werden einige Ideen vorgestellt und die analysierten Interventionsmöglichkeiten weiter ausgeführt. Die aufgeführten Vorschläge sind hierbei nicht als Lösung zu verstehen, sondern können erste Ansätze liefern und Anregungen bieten, die Versorgungssituation mit ärztlichem Personal anzugehen und als Wegbereiter für weitere Ideen zu dienen.

6.1 Befragungsgruppe

Der Anteil an weiblichen Studierenden in unserer Studie überwiegt mit 73,7% den Anteil an den Medizinstudentinnen in Deutschland von 60,7% im Jahr 2014 um 13%^[111]. Dies hat zur Folge, dass die männlichen Medizinstudierenden unterrepräsentiert sind. Es sagt aber auch etwas über die Befragungsgruppe selbst aus, nämlich, dass mehr Studentinnen auf die Befragung reagiert haben als deren männliche Kommilitonen. Ein Grund dafür könnte sein, dass sie sich generell mehr für dieses Thema interessieren, um ihren Ansprüchen und Vorschlägen für die Medizin der Zukunft Gehör zu verschaffen (siehe Kapitel 6.8). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass sie auch in den genutzten Medien der Befragung (siehe Material und Methoden, Kapitel 3.3) überrepräsentiert sind bzw. eher auf Emails oder Umfragen reagieren. Studien der Universität Trier oder des Hartmannbundes zeigen hingegen ein weniger ausgeprägtes Überwiegen der weiblichen Befragten mit 64,5% bzw. 64%^[45, 59].

Mit Blick auf die Altersverteilung ist ein Großteil der Teilnehmer zwischen 19 und 24 Jahre alt, der Altersmedian von Studierenden in Deutschland lag im Wintersemester 2014/15 bei 23,5 Jahren^[112]. Berechnet man den in dieser Dissertation zugrundeliegenden Median, liegt er bei 23 Jahren; hier wurde ein repräsentativer Altersdurchschnitt befragt.

Mehr als 40% der Befragten wurden in Marburg, Münster und Bochum erreicht, weshalb der Anteil dieser Studierenden an den Gesamtergebnissen groß ist und bei der Diskussion beachtet werden sollte. Weiterhin ist zu beachten, dass die Studierenden nicht an allen Universitäten in Deutschland erreicht wurden. Somit sind die Daten und die folgend diskutierten Ideen nicht auf ganz Deutschland übertragbar. Die drei ausländischen Studierenden wurden aus der Analyse nicht ausgeschlossen, da ihre Antworten sich mit denen der anderen deckten.

6.2 Standortbezogene Faktoren

In Kapitel 4.4 wurde gefragt, auf welche Resonanz einzelne positive Standortfaktoren, die im Weiteren als Pull-Faktoren bezeichnet werden, bei den Befragten stoßen. Unmittelbar daraus können erste Vorschläge abgeleitet werden, was einer Region für Möglichkeiten geboten sein können, wenn sie um junge Mediziner werben möchte.

Ein Punkt ist die Sicherstellung einer kurzen Fahrtzeit zur Arbeit. Dieses wird in dieser Studie unabhängig von der Herkunft und auch von vor Ort tätigen Ärzten gewünscht. „Kurz“ bedeutet hier eine Fahrtzeit bis 30 Minuten zum Arbeitsplatz. Eine Möglichkeit der Intervention kann darin bestehen, dass Wohnort und Arbeitsort übereinstimmen oder nahe beieinanderliegen. Bei einer Tätigkeit als niedergelassener Arzt, welche 42% anstreben, ist dies zum Großteil – auch in kleineren Orten bzw. Städten – möglich, weil die Praxis im Wohnort liegen kann. Jedoch nehme die Aversion gegenüber einem Wohnort mit sinkender Einwohnerzahl stetig zu^[59]. Die attraktivste Größe betrage laut Studie der Universität Trier und Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 100.000 bis 500.000 Einwohner^[58, 59]. Bei Großstädten mit über 500.000 Einwohnern steige die Aversion wieder. Städte in der genannten attraktiven Größe und darüber finden sich im Oldenburger Münsterland bzw. in der Region Vechta lediglich in Osnabrück, Oldenburg, Münster und Bremen mit jeweils circa 163.000, 162.000, 310.000 und 557.000 Einwohnern^[56, 71, 113]. Sie sind etwa 50, 50, 80 und 60 Autominuten von Vechta entfernt.

Ein Kompromiss könnte im Allgemeinen sein, dass der Wohnort eine größere Stadt in der Umgebung ist, die nicht weiter als 30 Minuten mit dem Auto entfernt ist. Ähnlich sieht es bei einer Tätigkeit im Krankenhaus aus, welche 40% des medizinischen Nachwuchses anstreben.

Hier lässt sich vermuten, dass Wohnort und Arbeitsort übereinstimmen können, wenn der Ort die Wunschgröße der Studierenden besitzt und ein Klinikum zur Verfügung hat. Kleinere Orte in der Nähe dieses Klinikums profitieren dann möglicherweise ebenso davon. Dörfer, die mehr als 30 Minuten von der nächsten Klinik entfernt liegen, werden unter Umständen weniger häufig gewählt werden. Sollte eine Region über solch kurze Fahrtzeiten verfügen und besteht zudem noch die Möglichkeit, in der Nähe des Arbeitsortes zu wohnen, kann sie aktiv damit werben.

Insgesamt zeigten ländliche Regionen durch die vermehrte Nutzung des Autos für den Einzelnen im Vergleich zu den Großstädten kürzere Wegzeiten und längere bei Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel^[17, 23]. Auch die Einrichtung einer Zweitwohnung könnte deshalb möglicherweise für Interessenten attraktiv sein.

Ein weiteres Thema, welches wichtig für die befragten jungen Mediziner ist, betrifft die zwischenmenschliche Seite einer Region, damit einhergehend auch die Einbindung in einer Nachbarschaft. Dies und das Gefühl willkommen zu sein wird vermehrt von Studierenden mit ländlicher Herkunft als attraktiv eingeschätzt (siehe Kapitel 4.15.3). Bereits in einer älteren Studie von Pathman et al. in den USA konnte die soziale Integration als essentieller Bestandteil für das Halten von Mediziner in ländlichen Regionen herausgearbeitet werden^[92]. Jacob et al. sprechen ebenfalls von der größeren sozialen Eingebundenheit in den ländlichen Raum bei ländlicher Herkunft und dem damit verbundenen höheren Rückkehrwillen^[59]. Dieses könnte durch aktive Kontaktsuche zu Studierenden während des Studiums oder sogar davor geschehen. Weiter könnte die Kontaktaufnahme mit festen Ansprechpartnern verbunden werden, die zwar eine eher neutrale Bewertung erhält, bei ländlichen Studierenden aber besser abschneidet als bei ihren Kommilitonen aus großstädtischen Regionen (siehe Kapitel 4.15.3). Überspitzt dargestellt, könnte das Gefühl vermittelt werden, dass der Studierende unverzichtbar für die Region ist. Hinzukommen könnten auch der Kontakt mit praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der Region, Angebote von Famulaturen^[45], vorzugsweise auch mit der Möglichkeit einer Unterkunft, knappe Vorstellung des Angebots der Region und Möglichkeiten der Unterstützungen für die Studierenden anzusprechen (siehe Kapitel 6.7)^[31, 76]. Das alles könnte beispielsweise durch die Organisation eines zwanglosen, gemütlichen Treffens gestaltet werden, zu dem interessierte Nachwuchsmediziner eingeladen werden. Die genannten Punkte stellen lediglich erste Hypothesen dar, inwieweit mit den gewonnenen Daten Interventionen möglich wären.

Wenn die Studierenden den neuen Wohnort als Lebensmittelpunkt nutzen sollen, sind auch vielfältige Freizeit- und Sportangebote unabhängig von personenbezogenen Faktoren wichtig, wie diese Befragung gezeigt hat (siehe Kapitel 4.2-4.4, 4.15.6). Ein abwechslungsreiches und interessantes Angebot kann womöglich dazu beitragen, junge Mediziner in einer Region zu halten. Nur etwa ein Fünftel ist dazu bereit, auf dieses zu verzichten. Der Vorteil städtischer Regionen ist zumeist die Verfügbarkeit von Fitness-Studios, die hohen Anklang durch Bündelung diverser sportlicher Aktivitäten finden. Besonders in Ballungsräumen, wie beispielsweise Hamburg, zeige sich die höchste Dichte an Fitness-Studios je Einwohner^[32]. Ländliche Regionen können dies nicht unbedingt vollständig selbst bieten; eventuell aber in der näheren Umgebung. Dagegen hätten diese oft ein ausgeprägteres Vereinsleben (z.B. Sport-, Schützenvereine) als die Großstädte, wie eine Befragung von 3.000 deutschen Bundesbürgern ab 14 Jahren aufgezeigt hat^[114]. Ländliche Regionen müssen deshalb nicht unbedingt in der Verfügbarkeit des (Sport-)Angebotes den großen Städten hintenangestellt sein. Neben Sport habe das Verbringen von Freizeit in der Natur – auch in landwirtschaftlich genutzten Gebieten – in der deutschen Bevölkerung einen hohen Stellenwert, 85% der Deutschen verbinden hierbei das Land mit Erholung^[20, 22].

Umwelt- bzw. naturbezogenen Aspekte zeigen sich multivariat unbeeinflusst von personenbezogenen Merkmalen. Im Einzelvergleich zeigen Frauen und die ländliche Herkunft jedoch einen positiven Einfluss auf die Bewertung dieser Faktoren (siehe Kapitel 4.15.7). Eine generell hohe Wichtigkeit von Grünanlagen ist in dieser Befragung nicht zu verkennen. Der ländliche Raum kann sich hier durch eine weniger dichte Besiedelung und damit vermehrtem Grün hervortun. 41% der Deutschen empfinde den ländlichen Bereich als bevorzugten Arbeitsort^[20]. Dies trage auch zusätzlich zum Heimatgefühl bei. In der Naturbewusstseinsstudie in Deutschland konnte gezeigt werden, dass 85% der Bevölkerung sich eng mit der Natur in der Heimat verbunden fühle^[22]. Dieses Bedürfnis könnte auch der städtische Bereich durch Parks, o.ä. befriedigen.

Es besteht die Möglichkeit, dass die Gewinnung der jungen Mediziner für eine Region auch passiv geschieht, indem die attraktiven Faktoren vorhanden sind. Eine aktive Werbung einer unterversorgten Region mit verfügbaren Angeboten und früher Kontaktherstellung zu den ländlichen Medizinstudenten bzw. vor allem Medizinstudentinnen ist dem passiven Vorgehen wahrscheinlich vorzuziehen (möglicher Aufgabenbereich einer „Welcome-Abteilung“, siehe Kapitel 6.7). So konnten Lee, et al. und D’Amore et al. in getrennten Studien in Australien

zeigen, dass ein früher und sogar kurzer Kontakt zum ländlichen Raum ein größeres Interesse für eine spätere Tätigkeit dort bewirken könne^[31, 76]. Andere Studien zeigen auf, dass sich die Einstellung zum ländlichen Bereich positiv verändere, wenn dort Studienaufenthalte bzw. Praktika verbracht werden und die Kompetenz und Organisation gegeben sind^[13, 25, 30, 33, 66, 95]. Eine Region könnte sich vorerst auf solche Mediziner konzentrieren, die in unserer Studie ein größeres Interesse an Aspekten der ländlichen Region gezeigt haben, da hier ein Vorinteresse gegeben zu sein scheint und dieses ausgebaut werden könnte. Die oben genannten Studien zeigen teilweise aber auch, dass der frühe Kontakt das Bild der ländlichen Region auch bei Studierenden mit großstädtischem Hintergrund positiv beeinflussen könne^[25, 31, 33, 76]. Es ist zu bedenken, dass diese Studien nicht aus dem deutschen Raum stammen und keine direkte, sondern eher eine vorsichtige tendenzielle Übertragbarkeit auf Deutschland besteht.

6.3 Störpotenzial einer Region

Konterpart zu den in Kapitel 6.2 diskutierten allgemeinen Standortfaktoren und Pull-Faktoren sind die Push-Faktoren: diese sind eher negativ besetzte Standortfaktoren, die Personen davon abhalten könnten, einen Standort zu wählen. Dazu wurde diese Kategorie zu zwei Themenblöcken aufgeteilt: den eher großstädtischen und den eher ländlichen Push-Faktoren. Zum Teil können die Faktoren beiden Bereichen zugeordnet werden, dann wurde sich für den subjektiv passenderen entschieden (die Aufteilung findet sich in den Kapiteln 4.15.8 und 0).

In der Analyse der Daten haben sich die Kriminalität, Luftverschmutzung sowie Lärm und viel Verkehr (Staus, etc.) als sehr störend herausgestellt. Sollten in einer Region keine öffentlichen Verkehrsmittel vorhanden sein, ist dies ebenfalls ein erheblicher Störfaktor, vor allem auf dem Land^[19]. Wie schon zuvor erwähnt wird eine Fahrtzeit zum Arbeitsplatz von weniger als einer halben Stunde sehr gut angenommen, sei es unabhängig vom Verkehrsmittel oder mit dem Auto. Die öffentlichen Verkehrsmittel (ÖPNV) ständen hier auch für die außerberufliche Nutzung, für Einkäufe, Besuche, Freizeitaktivitäten^[54] und könnten so ebenfalls einen größeren Stellenwert in der Werbung von jungen Medizinerinnen einnehmen. Hier könnte ein Potenzial für die städtischen Regionen bestehen. Für 15% aller Wege würden öffentliche Verkehrsmittel in Städten genutzt, im Gegensatz zu 5% in ländlichen Räumen^[54], dort überwiegend für außerberuflichen Zwecke. Das Auto bzw. Motorrad stelle für 88% der beruflichen Fahrten das Verkehrsmittel Nummer Eins dar^[54]. Für 75% der Studierenden hat der öffentliche Nahverkehr jedoch einen hohen Stellenwert (siehe Kapitel 4.3). Ein großes Angebot an ÖPNV in einer ländlichen Region zu schaffen sei deshalb laut Befragungsgruppe wünschenswert. Dem stehen

jedoch möglicherweise der Aufwand und die Kosten dieses Vorhabens gegenüber. Auch das alleinige Vorhandensein von ÖPNV ist nicht gleichzusetzen mit einer ausreichenden Verfügbarkeit und Flächendeckung. Das Auto als Alternative des Landes zu dem fehlenden ÖPNV^[17] mit 62% Anteil am Verkehrsaufkommen^[54] könnte demgegenüber viel Verkehr, womöglich mit Stau, Lärm und Luftverschmutzung bedeuten, welche ein großes Störpotenzial in unserem Kollektiv besitzen.

Hier scheint es sich als schwierig für eine ländliche Region darzustellen, in diesen Belangen für sich zu werben. Sollten die Gegebenheiten vorhanden sein, dass vieles in nächster Nähe im Ort bzw. in der Stadt erreichbar ist und somit keine Notwendigkeit für öffentliche oder zweitrangig private Verkehrsmittel besteht, könnte dies von Vorteil sein. Bis zu ein Drittel der außerberuflichen und privaten Wege (Einkäufe, Freizeit) der Bevölkerung werde laut Statistischem Bundesamt zu Fuß getätigt^[54]. Sicherlich hat auch eine ländliche Region womöglich mit verkehrsbedingten Phänomenen zu kämpfen, nicht zuletzt auch durch Pendler und größeren zurückzulegenden Entfernung zum nächsten Ort oder zur nächsten Stadt. Studierende aus ländlichen Regionen zeigen sich etwas toleranter, solche Entfernungen in Kauf zu nehmen (siehe Kapitel 4.15.5 und 0). Viele intelligente Lösungen, wie beispielsweise Transport auf Abruf (Moobil+, Landkreis Vechta^[83]), könnten eine Möglichkeit darstellen, eine Alternative zum Auto zu schaffen.

Eine ländliche Region zeige sich häufig geprägt von Landwirtschaft und produzierendem Gewerbe^[20]. Der „Stallgeruch“ einer ländlichen Region besitzt in unserer Studie das niedrigste Störpotenzial im Vergleich zu den anderen abgefragten Push-Faktoren. Obwohl die Studierenden vom Land den Stallgeruch vermutlich kennen und im Gegensatz zu ihren städtischen Kommilitonen möglicherweise auch erlebt haben, bewerten sie ihn als weniger störend. Ob es daran liegt, dass das Störpotenzial durch Gewohnheit abnimmt oder ein Stück Heimatverbundenheit ursächlich ist, sei hypothetisch dahingestellt. Der „Stallgeruch“ wird bei vielen befragten Studierenden, insbesondere bei Frauen, nicht als ein großer Störfaktor angesehen und ist somit möglicherweise kein maßgeblicher Grund für sie, ländliche Regionen zu meiden.

Das Störpotenzial der ländlichen Region insgesamt wird in unserer Analyse besonders von dem Interesse für die Umwelt abgemildert und durch die Attraktivität infrastruktureller Faktoren verstärkt. Ein statistisch signifikanter Einfluss personenbezogener Merkmale auf dieses

Ergebnis wurde nicht festgestellt. Daher könnte hier unter Umständen ein weiterer Ansatzpunkt gegeben sein, die Studierenden gleichsam zu erreichen.

Weniger tolerant als ihre (groß)städtischen Kommilitonen sind die ländlichen Studierenden in dieser Befragung gegenüber Anonymität, was auch Pathman et al. bestätigen^[92]. Ländliche Regionen haben hier durch ihre kleinere Einwohnerzahl unter Umständen einen Vorteil. Mögliche Nachteile sind viele Bekanntschaften zwischen Arzt/Patient oder Patient/Patient, die das Gefühl entstehen lassen könnten, keine „Ruhe außerhalb des Berufs“ zu haben. Dieser Meinung seien laut Berufsmonitoring aus Trier 50% der Studierenden über den Hausarztberuf, jedoch nur 7% der Allgemeinmedizin-Interessierten^[59]. Möglicherweise sind auch hier neben den potenziellen Allgemeinmedizinern ländliche Studierende eher dazu bereit, dieses in Kauf zu nehmen oder sogar zu schätzen. Hierzu kann in dieser Studie jedoch keine Aussage getroffen werden.

Der große Anteil an infrastrukturbezogenen Faktoren an den großstädtischen Push-Faktoren erklärt womöglich teilweise den großen statistischen Einfluss des Interesses für Umweltaspekte an einem steigenden Störpotenzial. Besonders störend erscheint die Großstadt jedoch für Frauen und die Befragten, die die familiären Faktoren sehr schätzen. Dieser Einfluss des Geschlechts existiert in dieser Studie statistisch unabhängig von der gleichzeitig großen Attraktivität für familienbezogene Faktoren. Für eine werbende Region scheint dies einen zusätzlichen Angriffspunkt darzustellen, durch Unterstützung in den familiären Belangen die Bindung zu den jungen Medizinerinnen zu stärken. Insbesondere für Medizinerinnen könne der ländliche Raum so attraktiver gestalten werden^[59]. Für eine Großstadt könnte es ebenfalls eine Möglichkeit sein.

In der Einzelanalyse zeigte sich ein signifikanter Einfluss der ländlichen Herkunft auf diverse Faktoren (siehe Kapitel 4.15.8 und 0), die ein größeres Interesse für die ländliche Region nahelegen, der jedoch multivariat nicht mehr zu erkennen ist. Bestätigt wird dieser Einfluss demgegenüber durch das aktuelle Cochrane Review von Grobler et al., die eine ländlicher Herkunft als Faktor für eine Niederlassung in einer ländlichen Region erarbeiteten^[43]. Dieses Ergebnis wird von Laven & Wilkinson mit einem Review^[75] und durch diverse andere Studien weiter bestätigt^[13, 66, 95]. Studierende ländlicher Herkunft bzw. mit Kontakt zum Land scheinen deshalb eine vorrangige Zielgruppe für eine ländlich geprägte Region zu sein.

6.4 Wunschtätigkeit und Stellenwert der Allgemeinmedizin

Die Daten der Befragung haben gezeigt, dass sowohl die Niederlassung als auch die Klinik von den Studierenden in Betracht gezogen wird. Dabei schneidet die Niederlassung scheinbar besser ab als die Klinik. Das Interesse an Karriere hängt dabei eng mit der Attraktivität der Klinikstätigkeit zusammen. Der Anteil der Studierenden, der die Klinik als einen möglichen Arbeitsplatz einordnet, ist in dieser Befragungsgruppe größer als derer, die das Klinikum letztendlich wählen würden (siehe Kapitel 4.6). Ebenfalls in der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes und im Berufsmonitoring aus Trier sei eine Anstellung in der Klinik für den größten Anteil von 73% eine Option^[58, 59]. Ein möglicher Grund könnte die größtenteils notwendige Facharztweiterbildung darstellen, die in der Klinik stattfindet. Eine Option könnte auch sein, dass die Niederlassung in der beruflichen Laufbahn zwar angestrebt wird, zuvor aber noch eine Zeit lang in einem Krankenhaus gearbeitet werden möchte. Dieses Vorgehen zeigten auch einige Freitextnennungen im Fragebogen. Zu diskutieren ist hierbei, dass im Befragungskollektiv die höheren Semester etwas unterrepräsentiert sind und sich der vorläufige Plan für die persönliche Zukunft im Verlauf des Studiums durch die wachsende Erfahrung ändern kann. Diese Hypothese kann durch die mit steigendem Alter und Semester nachweisbare Attraktivitätszunahme der Allgemeinmedizin laut Berufsmonitoring Trier unterstützt werden^[59] (siehe Kapitel 4.15.1).

Eine Niederlassung in bestimmten Fachgebieten wird eventuell von älteren Studierenden als schwieriger und somit unattraktiver empfunden als speziell die Hausarztpraxis. Es könnte dennoch postuliert werden, dass die Niederlassung der Klinik hinsichtlich ihrer Attraktivität in dieser Studie nicht nachsteht. Das Vorhandensein von Medizinern in der Familie hat hier einen Einfluss auf die Entscheidung der Studierenden nach dem Studium, insofern, dass die Niederlassung vermehrt in Betracht gezogen wird, wenn Ärzte in der näheren Verwandtschaft vorhanden sind. Es hat sich gezeigt, dass in unserer Studie 37,3% der Mediziner Ärzte in der Verwandtschaft haben. Das Berufsmonitoring aus Trier spricht ebenfalls in dieser Größenordnung von etwa 40% der Befragten mit Verwandten mit medizinischem Hintergrund^[59]. Unter Umständen besitzt ein Teil der angehenden Mediziner bereits Vorerfahrungen (durch Kontakt mit Ärzten in der Familie) mit dem Beruf als Arzt. Ob die Möglichkeit besteht, eine Praxis der Verwandten zu übernehmen, oder ob Informationen über die Bedingungen in einer Niederlassung durch sie Einfluss auf diese Entscheidung hat, ist in unsere Studie nicht ersichtlich. Oberlander et al. konnten jedoch aufzeigen, dass besonders die

ambulant tätigen Ärzte kritischer seien als ihre Kollegen^[84]. Eine Region könnte eventuell intervenieren, indem die Lebensumstände auch für bereits tätige Ärzte besonders attraktiv gestaltet werden. Beispielhaft wurde auch im Rahmen dieser Studie eine Befragung von Ärzten im Landkreis Vechta durchgeführt (siehe dazu Kapitel 4.16). Dort hat sich gezeigt, dass der vor Ort praktizierenden Ärzte häufig mit den Wünschen der befragten Studierenden in Einklang zu bringen sind. Eine mögliche Hypothese könnte sein, dass sich die Wünsche in unseren Kollektiven generationsübergreifend halten.

Es kann festgehalten werden, dass die Studierenden unserer Studie durchaus nicht abgeneigt sind, sich niederzulassen. Zur Frage nach der angestrebten Fachrichtung lässt sich ein Trend erkennen, dass die konservativen Fächer hier etwas besser abschneiden als die operativen. Große Fachbereiche, wie z.B. die Innere Medizin erscheinen insgesamt attraktiver als kleinere (wie bspw. die Urologie, Pathologie; siehe Kapitel 4.7). Die Anästhesie und Notfallmedizin zeigen sich als am besten bewertete Fachrichtungen in der Befragungsgruppe. Laut Hartmannbund sei das Wahlterial in Anästhesiologie für 17,5% eine Option, konkret wählten das Fach 9,2%^[45]. Ein möglicher Grund hierfür könnte die Präsenz und der Praxisbezug der Fachrichtungen im Studium sein. Einen Einfluss könnte auch der Kontakt des Befragungskollektivs zu den einzelnen Fächern darstellen, da sich ein großer Teil unseres Kollektivs in der Vorklinik befindet und somit noch keinen engeren Kontakt zu vielen Fachrichtungen hatte. Auch im klinischen Studienabschnitt muss dies unter Umständen noch nicht bei allen Fächern der Fall gewesen sein. Es handelt sich bei dem Genannten jedoch um hypothetische Erklärungsansätze. Für das Bestehen sogenannter „Frauenfächer“, wie Frauenheilkunde/Geburtshilfe, Kinder-/Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und Psychiatrie/Psychotherapie^[59] lässt sich in unserer Studie für die Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde und Gynäkologie in der univariaten Analyse eine Tendenz erkennen. Der Hartmannbund und Marburger Bund bestätigen die Allgemeinmedizin als sogenanntes Frauenfach^[45, 58]. Multivariat ist der Unterschied in unserem untersuchten Kollektiv statistisch nicht mehr signifikant darstellbar. Unter „Männerfächern“ ließen sich Fachrichtungen wie Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin, Radiologie, Orthopädie/ Unfallchirurgie und Urologie zusammenfassen^[59]. In unserem Kollektiv erscheint ein Teil dieser Fächer statistisch univariat signifikant für Männer attraktiver, mit Ausnahme der Inneren Medizin und Allgemeinen Chirurgie, aber zusätzlich der Notfallmedizin und Kardiologie. Vor allem für die Chirurgie lasse sich laut Baschera et al. ein größeres Interesse bei Männern aufzeigen^[7]. Weil die Kardiologie im weiteren Sinn zur Inneren Medizin gehört, scheint die Kardiologie in unserer

Studie das für Männer interessanteste Fach in der Inneren Medizin zu sein. In den genannten Fachrichtungen könnte eine Möglichkeit bestehen, teilweise geschlechtsadaptiert für junge Mediziner zu werben.

Die befragten angehenden Ärzte könnten sich auch durch die Notfallmedizin begeistern lassen, denn in unserer Studie zeigt sie sich als bestbewertete Fachrichtung (siehe Kapitel 4.7). Durch die Kompatibilität der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin mit vielen Facharztweiterbildungen^[4] und ihrer hohen Attraktivität könnte sie ein wichtiger Aspekt für die Werbung von Mediziner sein. Auch scheint dieses Fach ein hohes Prestige zu genießen und eine gute Verzahnung mit weiteren Einsatzkräften, wie Polizei und Feuerwehr bieten zu können^[28].

Da Allgemeinmediziner laut Bundesärztekammer den größten Prozentsatz mit etwa 96% der ambulant tätigen Hausärzte ausmachen^[16], wird sich weiter auf die Attraktivität dieser Fachrichtung konzentriert. In unserer Studie belegt die Allgemeinmedizin den fünften Platz der attraktivsten Fachrichtungen (siehe Kapitel 4.7). Weitergehend zeigten sich laut Hartmannbund 8,9% der Studenten an einem möglichen Wahlquartal in der Allgemeinmedizin interessiert. Damit sei sie nach der Anästhesie mit 9,2% sehr beliebt^[45]. Der größte beeinflussende personenbezogene Faktor in dem hier untersuchten Kollektiv ist die Herkunft. Die ländlicheren Studierenden sind sehr an der Allgemeinmedizin interessiert (siehe Kapitel 4.15.1). Dies könnte für ländliche Regionen ein großer Pluspunkt sein. Durch frühen Kontakt und rechtzeitiges „Herausfiltern“ dieser potenziellen Allgemeinmediziner mit dem notwendigen Interesse könnte ein erster Schritt sein. Besondere Zielgruppe für Werbung für die Hausarztpraxis könnten Studierende sein, die bereits während des Studiums ein Interesse in diese Richtung aufweisen. In unserer Studie konnte gezeigt werden, dass diese ländliche Subgruppe die attraktiven Faktoren einer Niederlassung signifikant besser bewertet (siehe Kapitel 4.15.2). Zu einem reizvollen Modell gehört laut unseren Daten auch die Sicherstellung der Ansprüche einer jungen Familie, besonders die Zeit neben dem Beruf für diese und das Angebot einer Kinderbetreuung während der Arbeitszeit. Möglicherweise wird dies von den jungen Mediziner erwartet und bereits so in der Allgemeinmedizin empfunden^[28], denn gerade solche in einer Partnerschaft/Beziehung bezeugen größeres Interesse an der Fachrichtung. Zukünftige Allgemeinmediziner seien laut einer Studie aus der Schweiz von Buddeberg-Fischer et al., die Allgemeinmediziner mit anderen Fachärzten verglichen hat, auch weniger karriereorientiert, Männer sowie Frauen. Vielmehr stehe auch dort die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im

Vordergrund^[45]. Dies gelte insbesondere für Frauen^[14]. Im hier untersuchten Kollektiv zeigt sich die Karriere multivariat signifikant weniger wichtig für Allgemeinmedizin-Interessierte und steht mit den Ergebnissen von Buddeberg-Fischer et al. in Einklang (siehe Kapitel 4.15.4). Ebenfalls zeigen Frauen in unserer Studie ein signifikant größeres Interesse an familiären Faktoren, wie beispielsweise einer guten Work-Life Balance (siehe Kapitel 4.15.3). Eher einen Gegenpol hierzu stellten laut Baschera et al. in ihrer international angelegten Studie chirurgisch interessierte Studierende dar. Diese seien signifikant häufiger Männer, die sich karriereorientierter zeigen und dem sozialen Prestige eine größere Bedeutung zumessen^[7]. Somit scheint eine Region möglicherweise subgruppenspezifisch in diesen Belangen werben zu können.

Der „Masterplan für das Medizinstudium 2020“ des Bundesministeriums konzentriert sich darauf, die Allgemeinmedizin in den Vordergrund zu rücken^[21]. Bei einem großen Teil der Studierenden besteht das Interesse jedoch bereits: So zeigten 34,5% laut Berufsmonitoring der Universität Trier^[59] und 49,1% in unserer Studie ein Interesse an der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. Sowohl laut Studie des Hartmannbundes und der Universität Trier würden 8,9% der Studierenden die Allgemeinmedizin als Fachrichtung wählen^[45, 59]. Laut Marburger Bund komme für circa die Hälfte der Studierenden die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin infrage^[58]. Diese Studierenden könnten womöglich eine primäre Zielgruppe sein, das Interesse weiter auszubauen, indem Kontakt hergestellt und gehalten wird. Unentschlossene Studierende, die nicht abgeneigt sind, als Allgemeinmediziner zu praktizieren, könnten durch Förderungen und attraktive Interventionen vermehrt in die Richtung bewegt werden (siehe Kapitel 6.7). Es ist auch möglich, dass die aktuellen Zahlen der Interessierten auch eine Folge der intensiven Werbungsprogramme sind.

Eine weiterwachsende Präsenz der Allgemeinmedizin im Studium könnte hierzu beitragen, sollte aber nicht durch viele verpflichtende Veranstaltungen (Pflicht-PJ-Tertial/Quartal, Famulaturen, Praktika) wieder unattraktiver gestaltet werden. Denn die an dem Fach nicht-interessierten Studierenden - wozu laut Berufsmonitoring Trier immerhin 19,9% gehören^[59] - sind durch (verpflichtende) Veranstaltungen bzw. Praktika möglicherweise nicht zu dem Fach zu bewegen; im Gegenteil: hypothetisch könnte sich der Eindruck des Faches weiter verschlechtern. 58,1% der Studierenden gäben an, dass der Umfang des Faches Allgemeinmedizin im Studium genau richtig sei^[45], für 74% sei keine stärkere Einbindung im Studium notwendig^[58]. Ein Pflicht-Quartal Allgemeinmedizin werde in der Marburger

Befragung eindeutig - von 86% der Befragten - abgelehnt^[58]. Eine Maßnahme könnte darin bestehen, den Studierenden die Angst vor dem Risiko einer Selbstständigkeit zu nehmen, welches bei der Niederlassung bestehen könnte. Rosemann und Schneemann schlagen vor, dass neben gut bezahlten Stellen dieses beschriebene Risiko des Unternehmertums von Gemeinden bzw. anderen Trägern übernommen werde^[101]. Das Empfinden einer schlechten Bezahlung sowie viel Bürokratie, aber auch finanzielle Risiken bestätigt sich auch in den Befragungen der Universität Trier, des Hartmannbundes und Marburger Bundes. Dies seien Gründe sich gegen die Allgemeinmedizin zu entscheiden^[45, 58, 59]. Erste Ansätze und Ideen könnten sein, dass durch Unterstützung mit unkomplizierte Praxisübernahmen, „an die Hand nehmen“ durch die Praxisvorgänger, Teilzeit-Stellen oder Anstellungen (ohne das hohe Risiko einer Selbstständigkeit) auch in der Niederlassung das Risiko teilweise abgemildert werden könnte. Eine Gemeinschaftspraxis erfährt durch unser befragtes Kollektiv an Studierenden eine hohe Attraktivität.

Es konnte in unserer Studie gezeigt werden, dass die hohen Kosten für Praxisanschaffungen sowie die KV-Dienste besonders unattraktiv an einer Niederlassung empfunden werden. Weitere erste Vorschläge könnten neue Versorgungs- sowie Finanzierungsmodelle, wie beispielsweise überregionale Praxen sein. Jones et al. kamen durch ihre Befragung von Ärzten in Australien zu dem Ergebnis, dass das Halten von Medizinern im ländlichen Raum durch eine bessere Regelung von Bereitschaftsdiensten und Vertretungsorganisation verbessert werden könnte^[60]. Neue Arbeits-/Versorgungsmodelle würden laut Bundesarztregister vermehrt statt eines sogenannten vollen Versorgungsauftrages einer Niederlassung gewählt^[62]. Möglicherweise bildet dies indirekt das Interesse an solchen Modellen ab.

Der Kenntnisstand der Studierenden über die erwähnten neuen Versorgungsstrukturen sei eher gering^[59]. Daraus könnte folgen, dass reizvolle neue Versorgungsmodelle intensiv beworben werden sollten, um nicht nur hausärztliche Niederlassungen attraktiver zu machen. Durch das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) könnten Kommunen durch Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums insbesondere in ländlichen Regionen aktiv die Versorgung mitgestalten^[24]. Als Beispiel sei auch das Projekt Ingolstadt Land Plus genannt, anhand dessen Barth-Petry auch einige dieser oben genannten, neuen Modelle vorgestellt hat^[6]. Die Möglichkeit des Heranführens an die Strukturen der Region und an integrierte Versorgungsmodelle könnte durch Stipendien und Werbung mit diesen erfolgen. Inwieweit

bereits umgesetzte Interventionen zu einer Steigerung der Zahl der Studierenden geführt hat, wird im Folgenden behandelt (siehe Kapitel 6.11).

6.5 Vorstellungen über Arbeitsbedingungen

Die Studierenden wurden in unserer Studie auch zu ihren Vorstellungen über Gehalt (brutto) und Arbeitsstunden (ohne zusätzliche Dienste) befragt. Dabei sollten sie sich auf das erste Jahr als Assistenzarzt beziehen. Der größte Anteil mit 40,2% der Befragten erwartet ein Bruttogehalt von 3.000 bis 3.500 Euro und liegt somit deutlich unter dem 2014 geltenden Tarifvertrag für kommunale Krankenhäuser und Universitätskliniken. Weitere 27,3% der Studierenden erwarten ein Gehalt von 3.500 bis 4.000 Euro, welches sich ebenfalls unterhalb des Tarifvertrags befindet. Die Tarifverträge, die im Jahr 2014 gültig waren, wurden als Vergleich verwendet, da die Befragung Ende 2014 bis Mitte 2015 stattfand. Laut diesen habe das Brutto-Grundentgelt für Ärzte der Stufe 1 in der Entgeltgruppe I in kommunalen Krankenhäusern 4.023,08 Euro^[80] und 4.219,62 Euro in Universitätskliniken betragen^[81]. Zusammenfassend bedeutet dies, dass 67,5% der befragten Studierenden eine Gehaltsvorstellung unterhalb der tariflich geltenden Gehälter haben.

Ein hohes Gehalt schätzen etwa 60% der Befragten es als bedeutungsvoll ein, sowohl am Arztberuf allgemein als auch an der Niederlassung. Die männlichen Studierenden in unserem untersuchten Kollektiv messen im Vergleich zu ihren weiblichen Kommilitonen den karrierebezogenen Faktoren, darunter auch das hohe Gehalt, einen höheren Stellenwert bei. Dieses karriereorientierte Denken bestätigt sich auch in dem Berufsmonitoring der Universität Trier^[59]. Sollte eine Region die Bezahlung anhand geltender Tarifverträge vornehmen, legen diese Daten nahe, dass dies mutmaßlich kein Grund für die angehenden Mediziner zu sein scheint, sich gegen diese Region zu entscheiden. Die Studienlage zu diesem Thema ist jedoch nicht eindeutig. Chauban et al. und Chan et al. können für Kanada zeigen, dass finanzielle Unterstützung eine geringere Rolle spiele bei ländlichem Gesundheitspersonal^[26, 27]. Eine mögliche Hypothese könnte sein, dass öfter eine Region gewählt werden könnte, die die individuell wichtigen Bedürfnisse (siehe auch Kapitel 4.4) bieten kann als ausschließlich mehr Geld. Jutzi et al. zeigen demgegenüber auf, dass die finanzielle Unterstützung großen Einfluss auf die Studierenden nehme. Möglicher Grund könne eine schlechte persönliche finanzielle Ausgangssituation der Befragten sein^[61]. Pathman et al. kommen in den USA zu dem Ergebnis, dass die pekuniäre Hilfe für tätige Ärzte, die an solchen Programmen teilgenommen haben, erfolgreich in Bezug auf den späteren Tätigkeitsort gewesen sei^[90]. Dies hänge auch mit einem

kostenintensiven Studium in den USA und das Abbezahlen von aufgenommenen Krediten zusammen mit mehr als 100.000\$ Studienverschuldung^[42].

Eng mit dem Gehalt sind die Arbeitsstunden im ersten Jahr als Assistenzarzt vergesellschaftet. Hier zeigt die Mehrzahl der Studierenden eine Erwartung von über 45 Wochenstunden, die ohne Dienste in der Klinik verbracht werden, circa ein Drittel erwartet 40 bis 45 Wochenstunden. In der Befragung konnte keine Wertung dieses Arbeitspensums durch die Studierenden abgegeben werden, sodass nicht interpretiert werden kann, ob die Erwartung an die Arbeitsbelastung positiv oder negativ behaftet ist. Der hohe Stellenwert der Work-Life Balance legt die Erwartung von weniger Arbeitszeitbelastung nahe, der Begriff wird interindividuell jedoch möglicherweise unterschiedlich aufgefasst. Der Tarifvertrag für die Ärzte bezieht sich auf eine Belastung von 40 (kommunale Kliniken) bzw. 42 (Universitätskliniken) Wochenarbeitsstunden^[80, 81]. Durch so genannte „Opt-Out“ Regelungen im Arbeitsvertrag könne eine Klinik die Höchstarbeitszeit von 48 Stunden in der Woche laut Artikel 22 Abs. 1 eines EU-Amtsblattes von Ende 2003 überschreiten, wenn der Arbeitnehmer sich dazu bereit erklärt^[34]. Hinzukommt, dass bei dieser Berechnung auch die Dienste zur Arbeitszeit zählen würden. Es hat sich gezeigt, dass in einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes von 2015 46% der Ärzte im Durchschnitt 49-59 Wochenstunden inkl. Diensten arbeiten würden. Ein Anteil von 57% wünsche sich eine Arbeitszeit von 40-48h inkl. Diensten pro Woche^[57].

Regionen, die mit einem Mangel an ärztlichem Personal zu kämpfen haben, stehen hier unter Umständen vor einem Dilemma: Zum einen wollen sie junge Mediziner mit einer attraktiven Arbeitszeit für sich gewinnen, zum anderen müssen sie jedoch die Versorgung mit dem wenigen vorhandenen Personal gewährleisten können. Dies kann oftmals womöglich nur durch eine erhöhte Arbeitsbelastung geschehen. Eine naheliegende Auflösung dieses Dilemmas gibt es nicht. Einziger Angriffspunkt einer solchen Region könnte sein, durch andere Interventionen die Lebensumstände besonders attraktiv zu gestalten (siehe Kapitel 6.7) und durch die Gewinnung von zusätzlichen Nachwuchsmedizinern diesem Teufelskreis zu entkommen. Eine zusätzliche Entlastung könnte auch durch integrierte Versorgungsmodelle und Entlastung der Ärzte durch Assistenzberufe („physician assistant“^[50]) geschehen (siehe Kapitel 6.11). Diese hätten nachweislich in den USA zu einer verbesserten Versorgung und keiner Qualitätsminderung geführt^[47, 50, 86]. Eine direkte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland ist jedoch wahrscheinlich nicht möglich.

6.6 Vorstellung über weitere berufliche Aspekte

Nahezu alle Befragten legen großen Stellenwert auf ein gutes Arbeitsklima unter Kollegen. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter könnte hier ein wichtiger Teilaspekt sein. Es lassen sich erneut das Gehalt und die Arbeitsstunden anführen, die dazu beitragen könnten, aber auch ein Ausbildungsplan für die Einarbeitung der jungen Mediziner ist möglicherweise von Vorteil.

Die angehenden Ärzte wollten in das bestehende Team eingebunden werden und sich nicht allein gelassen fühlen^[59]. In der Studie des Hartmannbundes lägen 78,1% großen Wert auf die Teamfähigkeit^[45]. Eine gute Einarbeitung und Organisation der Weiterbildung und Lehre vor Ort könnte unter Umständen dabei helfen, dies zu verwirklichen, da so nicht nur die Abläufe der Klinik vermittelt werden könnten, sondern laut Wakerman et al. in Australien auch der Kontakt zu Kollegen und dadurch ein angenehmes Arbeitsklima gestärkt werden könne^[117]. Vor allem der letzte Punkt hat auch im hier untersuchten Kollektiv den höchsten Stellenwert alle Aspekte. Auch auf die Zufriedenheit der bereits tätigen Ärzte habe dies positiven Einfluss und könne sie so in der Region halten^[51]. Die Befragung der in der Region Vechta tätigen Ärzte rückt den Stellenwert des Arbeitsklimas für unser Kollektiv ebenfalls in den Vordergrund (siehe Kapitel 4.16.4). Die beruflichen Faktoren und insbesondere die Weiterbildung haben auch bei den Interventionsmöglichkeiten der Region den höchsten Stellenwert. Eine Klinik besitzt möglicherweise durch Teamkompetenz mit Einarbeitung und organisierter Weiterbildung eine ein Steuerungstool, angehende Mediziner für sich zu gewinnen. Diese könnte genutzt werden durch intensives Bewerben von Famulaturen, Hospitationen und Planung der Lehre für Studenten bzw. junge Assistenzärzte. Hier schließt sich der Kreis zu Kapitel 6.2, in dem ein potenziell steigendes Interesse für den ländlichen Bereich bei beständigem Kontakt durch ebendiese Praktika herausgestellt wurde^[25, 31, 76].

Alles oben Genannte trifft in dieser Studie insbesondere auf die weiblichen Studierenden zu, was auch das Berufsmonitoring der Universität Trier formuliert^[59]. Der Kontakt zu Patienten steht für 87,2% der befragten Studierenden sehr weit oben auf der Liste der beruflich wichtigen Faktoren. Zu ähnlichen Werte komme auch die Befragung von 7.500 Medizinstudierenden durch den Hartmannbund, indem dort der Patientenkontakt als der wichtigste Punkt am Medizinstudium eingeordnet worden sei: 89,1% der weiblichen und 82,1% der männlichen Befragten würden ihn als wichtigen Bestandteil im Studium einschätzen^[45]. Kliniken in ländlichen Regionen, die nicht in der Nähe von Universitäten oder selbst eine Universitätsklinik sind, könnten hypothetisch einen vermeintlichen Nachteil haben, dass sie keine oder nur wenig

(therapiebegleitende) Forschung anbieten könnten. In unserer Studie stellt sich dies als kein gravierender Nachteil heraus, nur etwa ein Drittel der Befragten erachtet dies als bedeutungsvoll (siehe Kapitel 4.8). Das Berufsmonitoring aus Trier konnte einen Unterschied feststellen, dass Männer eher wissenschaftsorientiert seien^[59]. Ergänzend wird in unserer Studie aufgezeigt, dass die Karriere für Männer signifikant attraktiver ist und positiv mit der Attraktivität einer Tätigkeit in der Klinik korreliert ist (siehe Kapitel 4.15.4). Aufstiegschancen sind für Männer unserer Befragungsgruppe, die in einem Klinikum arbeiten möchten, besonders wichtig. Eine werbende Region könnte diese Gruppe an jungen Mediziner durch die Aussicht auf Karriere vermutlich vermehrt für sich gewinnen. Bei diesen ist laut unseren Daten das Interesse für die Allgemeinmedizin jedoch signifikant geringer. Besonderes Interesse der Medizinstudierenden bestehe laut Hartmannbund darin zu promovieren: über 80% der Studierenden planen eine Promotion, Männer häufiger als Frauen.^[45] Diese könnte an der Universität oder während der Berufstätigkeit erfolgen. Das Angebot einer berufsbegleitenden Promotion könnte an den Kliniken und Krankenhäusern erfolgen, an denen Habilitierte tätig sind. Die Promotion neben Beruf und Familie stellt potenziell eine Dreifachbelastung dar, die jedoch durch maßgeschneiderte Unterstützung vorangebracht werden könnte (Teilzeitmodelle, Kita). Im Gegenzug sichere sie laut Vivekanantham et al. ein längeres Verbundensein mit der Klinik durch den ständigen Kontakt und der Möglichkeit für (wissenschaftliche) Qualifikationen^[116].

6.7 Interventionsmöglichkeiten einer Region

Die hier abgefragten Unterstützungsmöglichkeiten durch die Region umfassen ein breites Spektrum, die nicht den Anspruch erheben, universell umsetzbar zu sein oder zu einem gewünschten Erfolg zu führen. Sie beziehen sich lediglich auf die hier befragten Kollektive, die nicht repräsentativ für alle Mediziner stehen können. Sie können einen Anstoß geben und erste Ideen postulieren, wie das Problem des Nachwuchsmangels in unterversorgten Regionen angegangen werden könnte.

Die höchste Bewertung wird in unserer Studie bei beruflichen Unterstützungsmöglichkeiten der Region erreicht (siehe Kapitel 4.15.10). Es ist möglich, dass die berufliche Laufbahnförderung eine entscheidende Möglichkeit für eine Region darstellt, junge Mediziner zu werben. Konkret wünschen sich die befragten Studierenden Hilfe bei der Facharztweiterbildung und bei dem Erwerb von Zusatzbezeichnungen. Das Aufstellen eines Ausbildungsplanes zur Weiterbildung vor Ort ist für diese Gruppe attraktiv. Bei fehlenden Weiterbildungsmöglichkeiten in der

unmittelbaren Nähe müssen in ländlichen Regionen unter Umständen Wegzeiten in Kauf genommen werden. Dies könnte ein potenzieller Moment sein, wo die Infrastruktur positiven Einfluss auf die Bewertung der beruflichen Interventionen nimmt. Die gute Organisation der Lehre und Weiterbildung sei laut Edwards et al. für medizinisches Personal einer der Hauptgründe für ein größeres Interesse am ländlichen Bereich^[33] und laut Williams et al. bei Nicht-Vorhandensein ein Hindernis für die Tätigkeit auf dem Land^[120]. Hierbei beziehen sich diese Studien jedoch nicht direkt auf ärztliches Personal. Reichlich Möglichkeiten für den Erwerb von zusätzlichen Qualifikationen seien laut Vivekanantham et al. vorteilhaft, wohingegen undefinierte Karrierestrukturen von Nachteil seien^[116].

Eine Region könnte hier gegebenenfalls eine Möglichkeit haben, mit ausgearbeiteten und gut geplanten Weiterbildungen vor Ort die jungen Mediziner zu werben. Die befragten Entscheidungsträger ordneten die Bedürfnisse der zukünftigen Ärzte überwiegend korrekt ein (siehe Kapitel 4.16.4) und könnten sich auf die beruflichen Aspekte ihrer Region konzentrieren. Vor allem Frauen und karriereinteressierte Mediziner haben in unserer Befragung ein signifikant größeres Interesse an diesen Unterstützungen. Eine steigende Begeisterung für die Allgemeinmedizin beeinflusst den Stellenwert beruflicher Interventionen in unseren Analysen ebenfalls positiv. Dies könnte mit dem Plan einer Praxisübernahme/-gründung und dem Wunsch, bei diesem großen Schritt nicht allein gelassen zu werden, zusammenhängen, was die KBV und Oberlander et al. als einen wichtigen Teilaspekt herausstellen^[62, 84]. Eine Praxisübernahme stelle laut Existenzgründungsanalyse der Hausärzte 2015/16 die häufigste Form der Existenzgründung bei Hausärzten dar^[122]. Die Vermittlung in Praxen, die perspektivisch in den nächsten Jahren übernommen werden können, könnte Interessenten und Praxisinhaber unter Umständen zusammenbringen. Dies könnte eine gute Einarbeitung sicherstellen und Versorgungslücken vermeiden.

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2015^[24] ebnet möglicherweise den Weg zur Stärkung der Weiterbildung vor Ort: Zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung würden die geförderten Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500 erhöht und zusätzlich die Vergütung im ambulanten Sektor auf die gleiche Stufe des Assistenzarztes im Krankenhaus angehoben^[24]. Aber auch eine Region und die Kliniken könnten hier durch Weiterbildungspläne und Kontaktherstellung zu Niedergelassenen eingreifen^[33, 120].

Neben beruflichen Punkten ist auch der Stellenwert familiärer Aspekte hoch, was nicht nur von Frauen in unserer Studie so beurteilt wird. Darin besteht unter Umständen eine weitere Möglichkeit für die Region, einzugreifen. Außerberufliche Unterstützungen verlieren laut dieser Befragung mit steigendem Lebensalter an Attraktivität; potenzielle Zielgruppe könnten deshalb jüngere angehende Mediziner sein. Hinzu kommt auch ein nicht zu vernachlässigender Einfluss der umweltbezogenen Aspekte. Regionen, die sowohl die Bedürfnisse der familiären Aspekte^[59] als auch einige der außerberuflichen Interventionen (siehe Kapitel 4.13 und 4.15.11) befriedigen könnten, dürften eventuell eine größere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Nachwuchsmediziner für sich zu gewinnen.

Zur Werbung von jungen Medizinerinnen könnten weitere Aspekte zählen, darunter (evtl. bereits vorhandenen oder geplanten) Kinder, aber auch der Partner, und dass dieser einen Arbeitsplatz findet. Auch Hill et al. kommen in Neuseeland bei Allgemeinmedizinerinnen unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Respektierung der Wünsche des Ehepartners bzw. der Kinder eine ländliche Region für sie attraktiver mache^[48]. Unterstützt wird dies durch die allgemein hohe Wichtigkeit der Partner-bezogenen Aspekte und Interventionen in unserer Befragung, hier möchten 87% mit einem (potenziellen oder vorhandenen) Partner zusammenleben (siehe Kapitel 4.3). Ein für den Partner vorhandener Arbeitsplatz, zweitrangig auch die Unterstützung der Region bei der Suche, könnte vorteilhaft sein.

Laut des Berufsmonitorings der Universität Trier könnten hier Städte und Großstädte punkten, da sie einen größeren Arbeitsmarkt für einen nicht-ärztlichen Lebenspartner - im Regelfall vor allem bei Frauen Akademiker – aufweisen würden^[59]. Neben der Anzahl an Arbeitsplätzen könnte auch die Diversität des Angebots Einfluss nehmen. Die Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes für den Partner und Angebote für Kinder seien laut Richards et al. für die in ländlichen Regionen Großbritanniens tätigen Gesundheitsberufe oft ein größeres Problem als in städtischen^[98]. In Deutschland zeigt sich ein gemischtes Bild: während einige ländliche Regionen mit einem generellen Fachkräftemangel zu kämpfen hätten, zeigten laut Bundesverkehrsministerium andere eine gute Versorgung mit diesen^[23]. Das könnte die Interpretation zulassen, dass ein Arbeitsplatz für den Partner nicht nur von dem gewählten Beruf, sondern auch der jeweils gewählten ländlichen Region abhängt. Vechta bzw. das Oldenburger Münsterland als Region würden sich als attraktiver Standort für Unternehmen mit starker Industrie und Handwerk zeigen^[87]. Neue Projekte, wie die Verzahnung von

Wirtschaftsförderung, Frauenförderung, Arbeitsamt und Gemeindeverwaltung könnten hier möglicherweise ansetzen.

Der Wunsch nach zuweisbarem Bauland und somit einem eigenen Hausbau besteht bei über der Hälfte der Befragten. Der Wunsch nach einem eigenen Haus existiert in dem befragten Kollektiv durchaus. Auf dem Land ständen den Menschen durchschnittlich sechs Quadratmeter mehr Wohnraum zur Verfügung, auch Wohnen in Eigenheimen sei häufiger^[20]. Daneben wünschen sich die Mediziner auch preisgünstigen Wohnraum in unserer Studie. Eine ländliche Region könnte die Mediziner potenziell werben, wenn sie unter dem Preisniveau der städtischen Regionen bleibt oder zumindest gleichauf ist. Es könnte hier zeitnäher geplant werden oder sogar Bauland für den zukünftigen Arbeitsbereich reserviert werden. Diese stellen jedoch nur erste Ideen zu dieser Thematik dar.

Als weitere potenzielle Intervention könnte eine so genannte „Welcome-Abteilung“ von der KV, dem Landkreis oder dem Ärztebund vor Ort ins Leben gerufen werden, die sich um viele der genannten Themen kümmert, die von den Studierenden als besonders attraktiv an einem Standort eingeschätzt werden. Sie würde sich nicht nur auf die Anwerbung von Nachwuchsmediziner konzentrieren, sondern könnte auch ein beständiger Ansprechpartner bei Fragen oder Problemen während der Zeit des Einlebens sein. Dieser Punkt, der einen großen Aufgabenbereich dieser Abteilung darstellt, bekam von 60% der hier befragten Studierenden eine positive Rückmeldung. Der Aufgabenbereich der Welcome-Abteilung könnte je nach individuellen Ressourcen einer Region beliebig weit gefasst werden. So könnte sie nicht nur die Anwerbung von Nachwuchsmediziner übernehmen und deren Informationsbedarf stillen, sondern auch Veranstaltungen privater (Freizeittouren, Kinderbetreuung) und beruflicher Natur (Organisation von Kongressen, Fortbildungsveranstaltung, Austausch unter Kollegen) organisieren.

Weiter könnte die Unterstützung bei beruflichen Belangen, die mit der Aus- und Weiterbildung in Zusammenhang stehen, großen Anklang bei den Studierenden finden. Informationen für die jungen Mediziner über offene Stellen, Arbeitszeiten und weitere berufliche Dinge sind möglich. Zusätzlich könnte auch die Beschäftigung mit der Vereinbarkeit einer Familie/eines Kindes mit dem Beruf, Übernahmemöglichkeiten von Niederlassungen, Spektrum an zu erwerbenden Zusatzbezeichnungen folgen. Auch die Hilfe bei den zuvor genannten Punkten, als Beispiel die Suche eines Bauplatzes/einer Wohnung, Bereitstellung eines Kita-Platzes, das Aufzeigen von Stellenangeboten für den mitgebrachten Partner, könnte von Interesse sein. Kearns et al.

konnten zeigen, dass diese genannten Punkte ebenfalls für aus dem Ausland angeworbene Ärzte und deren Integration in den ländlichen Bereich essentiell seien^[64]. Dies könnte bedeuten, dass eine ländliche Region durch die Umsetzung des Genannten nicht nur Mediziner aus verschiedenen Regionen, sondern darüber hinaus auch aus anderen Ländern für sich gewinnen könnte.

Die bundesweite Befragung der Universität Trier hat gezeigt, dass 85% der Mediziner später im Heimatbundesland und 78% in der Nähe der Heimatregion arbeiten möchte^[59]. So könnte die Welcome-Abteilung auch eine Instanz sein, die sich zunächst darauf konzentriert, während oder besser vor dem Studium Kontakt zu den angehenden MedizinerInnen herzustellen. Stipendien, Angebot von Wahlfächern, Bereitstellung von Unterkünften während Famulaturen und Praktika stellen Ansätze hierzu dar. Ein ständiges Informationsangebot für junge Menschen, die ein Interesse an einem Medizinstudium haben, ist ebenfalls möglich. Das „Physician Shortage Program“ der Jefferson Medical School in den USA befasst sich mit dieser Thematik und begann 1974. Nach 11 bis 16 Jahren seien noch 68% in den ländlichen Regionen tätig gewesen^[96]. Smucny et al. konnten dies durch befragte Ärzte zeigen, von denen 84% angeben, dass der Kontakt zur ländlichen Region während des Studiums dabei eine Rolle gespielt habe, sich später niederzulassen^[110]. Der frühe Kontakt zum ländlichen Raum ist auch für unsere Studienteilnehmer essentiell (siehe Kapitel 6.2).

Weitergehend könnte auch bereits an Schulen geworben und Schulpraktika für einen interessanten Tag in den regionalen Kliniken oder Niederlassungen organisiert werden. Die Werbung von bereits studierenden Personen könnte sich dabei vor allem auf Universitäten in demselben Bundesland oder angrenzenden Ländern fokussieren. Die Studierenden empfinden laut Berufsmonitoring Trier häufig das Bundesland attraktiver, in welchem sie aufgewachsen sind (sogenannte Landeskinder), studiert bzw. ihre Facharztweiterbildung absolviert haben^[59]. In unserer Studie hat sich gezeigt, dass die Studierenden nahezu zur Hälfte im selben Bundesland studieren, wo sie auch zur Schule gegangen sind, die andere Hälfte in einem anderen Bundesland. Die Entfernungen betragen bei den beiden Gruppen 50 km sowie 288 km vom Ort der Schule zum Studienort. Diese Zahlen könnten eine erste Einschätzung des Werbungsradius geben. Für eine genaue Aussage reicht diese Befragung jedoch nicht aus. Eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber Interventionen einer Region in Abhängigkeit von der Herkunft konnte sich in unserer Studie nicht zeigen.

Die diskutierten Punkte könnten an die Bedürfnisse einer Region und der zuwerbenden Mediziner angepasst werden. Henry et al. haben einen sogenannten ländlichen Pfad definiert, der sich in vier Stufen gliedert^[46]:

1. Kontakt zwischen ländlichen weiterführenden Schulen und dem Arztberuf
2. Auswahl von ländlichen Studierenden für medizinische Programme
3. Bekanntmachen des ländlichen Bereichs während der medizinischen Ausbildung
4. Maßnahmen, den Erhalt der ländlichen medizinischen Belegschaft anzugehen.

Der vierte Punkt nach Henry et al. erscheint als der am schwierigsten zu bewältigende. Die Themen können einen Beitrag leisten, die Präferenzen einiger junger Mediziner zu verstehen. Außerdem wurden Möglichkeiten aufgezeigt, sie aktiv zu werben und in der Region zu halten. Die Bedürfnisse der vor Ort tätigen Ärzte kann bei der Anzahl der Befragten und der Regionalität in unserer Studie nicht mehr als ein Schlaglicht liefern. Hier sind eingehende und weitergefasste Studien notwendig und sinnvoll.

Aus der hohen Ansprechrates auf diese Studie über Online-Medien könnte die erste Kontaktaufnahme vor allem online zu den Studierenden geschehen. Möglichkeiten sind das Gestalten einer ansprechenden Website, die Präsenz in sozialen Netzwerken, welche die Grundlage sein können, aktive Werbung an Universitäten durch Aushänge und Email-Verteiler durchzuführen. Eine persönliche bzw. personelle Vorstellung habe laut Smucny et al. ebenfalls einen hohen Stellenwert, wenn auch eher in späteren Kontaktphasen^[110]. Acht der zehn höchstbewerteten Faktoren unserer Befragung zeigen sich auch bei den tätigen ländlichen Ärzten im Landkreis Vechta und Umgebung von höchstem Stellenwert (siehe Kapitel 4.16), darunter vor allem ein gutes Arbeitsklima, die Zeit für die Familie und das Zusammenleben mit dem Partner. Das Erfüllen dieser Bedürfnisse ist deshalb nicht nur ein Pull-Faktor für angehende Ärzte, sondern scheint auch in der langfristigen Gewinnung und deren Erhalt von großem Nutzen sein zu können.

Schiff et al. sowie Laven und Wilkinson beschreiben, dass Studierende und Ärzte mit ländlicher Herkunft ebenfalls in diesen Regionen praktizieren würden^[75, 105]. Ähnliches wird auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aufgezeigt^[104]. Schon 1976 beschrieben Cullison et al. in ihrer Studie an der University of Missouri-Columbia, dass sowohl die Größe des Herkunftsortes als auch die Wahl der Fachrichtung Prädiktoren für

den Tätigkeitsort seien^[29]. Laut Schiff et al. müssten für die Ortswahl die Lebenshaltung, das Arbeitsumfeld sowie die Anstellungsmöglichkeiten vorteilhaft sein^[105]. Der Stellenwert beruflicher Aspekte sowie „time and team“ in unserer Studie zeigen dieses ebenfalls (siehe Kapitel 4.12). Schiff et al. kommen weiter zu dem Ergebnis, dass sich 81% aller von ihnen befragten Personen vorstellen könnten, im ländlichen Bereich zu arbeiten^[105]. Dieses kann unterstützt werden durch das höhere Störpotenzial von Stadt-typischen gegenüber den Land-typischen Faktoren, wenn das allgemeine Befragungskollektiv dieser Studie betrachtet wird (siehe Kapitel 4.15.8 und 0).

6.8 Rolle der angehenden Ärztinnen

Die Medizin scheint zunehmend weiblich zu werden und nicht nur deshalb vor neuen Anforderungen zu stehen. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte habe laut Statistischem Bundesamt Ende 2015 einen Stand von 45,97% erreicht^[16] und bei den Studierenden einen Prozentsatz der Frauen von 60,7%^[111].

Dass die weiblichen Studierenden in unserer Befragung einige Faktoren signifikant anders bewerten als ihre männlichen Kommilitonen, wurde bereits in den Kapiteln zuvor angesprochen. So würden Frauen laut Berufsmonitoring Trier und Buddeberg-Fischer et al. ein großes Interesse an der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zeigen^[14, 59]. Regionen, die einen hohen Bedarf an ärztlichem Nachwuchs haben, könnte hier gegebenenfalls ein Angriffspunkt zur Verfügung stehen, der auf fruchtbaren Boden bei den angehenden Medizinerinnen trifft, und das nicht nur bei den Frauen. Zugleich könnte in diesem Angriffspunkt aber auch eine große Schwierigkeit für die neue Generation an Medizinerinnen bestehen. Insbesondere die angehenden Ärztinnen möchten trotz Tätigkeit in einem Beruf, der durch hohe Arbeitszeit und -belastung gekennzeichnet sei^[57], die Familie nicht vernachlässigen^[85]. Vor dieser Problematik dürfte womöglich auch die folgende, weiblich dominierte Generation der Ärzteschaft stehen. Die Folge dessen zeige sich laut Kopetsch auch darin, dass der Anteil an Fachärztinnen für Allgemeinmedizin von 2002 bis 2009 höher gewesen sei als die Niederlassungen in denselben Jahren mit Ausnahme von 2006/07. Die Vermutung liege nahe, dass die Niederlassung wegen der Rahmenbedingungen des Berufes der Hausärztin eine Vereinbarkeit von Vertragsarztstätigkeit und Familienleben nicht zulasse^[67]. Somit könnte interpretiert werden, dass sich insbesondere Ärztinnen die Zeit für die Familie neben dem Beruf wünschen und sie dieses auch von der Allgemeinmedizin erwarten.

Daneben gibt es laut unseren Daten diverse weitere Faktoren, warum sich Allgemeinmedizinerinnen nicht niederlassen (siehe Kapitel 6.4). Zwei Ideen, die Wünsche in Realität zu verwandeln, seien laut Barth-Petry Arbeitsmodelle mit vermehrt Teilzeitstellen und die Schaffung von ausreichend Plätzen für die Kinderbetreuung^[6]. Das Interesse daran bestehe laut Berufsmonitoring Trier, vor allem nach Teilzeitstellen, geregelter Arbeitszeit und größerer Bedeutung von Freizeit und Familie sowie der Kinderbetreuung^[59]. Eine Tätigkeit in Teilzeit werde laut KBV nicht nur bei Ärztinnen immer attraktiver^[62]. Laut Oberlander et al. bewerten bis zu 50% der berufstätigen Ärzte verschiedene Versorgungsstrategien als positiv, darunter die integrierte Versorgung, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bzw. die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren^[84]. Statistische Daten der KBV zeigen ebenso einen Trend zu kooperativen Strukturen^[62].

Möglicherweise bewerten die weiblichen Studierenden die Nähe zu den Eltern teilweise auch deshalb generell wichtiger als ihre männlichen Kommilitonen mit Blick auf die Möglichkeit der Kinderbetreuung durch das Elternhaus (siehe Kapitel 4.15.3). Weitergehend könnte vermutet werden, dass sie auch an zukünftige Zeiten denken, in denen eine Nähe zu den Eltern ebenso notwendig werden könnte (Pflege, Betreuung der Eltern).

Frauen seien deutlich eher bereit, aufs Land zu gehen als Männer^[59]. Dieses Statement konnte in unserer Studie zum Teil bestätigt werden, indem sich gezeigt hat, dass die befragten Frauen

1. offener sind für Interventionen einer Region.
2. störende Punkte (groß)städtischer Regionen als störender beurteilen.

Es könnte vorteilhaft sein, wenn sich eine Region ebenfalls den Ansprüchen der angehenden Ärztinnen stellt. Die Gleichberechtigung in allen Belangen und vor allem im Beruf ist laut unserer Daten dabei ein wichtiger Aspekt (siehe Kapitel 4.3). Diese Ansprüche dürften vermutlich auch die bereits behandelte Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. eine gute Work-Life Balance betreffen und daraus resultierend: ausreichend Zeit für die Familie. Zu dem gleichen Ergebnis ist auch das Berufsmonitoring der Universität Trier und der Hartmannbund gekommen^[45, 59].

6.9 Situation vor Abschluss des Studiums

Die befragten Studierenden sind es gewohnt, dass einige in Kapitel 4.2 aufgezeigte Faktoren, wie Einkaufsmöglichkeiten, Grünanlagen, weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit,

intakte Umwelt, Karrieremöglichkeiten und Angebote für Kinder am Wohnort vorhanden sind. Die angehenden Ärzte scheinen die genannten Aspekte auch am späteren Wohnort nicht vermissen zu wollen. Neben den beruflichen Faktoren haben sie in unserem Kollektiv auch generell einen hohen Stellenwert. Für eine werbende Region könnte es möglicherweise sinnvoll sein, sicherzustellen, dass diese Faktoren auch dort vorhanden sind.

6.10 Vergleich angehender Ärzte zu praktizierenden Ärzten

Die befragten bereits praktizierenden Ärzte stammen nahezu vollständig aus der Region Vechta und Umgebung. Der Landkreis Vechta hat eine Einwohnergesamtzahl von circa 140.000, die Kreisstadt Vechta selbst ist laut Datenspiegel 2015 mit über 31.000 Einwohnern die größte Stadt im Landkreis^[73]. Das Ergebnis der Befragung ist jedoch nicht repräsentativ und somit möglicherweise nicht auf jede Region dieser Größe oder kleinere übertragbar ist. Sowohl bei den angehenden als auch bei den praktizierenden Ärzten, die von uns befragt worden sind, haben die beruflichen Faktoren einen hohen Stellenwert. Dabei gleichen sich acht der Top-10 Faktoren der beiden Gruppen. Man könnte diskutieren, dass sich diese Faktoren länger zu halten scheinen und somit im Laufe der Berufs-/Weiterbildungstätigkeit der jungen Mediziner ein konstanter Angriffspunkt bleiben könnten. Beispielhaft herauszustellen seien hierbei das gute Arbeitsklima unter Kollegen sowie weitere berufliche Faktoren, die gute Work-Life Balance und damit zusammenhängend die Zeit für die Familie. Das Arbeitsklima sei auch laut Oberlander et al. essentiell für die Attraktivität des Arztberufes^[84]. Sie ist in unserer Studie der höchstbewertete nicht-berufliche Faktor bei den Ärzten und hat ebenfalls einen sehr hohen Stellenwert bei den Studierenden. Der Anteil an in die Heimat (hier Region Vechta) zurückgekehrten Ärzten beträgt über 40%, was die Ergebnisse interessant macht. Regionsfremde Ärzte zeigen im Vergleich zu den Ärzten, die bereits in der Region aufgewachsen sind, höheren Stellenwert in drei Faktoren: gute Einarbeitung, kurze Fahrtzeit zum Arbeitsplatz und regelmäßige Fort- und Weiterbildung. Diese drei Faktoren scheinen unter Umständen bei der Werbung von regionsfremden Mediziner einen Vorteil für die Region darzustellen. Berufliche Interventionen, vor allem die Weiterbildung betreffend, scheinen auch hier Einfluss nehmen zu können. Die übrigen Aspekte, darunter familiäre, freizeit- und umweltbezogene Faktoren, sind für die befragten Ärzte ähnlich wichtig. Mit diesen Themen bestünde wahrscheinlich eine Möglichkeit, herkunftsunabhängig zu intervenieren.

6.11 Diskussion bereits umgesetzter Interventionen

In diesem Kapitel finden auch umgesetzte Projekte aus anderen Ländern Eingang in die Diskussion. Dabei ist diese Tatsache jedoch zu bedenken, dass sich das Gesundheitssystem in Deutschland von dem System in anderen Ländern, beispielsweise der Vereinigten Staaten von Amerika (USA), unterscheidet.

Quellen aus den USA begründen den Ärztemangel mit fehlender medizinischer Finanzierung oder ausbleibender Schaffung von mehr Niederlassungsmöglichkeiten durch den U.S. Congress^[52]. Hier greife das Versorgungsstärkungsgesetz in Deutschland an: Durch die Einrichtung eines Strukturfonds sollen mehr Anreize und Möglichkeiten geschaffen werden, die Niederlassungen in unterversorgten Regionen vor Ort zu fördern^[24]. Mit dem bereits beschriebenen großen Interesse für berufliche Interventionen und an der Niederlassung in unserer Studie, könnte dieses dem Ärztemangel entgegenwirken.

Auch Veränderungen in der Gesundheitsversorgung – „medical homes, retail-clinics, expanded scope-of-practice laws“ seien laut Robeznieks in den USA Möglichkeiten, eine Krise abzuwenden^[100]. Auerbach et al. analysierten die „medical homes“ und „health center“ ebenfalls und konnten eine Verringerung des hochgerechneten Ärztemangels feststellen^[5]. Laut Bodenheimer & Smith könnten gewisse Aufgabenbereiche von Ärzten an lizenziertes Personal abgegeben werden, um die Kapazität der Grundversorgung zu erhöhen ohne mehr Kliniker zu benötigen. Hier werden Krankenpfleger und Pharmazeuten genannt^[10]. Die Aufgabenbereiche würden präventive und chronisch vorhandene Bedürfnisse in der Versorgung umfassen. Zusätzlich schlagen sie vor, das Potenzial der Selbstversorgung des Patienten zu steigern, und außerdem Technologien zu nutzen, um diese Kapazitäten des Gesundheitssystems zu vermehren^[10]. Die Meinung der Studierenden zu diesem Aspekt wurde nicht in unserer Studie abgebildet, weil dieses nicht Fokus der Befragung war.

Eine integrierte Versorgung bedeute nach §140a SGB V, dass verschiedene Leistungssektoren und Leistungserbringer miteinander eng zusammenarbeiten bzw. kombiniert werden^[18]. In anderen Ländern scheint dies teilweise schon umgesetzt worden zu sein. In ihrem systematischen Review stellen Antunes und Moreira fest, dass eine Unterversorgung mit medizinischem Personal neben diversen anderen Faktoren ein Grund sei, sich mit dem Thema der integrierten Versorgung auseinanderzusetzen^[2]. Sie stellen Großbritannien als einen der Wegbereiter in diesen Belangen heraus und nennen verschiedene Interventionen, die dort

umgesetzt werden würden. Darunter befänden sich beispielsweise Gemeindekrankenhäuser, die sowohl Grundversorger als auch Sekundärversorger seien. Durch die starke Einbindung von Hausärzten mit verschiedenen Zusatzbezeichnungen in diese Häuser, stellten sie vor allem in ländlichen Regionen einen erheblichen Mehrwert dar. Auch eine Versorgung allein durch Gesundheits- und Krankenpfleger sei realisiert worden mit der Möglichkeit, einen Arzt telefonisch oder online zu kontaktieren^[12, 108]. Berg et al. warnen davor, einem standardisierten Schema zu folgen und weisen darauf hin, die Veränderungen an die Gegebenheiten des eigenen Systems bzw. der eigenen Region anzupassen. Eine Umstrukturierung des Systems müsse zur Umsetzung neuer Versorgungsstrategien vorhanden sein^[8]. Das Versorgungsstärkungsgesetz^[24] und die Bedarfsplanungsrichtlinie^[37] in Deutschland scheinen erste Ansätze zur Verbesserung der Versorgung darzustellen. Seit Bestehen dieser rechtlichen Grundlagen könne beobachtet werden, dass der Anteil neuer Hausarztpraxen auf dem Land an allen Neugründungen von Hausärzten im Jahr 2016 auf 10,3% im Vergleich zu 9,3% im Vorjahr angestiegen sei^[122]. Weiterhin dominiere laut dieser Existenzgründungsanalyse bei den Hausärzten weiterhin die Übernahme einer Einzelpraxis, kooperative Modelle (z.B. Praxisgemeinschaften) kämen an zweiter Stelle.

Die Maisons de Santé Pluridisziplinaires (MSP) würden einen Fokus auf die Versorgung der ländlichen Regionen zeigen. Sie würden einen Beitrag zur Verbesserung der Work-Life Balance der dort tätigen Ärzte leisten und den interkollegialen Austausch sowie die Interdisziplinarität fördern^[11]. Die angehenden Ärzte in unserer Studie zeigen sich besonders bei der Work-Life Balance und einem guten Arbeitsklima unter Kollegen („time and team“) sehr interessiert (siehe Kapitel 4.12). Oberlander et al. bestätigen, dass circa 70% der ambulant tätigen Ärzte die Teamarbeit als äußerst wichtig für die Attraktivität am Arztberuf beurteilen würden^[84]. Die in unserer Studie befragten Ärzte schließen sich diesem durch die hohe Bewertung des Arbeitsklimas unter Kollegen an (siehe Kapitel 4.16.4).

Die angesprochene Delegation von Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal könnte möglicherweise helfen, die Arbeitsbelastung des Arztes zu vermindern und hierdurch mehr Zeit für die Versorgung der Patienten zu schaffen. Radaelli et al. können in ihrem Literaturreview im Auftrag der Bundesärztekammer zeigen, dass eine solche Delegation an nicht-ärztliches Personal oder an multidisziplinäre Teams erfolgen könne. Es wird jedoch auch angesprochen, dass die juristischen Grundlagen, die ärztliche Tätigkeiten definieren, nicht eindeutig gegeben seien^[97].

Neben diesen Forderungen zur Optimierung des Gesundheitssystems gibt es international Förderungsprogramme, die sich auf die Steigerung der (Haus-)Ärztzahl in unterversorgten Regionen konzentrieren. In den USA existiert seit 1974 das Physician Shortage Program an der Jefferson Medical School. Neben finanzieller Unterstützung werden zu den Studierenden mit ländlichem Hintergrund auch Kontakte durch regelmäßige Treffen und Praktika gepflegt^[96]. Die regelmäßigen Praktika könnten ein positiveres Bild vom ländlichen Bereich bewirken, wie bereits in Kapitel 6.2 angesprochen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen einiger Bundesländer Deutschlands haben bereits Stipendien und anderweitige Förderungen ins Leben gerufen, mit denen Medizinstudierende entweder in unterversorgte Regionen oder in die hausärztliche Versorgung geführt werden sollen. Als Beispiel seien die Programme „Niederlassen in Niedersachsen“ der KV Niedersachsen^[69] oder „Praxisstart“ der KV Westfalen Lippe^[70] genannt. Landkreise und Krankenhäuser, die in Zukunft unterversorgt sein könnten oder es bereits sind, vergeben ebenfalls Stipendien^[72, 107]. Die Vielzahl weiterer Förderungsprogramme, die sich hinsichtlich Rahmenbedingungen, Förderungszeitpunkt bzw. -dauer unterscheiden, haben das gemeinsame Ziel, die ärztliche Versorgung zu fördern. Basierend auf den Ergebnissen dieser Untersuchung wird ab Juli 2017 eine feste Anlaufstelle für Mediziner („WelcoMED“) von Landkreis und Krankenhausverbund in Vechta für 2 Jahre geschaffen^[74].

Daneben scheint es auch Programme zu geben, die eine bessere Patientenversorgung im Sinn hatten, aber weniger erfolgreich waren. So sei die „rollende Arztpraxis“ oder Patientenbusse in ländlichen Regionen bereits nach etwa einem Jahr teilweise wieder eingestellt worden^[99]. In anderen Ländern, wie den USA, finden sich schon länger zurückliegende Stipendien des National Health Service Corps (NHSC). Dort seien jedoch langfristig weniger Teilnehmer an diesem Stipendium in den ländlichen Regionen tätig gewesen als Nicht-Teilnehmer^[91].

Es bleibt abzuwarten, ob die vorgestellten Programme nicht nur Hausärzte gewinnen, sondern Mediziner auch längerfristig in unterversorgten Regionen halten können. Das in unserer Studie gezeigte große Interesse an Interventionen legt nahe, dass ein gutes Ansprechen auf diese Programme möglich sein kann, wenn sich nicht ausschließlich auf die finanzielle Unterstützung gestützt wird, sondern auch die Bedürfnisse und Prioritäten der jungen Mediziner beachtet werden. Die Schaffung neuer Strukturen und Anpassung an neue Generationserwartungen, sowie an die Bedürfnisse auch der Frauen, könnte unser Handeln in den nächsten Dekaden

maßgeblich bestimmen, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung auf dem Land zu erreichen und zu halten.

7 Stichwortverzeichnis

aR (Subgruppe)	Subgruppe aus der Region
DGCh	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Land, L (Subgruppe)	Herkunft aus Ort/Stadt mit <5.000 Einwohnern
m	männlich
MW, M_x	Mittelwert (von X)
n	Anzahl
Ndl.	Niederlassung
NGO	non-governmental organisations
ohne Partner, oP (Subgruppe)	Subgruppe ohne Partner
ÖPNV	öffentlicher Personennahverkehr
p	Signifikanzwert
Partner, P (Subgruppe)	Subgruppe mit Partner
Pull-Faktor	Faktor mit Attraktivitätspotenzial
Push-Faktor	Faktor mit Störpotenzial
R	Regressionskoeffizient

r	Korrelationskoeffizient
SD	Standardabweichung
SF	Summenfaktor
SGB	Sozialgesetzbuch
Stadt, S (Subgruppe)	Herkunft aus (Groß-)Stadt mit >50.000 Einwohnern
RF (Subgruppe)	Regionsfremde Subgruppe
Übergang, Ü (Subgruppe)	Herkunft aus Stadt mit >5.000 und <50.000 Einwohnern
vs.	versus
VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
w	weiblich
WHO	World Health Organisation

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienort der befragten Studierenden ($n=977$).....	22
Abbildung 2: Altersverteilung der befragten Studierenden ($n=968$)	23
Abbildung 3: Fachsemester-Verteilung der befragten Studierenden ($n=1.062$)	23
Abbildung 4: Familienstand der befragten Studierenden ($n=1.063$).....	24
Abbildung 5: Herkunftsorte der Studierenden nach Einwohnerzahlen ($n=1.063$).....	24
Abbildung 6: Angabe der befragten Studierenden zum Vorkommen von Ärztinnen/Ärzten in der Familie/Verwandtschaft ($n=1.063$)	26
Abbildung 7: Attraktivität von Pull-Faktoren eines Wohnortes für die befragten Studierenden ($n=1.063$).....	31
Abbildung 8: Störpotenzial von Push-Faktoren eines Wohnortes für die befragten Studierenden ($n=1.063$).....	32
Abbildung 9: Angaben zum Plan nach der Weiterbildung der befragten Studierenden ($n=1.063$)	33
Abbildung 10: Interesse der Studierenden an Fachrichtungsgruppen.....	36
Abbildung 11: Interesse der Studierenden an Fachrichtungsgruppen, gegliedert nach Studienabschnitt	37
Abbildung 12: Gehaltsvorstellungen (Brutto) der Studierenden im ersten Assistenzarzt-Jahr	40
Abbildung 13: Vorstellung der befragten Studierenden von Arbeitsstunden pro Woche im ersten Assistenzarzt-Jahr	40
Abbildung 14: Tolerierbare Fahrtzeit mit dem Auto zum Arbeitsort der befragten Studierenden ($n=1.063$).....	41
Abbildung 15: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der Allgemeinmedizin.....	49
Abbildung 16: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der Niederlassung	52
Abbildung 17: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der familiären Faktoren.....	55

Abbildung 18: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der karrierebezogenen Faktoren.....	58
Abbildung 19: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der infrastrukturellen Faktoren	60
Abbildung 20: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der Freizeitfaktoren.....	62
Abbildung 21: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der großstädtischen Push-Faktoren	65
Abbildung 22: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der ländlichen Push-Faktoren	68
Abbildung 23: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der beruflichen Interventionsmöglichkeiten.....	70
Abbildung 24: Forest-Plot der Regressionskoeffizienten der außerberuflichen Interventionsmöglichkeiten.....	72
Abbildung 25: Arbeitsort der befragten Ärzte ($n=92$)	75
Abbildung 26: Herkunftsort der befragten Ärzte ($n=99$)	75
Abbildung 27: Rückkehr der befragten Ärzte in die Region ($n=99$).....	76
Abbildung 28: Familienstand der befragten Ärzte ($n=98$).....	78
Abbildung 29: Angabe der befragten Ärztinnen und Ärzte zum Vorkommen von Ärztinnen/Ärzten in der Familie/Verwandtschaft ($n=100$)	79
Abbildung 30: Kinder der befragten Ärzte ($n=101$).....	79
Abbildung 31: Herkunft der befragten Entscheidungsträger ($n=16$)	82

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erreichte Studienorte.....	21
Tabelle 2: Herkunftsort des Partners in Abhängigkeit vom Herkunftsort der befragten Studierenden ($n=562$).....	25
Tabelle 3: Am aktuellen Wohnort der befragten Studierende vorhandene Standortfaktoren ($n=1.047$).....	27
Tabelle 4: Bewertung der zukünftigen Standortfaktoren der befragten Studierenden ($n=1.062$).....	29
Tabelle 5: Differenz zwischen vorhandenen und zukünftigen Standortfaktoren ($n=1.062$)....	30
Tabelle 6: Freitextangaben zur späteren Tätigkeit der befragten Studierenden ($n=47$).....	34
Tabelle 7: Bewertung der abgefragten Fachrichtung in Prozent der befragten Studierenden ($n=1.054$).....	35
Tabelle 8: Zuordnung der Fachrichtungen zu übergeordneten Kategorien.....	36
Tabelle 9: Attraktivität von ausgewählten Fachrichtungen abhängig vom Geschlecht ($n=746$).....	38
Tabelle 10: Stellenwert beruflicher Faktoren für die befragten Studierenden ($n=1.062$).....	39
Tabelle 11: Bewertung der Aspekte einer Niederlassung in Prozent der befragten Studierenden ($n=1.062$).....	42
Tabelle 12: Stellenwert der untersuchten Aspekte für die befragten Studierenden im Gesamtvergleich.....	44
Tabelle 13: Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region der befragten Studierenden ($n=1.043$).....	45
Tabelle 14: Modellzusammenfassung der Allgemeinmedizin.....	49
Tabelle 15: ANOVA der linearen Regression der Allgemeinmedizin.....	49
Tabelle 16: Modellzusammenfassung der Niederlassung.....	51

Tabelle 17: ANOVA der linearen Regression der Niederlassung.....	51
Tabelle 18: Mittlere Attraktivität von Aspekten der Niederlassung abhängig von der Wunschtätigkeit ($n=444$).....	53
Tabelle 19: Modellzusammenfassung der familienbezogenen Faktoren	55
Tabelle 20: ANOVA der linearen Regression der familienbezogenen Faktoren.....	55
Tabelle 21: Modellzusammenfassung der karrierebezogenen Faktoren	57
Tabelle 22: ANOVA der linearen Regression der karrierebezogenen Faktoren.....	57
Tabelle 23: Modellzusammenfassung der infrastrukturellen Faktoren	59
Tabelle 24: ANOVA der Regression der infrastrukturellen Faktoren	60
Tabelle 25: Modellzusammenfassung der Freizeitfaktoren	61
Tabelle 26: ANOVA der Regression der Freizeitfaktoren.....	61
Tabelle 27: Modellzusammenfassung umweltbezogener Faktoren	63
Tabelle 28: ANOVA der Regression der umweltbezogenen Faktoren	63
Tabelle 29: Modellzusammenfassung der großstädtischen Push-Faktoren	64
Tabelle 30: ANOVA der linearen Regression der großstädtischen Push-Faktoren	65
Tabelle 31: Modellzusammenfassung der ländlichen Push-Faktoren.....	67
Tabelle 32: ANOVA der linearen Regression der ländlichen Push-Faktoren.....	67
Tabelle 33: Modellzusammenfassung der beruflichen Interventionsmöglichkeiten.....	69
Tabelle 34: ANOVA der Regression der beruflichen Interventionsmöglichkeiten	69
Tabelle 35: Modellzusammenfassung der außerberuflichen Interventionsmöglichkeiten.....	71
Tabelle 36: ANOVA der Regression der außerberuflichen Interventionsmöglichkeiten	71
Tabelle 37: Altersverteilung der befragten Ärzte ($n=94$).....	74
Tabelle 38: Angestrebte oder erworbene Facharztbezeichnung der befragten Ärzte ($n=101$)	77

Tabelle 39: Kinderzahl der befragten Ärzte ($n=71$)	79
Tabelle 40: Signifikante Unterschiede zwischen Ärzten aus der Region und regionsfremden Ärzten	80
Tabelle 41: Gemeinden/Städte der befragten Entscheidungsträger	82
Tabelle 42: Stellenwert der untersuchten Aspekte für die befragten Ärzte im Gesamtvergleich	83
Tabelle 43: Attraktivität von Interventionsmöglichkeiten für Studierende ($n=1.043$) und Entscheidungsträger ($n=14$)	84
Tabelle 44: Umgesetzte Interventionen laut Entscheidungsträger ($n=14$)	85
Tabelle 45: Mittelwerte der Bewertung von allgemeinen Standortfaktoren nach Geschlecht	141
Tabelle 46: Mittelwerte der Bewertung von allgemeinen Standortfaktoren nach Herkunft ..	141
Tabelle 47: Mittelwerte der Bewertung von allgemeinen Standortfaktoren nach Familienstand	142
Tabelle 48: Mittlere Bewertung der Fahrtzeit zur Arbeit nach Geschlecht	142
Tabelle 49: Mittlere Bewertung der Fahrtzeit zur Arbeit nach Herkunft.....	142
Tabelle 50: Mittlere Bewertung der Fahrtzeit zur Arbeit nach Familienstand.....	143
Tabelle 51: Mittlere Bewertung der Attraktivität von Pull-Faktoren nach Geschlecht	143
Tabelle 52: Mittlere Bewertung der Attraktivität von Pull-Faktoren nach Herkunft.....	143
Tabelle 53: Mittlere Bewertung der Attraktivität von Pull-Faktoren nach Familienstand	143
Tabelle 54: Mittlere Bewertung des Störpotenzials von Push-Faktoren nach Geschlecht.....	144
Tabelle 55: Mittlere Bewertung des Störpotenzials von Push-Faktoren nach Herkunft.....	144
Tabelle 56: Mittlere Bewertung des Störpotenzials von Push-Faktoren nach Familienstand	144
Tabelle 57: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Geschlecht.....	145
Tabelle 58: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Herkunft	145

Tabelle 59: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Familienstand.....	146
Tabelle 60: Mittlere Bewertung von Fachrichtungen nach Geschlecht	147
Tabelle 61: Mittlere Bewertung von Fachrichtungen nach Herkunft.....	147
Tabelle 62: Mittlere Bewertung von Fachrichtungen nach Familienstand	148
Tabelle 63: Mittlere Bewertung von möglichen Tätigkeitsbereichen nach Geschlecht.....	148
Tabelle 64: Mittlere Bewertung von möglichen Tätigkeitsbereichen nach Herkunft	148
Tabelle 65: Mittlere Bewertung von möglichen Tätigkeitsbereichen nach Familienstand....	148
Tabelle 66: Mittlere Bewertung von Faktoren einer Niederlassung nach Geschlecht.....	149
Tabelle 67: Mittlere Bewertung von Faktoren einer Niederlassung nach Herkunft	149
Tabelle 68: Mittlere Bewertung von Faktoren einer Niederlassung nach Familienstand	150
Tabelle 69: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Geschlecht	150
Tabelle 70: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Herkunft	151
Tabelle 71: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Familienstand	151
Tabelle 72: Mittlere Bewertung allgemeiner Standortfaktoren nach Herkunft der Ärzte.....	152
Tabelle 73: Fahrzeit zur Arbeit nach Herkunft der Ärzte	153
Tabelle 74: Mittlere Bewertung von Pull-Faktoren nach Herkunft der Ärzte	153
Tabelle 75: Mittlere Bewertung von Push-Faktoren nach Herkunft der Ärzte	153
Tabelle 76: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Herkunft der Ärzte	154
Tabelle 77: Mittlere Bewertungen potenzieller Fachrichtungen nach Herkunft der Ärzte	154
Tabelle 78: Mittlere Bewertung der Faktoren einer Niederlassung nach Herkunft der Ärzte	155

Tabelle 79: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Herkunft der Ärzte..... 155

10 Literaturverzeichnis

- 1 Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2014) Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte. Hg. v. Bertelsmann Stiftung
- 2 Antunes V, Moreira PJ (2011) Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 4:129–135
- 3 Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2008) Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. online: https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf
- 4 Ärztekammer Niedersachsen (2017) Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen. WBO
- 5 Auerbach DI, Chen PG, Friedberg MW, Reid R, Lau C, Buerhaus PI, Mehrotra A (2013) Nurse-managed health centers and patient-centered medical homes could mitigate expected primary care physician shortage. *Health affairs (Project Hope)* 32:1933–1941
- 6 Barth-Petry A (2012) Netzwerk Hausarzt? Ein Modell zur Sicherstellung der regionalen hausärztlichen Versorgung. APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bachelorthesis--Bremen, 2012. 1. Aufl. Bremen: Apollon Univ. Press (APOLLON-Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft, 4)
- 7 Baschera D, O'Donnell Taylor E, Masilonyane-Jones T, Isenegger P, Zellweger R (2015) Are Medical Students Who Want to Become Surgeons Different? An International Cross-Sectional Study. *World journal of surgery* 39:2908–2918
- 8 Berg M, Schellekens W, Bergen C (2005) Bridging the quality chasm. Integrating professional and organizational approaches to quality. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 17:75–82
- 9 Beske F, Bartmann F-J, Büchner RW, Knüpper P, Thamer U (2009) Gesundheitspolitische Agenda 2009. Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen; ein Handlungskonzept. Kiel: Schmidt & Klaunig (Schriftenreihe / Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, 112)

- 10 Bodenheimer TS, Smith MD (2013) Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health affairs (Project Hope)* 32:1881–1886
- 11 Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A (2009) An Exploratory Evaluation of Multidisciplinary Primary Care Group Practices in Franche-Comté and Bourgogne. *Questions d'économie de la Santé*:1–8
- 12 British Medical Association, Board of Science and Education (2005) *Healthcare in a rural setting*. London: British Medical Association
- 13 Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A (2002) The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas. A review of the literature. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 77:790–798
- 14 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R (2008) The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss medical weekly* 138:305–312
- 15 Bund K (2014) *Glück schlägt Geld. Generation Y: was wir wirklich wollen*. 2. Aufl. Hamburg: Murmann
- 16 Bundesärztekammer, KBV (2015) *Ärztstatistik 2015*. online: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf
- 17 Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2010) *Landleben - Landlust? Wie Menschen in Kleinstädten und Landgemeinden über ihr Lebensumfeld urteilen*. BBSR Berichte KOMPAKT
- 18 Bundesministerium der Justiz (2017) *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. SGB V*
- 19 Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2015) *Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012*
- 20 Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hg.) (2016) *Ländliche Regionen verstehen. Fakten und Hintergründe zum Leben und Arbeiten in ländlichen Regionen*
- 21 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2017) *Beschlusstext Masterplan Medizinstudium 2020*

- 22 Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hg.) Naturbewusstsein 2015. Bevölkerungsumfrage zu Natur und biologischer Vielfalt. Unter Mitarbeit von Kuchler-Krischun J, Nürnberg M, Schell C, Erdmann K-H, Mues AW
- 23 Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2014) Sicherung des Fachkräfte-angebotes im ländlichen Raum. MORO Praxis
- 24 Bundestag (2015) Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-VSG. In: Bundesgesetzblatt
- 25 Capstick S, Beresford R, Gray A (2008) Rural pharmacy in New Zealand: effects of a compulsory externship on student perspectives and implications for workforce shortage. *The Australian journal of rural health* 16:150–155
- 26 Chan BTB, Degani N, Crichton T, Pong RW, Rourke JT, Goertzen J, McCreedy B (2005) Factors influencing family physicians to enter rural practice: does rural or urban background make a difference? *Canadian family physician* 51:1247
- 27 Chauban TS, Jong M, Buske L (2010) Recruitment trumps retention: results of the 2008/09 CMA Rural Practice Survey. *Canadian journal of rural medicine: the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada* 15:101–107
- 28 Creed PA, Searle J, Rogers ME (2010) Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Social science & medicine* (1982) 71:1084–1088
- 29 Cullison S, Reid C, Colwill JM (1976) Medical school admissions, specialty selection, and distribution of physicians. *JAMA* 235:502–505
- 30 Curran V, Rourke J (2004) The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical teacher* 26:265–272
- 31 D'Amore A, Mitchell EKL, Robinson CA, Chesters JE (2011) Compulsory medical rural placements: senior student opinions of early-year experiential learning. *The Australian journal of rural health* 19:259–266
- 32 DSSV - Arbeitgeberverband deutscher Fitness- und Gesundheits-Anlagen Der Fitnessmarkt nach Bundesländern. Eckdaten der deutschen Fitnesswirtschaft. Tusch, Dustin

- 33 Edwards H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H (2004) The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse education today* 24:248–255
- 34 Europäisches Parlament (2003) Richtlinie 2003 88 EG des Europäischen Parlamentes und des Rates über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung. In: *Amtsblatt L299*
- 35 Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England journal of medicine* 303:130–135
- 36 Frisch S (2013) The primary care physician shortage. *BMJ (Clinical research ed.)* 347:f6559
- 37 Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Bedarfsplanungs-Richtlinie. In: *Bundesanzeiger*
- 38 GKV-Spitzenverband (2013) Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung - Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung. Reformoptionen des GKV-Spitzenverbandes. Positionspapier. Berlin
- 39 GKV-Spitzenverband (2014) Einfach nur mehr Ärzte löst keine Versorgungsprobleme. Berlin. online: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_116160.jsp
- 40 GKV-Spitzenverband (2014) Neue Ideen statt alter Rezepte in der ambulanten Versorgung. Berlin. online: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_130816.jsp
- 41 GKV-Spitzenverband (2015) Kampf gegen drohenden Ärztemangel braucht Bereitschaft zur Veränderung. Berlin. online: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_232320.jsp
- 42 Grischkan J, George BP, Chaiyachati K, Friedman AB, Dorsey ER, Asch DA (2017) Distribution of Medical Education Debt by Specialty, 2010-2016. *JAMA internal medicine* 177:1532–1535
- 43 Grobler L, Marais BJ, Mabunda S (2015) Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *The Cochrane database of systematic reviews*:CD005314

- 44 Gruenberg EM (1977) The failures of success. The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society 55:3–24
- 45 Hartmannbund (2015) Medizinstudium 2020 Plus. Umfrage des Hartmannbundes unter seinen Medizinstudierenden im Rahmen der Erstellung einer "Masterplan Medizinstudium 2020" der Bundesregierung. Berlin
- 46 Henry JA, Edwards BJ, Crotty B (2009) Why do medical graduates choose rural careers? Rural and remote health 9:1083
- 47 Henry LR, Hooker RS, Yates KL (2011) The role of physician assistants in rural health care. A systematic review of the literature. The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association 27:220–229
- 48 Hill D, Martin I, Farry P (2002) What would attract general practice trainees into rural practice in New Zealand? The New Zealand medical journal 115:U161
- 49 Holtz GT (1995) Welcome to the jungle. The why behind "Generation X". 1st St. Martin's Griffin ed. New York: St. Martin's Griffin
- 50 Hooker RS (2006) Physician assistants and nurse practitioners. The United States experience. The Medical journal of Australia 185:4–7
- 51 Humphreys JS, Wakerman J, Wells RW, Kuipers P, Jones JA, Entwistle P, Harvey P (2007) Improving primary health care workforce retention in small rural and remote communities. How important is ongoing education and training?: Australian Primary Health Care Research Institute
- 52 Hunnicutt M-K (2014) Physician shortage and the future of medicine. Surgical neurology international 5:181
- 53 Hurrelmann K, Albrecht E (2014) Die heimlichen Revolutionäre. Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim: Beltz
- 54 Hütter A (2013) Verkehr auf einen Blick. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- 55 Illies F (2001) Generation Golf. Eine Inspektion. 3. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verl. (Fischer, 15065)

- 56 Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2015) Zensus 2015. Regierungsbezirk Münster. online: https://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/bevoelkerungszahlen_zensus/zensus_rp5_dez15.html
- 57 Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (2015) Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. MB-Monitor 2015 - Arbeitsbelastung im Krankenhaus
- 58 Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (2016) MB-Studi Barometer 2016. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung Marburger Bund. Hg. v. Marburger Bund
- 59 Jacob R, Kopp J, Schultz S (2014) Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. KBV; Universität Trier
- 60 Jones JA, Humphreys JS, Adena MA (2004) Rural GPs' ratings of initiatives designed to improve rural medical workforce recruitment and retention. *Rural and remote health* 4:314
- 61 Jutzi L, Vogt K, Drever E, Nisker J (2009) Recruiting medical students to rural practice: perspectives of medical students and rural recruiters. *Canadian family physician* 55:72-3, 73.e1-4
- 62 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Statistische Kerndaten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2014
- 63 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister
- 64 Kearns R, Myers J, Adair V, Coster H, Coster G (2006) What makes 'place' attractive to overseas-trained doctors in rural New Zealand? *Health & social care in the community* 14:532–540
- 65 Klose J, Rehbein I (2011) *Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: WIdO Wiss. Inst. der AOK
- 66 Kondalsamy-Chennakesavan S, Eley DS, Ranmuthugala G, Chater AB, Toombs MR, Darshan D, Nicholson GC (2015) Determinants of rural practice. Positive interaction between rural background and rural undergraduate training. *The Medical journal of Australia* 202:41–45

- 67 Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarb. Aufl. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung
- 68 Kristensen MAT, Thorsen T (2014) [Increasing shortage of general practitioners in social deprived Danish communities.]. Ugeskrift for laeger 176
- 69 KV Niedersachsen (2016) Niederlassen in Niedersachsen. online: <http://www.niederlasseninniedersachsen.de/Fuer-Studierende/Stipendien/>
- 70 KV Westfalen-Lippe Praxisstart. online: <http://www.praxisstart.info/>
- 71 Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hg.) Zensus 2015. online: <http://www1.nls.niedersachsen.de/statistik/html/default.asp>
- 72 Landkreis Diepholz (2012) Richtlinie zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin des Landkreises Diepholz. online: https://www.diepholz.de/downloads/datei/2015_12_21_richtlinien_zur_vergabe_von_stipendien_fuer_studierende_der_humanmedizin_des_landkreises_diepholz.pdf
- 73 Landkreis Vechta (2015) Datenspiegel 2015. online: https://www.landkreis-vechta.de/fileadmin/dokumente/pdf/politik_und_verwaltung/Zahlen_Daten_Fakten-Stand_2015_3.pdf
- 74 Landkreis Vechta (2017) WelcoMED. Willkommensbüro für Mediziner im Landkreis Vechta. Hg. v. Koordinierungsstelle Gesundheitsregion. Gesundheitsregionen Niedersachsen
- 75 Laven G, Wilkinson D (2003) Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. The Australian journal of rural health 11:277–284
- 76 Lee YH, Barnard A, Owen C (2011) Initial evaluation of rural programs at the Australian National University: understanding the effects of rural programs on intentions for rural and remote medical practice. Rural and remote health 11:1602
- 77 Li X, Cochran C, Lu J, Shen J, Hao C, Wang Y et al. (2015) Understanding the shortage of village doctors in China and solutions under the policy of basic public health service equalization: evidence from Changzhou. The International journal of health planning and management 30:55

- 78 Lindgren M, Lüthi B, Fürth T (2010) The me we generation. What business and politics must know about the next generation. Johanneshov: TPB
- 79 Long T, Grant RA (2014) If training time is shortened, don't forget incentives for shortage areas and primary care. *The American journal of medicine* 127:e21
- 80 Marburger Bund, Tarifgemeinschaft deutscher Länder (2013) Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA). Änderungstarifvertrag Nr. 4 vom 6. März 2016
- 81 Marburger Bund, Tarifgemeinschaft deutscher Länder (2013) Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte). Änderungstarifvertrag Nr. 4 vom 11. April 2013
- 82 McCarthy M (2015) Report predicts US physician shortage could exceed 90,000 by 2025. *BMJ (Clinical research ed.)* 350:h1296
- 83 moobil+ (Hg.) (2017) Das zukunftsweisende Mobilitätsangebot im Landkreis Vechta
- 84 Oberlander W, Eggert K, Drebinger A (2010) Sicherung der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- 85 Oberlander W, Liebig K (2008) Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- 86 O'Connor TM, Hooker RS (2007) Extending rural and remote medicine with a new type of health worker. Physician assistants. *The Australian journal of rural health* 15:346–351
- 87 Oldenburgische Industrie- und Handelskammer (2016) IHK-Standortatlas 2016. Landkreis Vechta
- 88 Organisation for Economic Cooperation and Development (2015) Health Statistics 2015. Health Care Resources - Physicians. online: http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT
- 89 Parment A (2009) Die Generation Y - Mitarbeiter der Zukunft. Herausforderung und Erfolgsfaktor für das Personalmanagement. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden

- 90 Pathman DE, Konrad TR, King TS, Taylor DH, JR, Koch GG (2004) Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Medical care* 42:560–568
- 91 Pathman DE, Konrad TR, Ricketts TC3 (1992) The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study. *JAMA* 268:1552–1558
- 92 Pathman DE, Williams ES, Konrad TR (1996) Rural Physician Satisfaction. Its Sources and Relationship to Retention. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 12:366–377
- 93 Pötzsch O, Rößger F (2015) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.* Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- 94 Pressestelle GKV-Spitzenverband (2014) *Faktenblatt, Bedarfsplanung und Versorgung.* Anja Haerschel
- 95 Rabinowitz HK (2001) Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. *JAMA* 286:1041
- 96 Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Rabinowitz C (2005) Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 80:728–732
- 97 Radaelli M, Stock S, Simic D, Wilm S (2009) Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“
- 98 Richards HM, Farmer J, Selvaraj S (2005) Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. *Rural and remote health* 5:365
- 99 Rieser S (2014) Es hat sich schnell ausgerollt. *Deutsches Ärzteblatt* 111, 2014:1577
- 100 Robeznieks A (2013) What doctor shortage? Some experts say changes in delivery will erase need for more physicians. *Modern healthcare* 43:14–15
- 101 Rosemann T, Schneemann M (2013) Der Hausärztemangel geht uns alle an. *Praxis* 102:313–314

- 102 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005
- 103 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009
- 104 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche
- 105 Schiff T, Felsing-Watkins J, Small C, Takayesu A, Withy K (2012) Addressing the physician shortage in Hawai'i: recruiting medical students who meet the needs of Hawai'i's rural communities. *Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health* 71:21–25
- 106 Scholz C (2014) *Generation Z. Wie sie tickt, was sie verändert und warum sie uns alle ansteckt.* Hoboken: Wiley
- 107 Schwester Euthymia Stiftung (2016) *In die Klinik, fertig, los!* Schwester Euthymia Stiftung. online: https://www.marienhospital-vechta.de/fileadmin/user_upload/kkom/portal/downloads/flyer_stipendium_2016.pdf
- 108 Scottish Executive (2006) *Developing community hospitals. A strategy for Scotland.* Edinburgh: Scottish Executive
- 109 Shell Deutschland (2015) *Jugend 2015. 17. Shell Jugendstudie. 1. Aufl.* Frankfurt am Main: FISCHER E-Books
- 110 Smucny J, Beatty P, Grant W, Dennison T, Wolff LT (2005) An evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University Of New York Upstate Medical University, 1990-2003. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 80:733–738
- 111 Statistisches Bundesamt (2014) *Studierende im Studienfach Medizin. Deutschland.* Hg. v. Statistisches Bundesamt. online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html>

- 112 Statistisches Bundesamt (2015) Studierende in Deutschland. online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Tabellen/StudierendeInsgesamtBundeslaender.html>
- 113 Statistisches Landesamt Bremen (2016) Statistisches Jahrbuch 2016. online: http://www.statistik.bremen.de/sixcms/media.php/13/Jb2016_pdfa.pdf
- 114 Stiftung für Zukunftsfragen (2014) Immer mehr Vereine – immer weniger Mitglieder: Das Vereinswesen in Deutschland verändert sich. *Forschung aktuell* 35:1–3
- 115 Tulgan B, Martin CA (2001) *Managing Generation Y. Global citizens born in the late seventies and early eighties.* Amherst, Mass: HRD Press
- 116 Vivekanantham S, Gnanappiragasam D (2014) Shortage of doctors, shortage of education. *World journal of surgery* 38:2183–2184
- 117 Wakerman J, Humphreys JS, Wells RW, Kuipers P, Entwistle P, Jones J (2007) Improving rural and remote health. *The Medical journal of Australia* 186:486
- 118 Weise DM (2011) *Rekrutierung der Net Generation. E-Recruiting mit Hilfe von Web 2.0-Tools.* 1. Aufl. s.l.: Diplomica Verlag GmbH
- 119 WHO Europe (2015) *Global Health Observatory data repository. Physicians density (per 1000 population).* Hg. v. WHO Europe. online: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>
- 120 Williams E, D'Amore W, McMeeken J (2007) Physiotherapy in rural and regional Australia. *The Australian journal of rural health* 15:380–386
- 121 Yuji K, Imoto S, Yamaguchi R, Matsumura T, Murashige N, Kodama Y et al. (2012) Forecasting Japan's physician shortage in 2035 as the first full-fledged aged society. *PloS one* 7:e50410
- 122 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; apoBank (Hg.) (2017) *Existenzgründungsanalyse Hausärzte 2015/2016*

11 Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Ordinarius Prof. Dr. med. Tim Pohlemann und Herrn Prof. Dr. med. Dietrich Doll für Ihre Betreuung und Begleitung dieser Arbeit. Außerdem möchte ich dem Vechtaer Institut für Forschungsförderung e.V. und Frau Katharina Maier danken, die für Fragen aller Art immer ein offenes Ohr hatte. Ich bedanke mich auch bei Herrn Dominic van der Zypen und Herrn Michael Mayer für ihre statistischen Hilfestellungen. Ich danke auch allen Teilnehmern an dieser Studie, denn ohne sie wäre diese Dissertation nicht möglich geworden.

12 Anhang

12.1 Schwerpunktsetzung der Studierenden

Im Folgenden sind die Mittelwerte nach Subgruppen angegeben, die der durchschnittlich vergebenen Punktzahl von 10 möglichen Punkten entsprechen. Die Mittelwerte der Gesamtheit sind in der jeweils ersten Tabelle je Unterkapitel gelistet.

Es wird nach dem Geschlecht, dem Herkunftsort der Studierenden und des Familienstandes unterschieden.

Legende:

- N_X Anzahl valider Antworten zur Subgruppe X
- w weiblich
- m männlich
- OP Studierende ohne Partner
- P Studierende mit Partner
- ges Gesamtzahl valider Antworten
- Land (L) Studierende aus dem ländlichen Bereich (<5.000 Einwohner)
- Übergang (Ü) Studierende aus dem mittelstädtischen Bereich (<50.000 Einwohner)
- Stadt (S) Studierende aus dem großstädtischen Bereich (>50.000 Einwohner)

Allgemeine Standortfaktoren

Standortfaktor	weiblich	N _w	männlich	N _m	gesamt	N _{ges}
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	8,6	783	8,7	280	8,6	1063
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	8,5	783	8,4	279	8,5	1062
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	8,0	783	8,0	280	8,0	1063
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	8,0	783	7,7	280	7,9	1063
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	8,0	783	7,7	280	7,9	1063
Intakte, gesunde Umwelt	7,7	783	7,5	280	7,6	1063
Schulangebote für Kinder	7,6	783	7,6	280	7,6	1063
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	7,5	783	7,9	280	7,6	1063
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	7,6	783	7,3	280	7,5	1063
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	7,6	783	7,1	280	7,5	1063
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	7,3	783	7,2	280	7,3	1063
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	8,0	783	5,2	280	7,3	1063
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	7,3	783	6,8	280	7,2	1063
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	7,2	783	7,1	280	7,2	1063
Flüsse und Seen	6,8	783	6,7	280	6,8	1063
Umweltschutz/Naturschutz	6,4	783	6,1	280	6,3	1063
Günstige Grundstückspreise oder Miete	6,0	783	5,8	280	6,0	1063
Günstige Lebenshaltungskosten	6,0	783	5,8	280	5,9	1063
Reichlich gute Fahrradwege	6,1	783	5,5	280	5,9	1063
Eigenes Haus	5,4	783	5,6	280	5,4	1063
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	5,5	783	5,1	280	5,4	1063
Nutzung erneuerbarer Energien	5,2	783	4,5	280	5,1	1063
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	5,2	783	3,9	280	4,9	1063
Nähe zur Universität	4,5	783	4,8	280	4,5	1063
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	4,3	783	3,3	279	4,0	1062

Tabelle 45: Mittelwerte der Bewertung von allgemeinen Standortfaktoren nach Geschlecht

Standortfaktor	Land	N _L	Übergang	N _Ü	Stadt	N _S
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	8,8	311	8,5	332	8,6	420
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	8,6	310	8,5	332	8,4	420
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	8,1	311	7,9	332	7,9	420
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	8,2	311	7,9	332	7,7	420
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	7,6	311	7,9	332	8,1	420
Intakte, gesunde Umwelt	8,1	311	7,6	332	7,4	420
Schulangebote für Kinder	7,7	311	7,7	332	7,4	420
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	7,3	311	7,8	332	7,7	420
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	7,6	311	7,7	332	7,3	420
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	7,1	311	7,3	332	7,8	420
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	7,0	311	7,6	332	7,3	420
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	7,5	311	7,1	332	7,3	420
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	7,3	311	7,2	332	7,1	420
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	7,1	311	7,2	332	7,1	420
Flüsse und Seen	7,0	311	6,7	332	6,7	420
Umweltschutz/Naturschutz	6,6	311	6,2	332	6,1	420
Günstige Grundstückspreise oder Miete	6,1	311	5,9	332	5,9	420
Günstige Lebenshaltungskosten	6,0	311	5,9	332	5,9	420
Reichlich gute Fahrradwege	5,8	311	5,9	332	6,0	420
Eigenes Haus	5,9	311	5,4	332	5,1	420
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	4,8	311	5,4	332	5,8	420
Nutzung erneuerbarer Energien	5,4	311	4,8	332	5,0	420
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	5,2	311	4,7	332	4,8	420
Nähe zur Universität	4,3	311	4,6	332	4,7	420
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	4,3	311	3,8	332	4,0	419

Tabelle 46: Mittelwerte der Bewertung von allgemeinen Standortfaktoren nach Herkunft

Standortfaktor	ohne Partner N _{OP}	mit Partner N _P		
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	8,0	497	9,2	566
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	7,8	497	9,0	565
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	8,0	497	8,0	566
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	7,9	497	8,0	566
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	7,9	497	7,9	566
Intakte, gesunde Umwelt	7,5	497	7,8	566
Schulangebote für Kinder	7,5	497	7,8	566
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	7,7	497	7,5	566
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	7,3	497	7,8	566
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	7,5	497	7,5	566
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	7,3	497	7,3	566
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	7,3	497	7,2	566
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	7,1	497	7,2	566
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	7,3	497	7,0	566
Flüsse und Seen	6,8	497	6,8	566
Umweltschutz/Naturschutz	6,2	497	6,4	566
Günstige Grundstückspreise oder Miete	5,9	497	6,0	566
Günstige Lebenshaltungskosten	5,8	497	6,0	566
Reichlich gute Fahrradwege	5,9	497	6,0	566
Eigenes Haus	5,2	497	5,7	566
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	5,6	497	5,2	566
Nutzung erneuerbarer Energien	4,9	497	5,2	566
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	4,8	497	4,9	566
Nähe zur Universität	4,9	497	4,2	566
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	4,2	496	3,9	566

Tabelle 47: Mittelwerte der Bewertung von allgemeinen Standortfaktoren nach Familienstand

Fahrtzeit zur Arbeit

Autofahrt	weiblich	N _w	männlich	N _m	gesamt	N _{ges}	
keine (ÖPNV, Fahrrad)	9,5	783	9,5	280	9,5	1063	
<10 min	9,5	783	9,3	280	9,4	1063	
<30 min	7,7	783	7,1	280	7,6	1063	
<60 min	3,6	783	3,3	280	3,5	1063	
>60 min	0,8	783	0,7	280	0,8	1063	

Tabelle 48: Mittlere Bewertung der Fahrtzeit zur Arbeit nach Geschlecht

Autofahrt	Land	N _L	Übergang	N _Ü	Stadt	N _S	
keine (ÖPNV, Fahrrad)	9,6	311	9,6	332	9,5	420	
<10 min	9,5	311	9,4	332	9,3	420	
<30 min	7,7	311	7,6	332	7,4	420	
<60 min	3,6	311	3,5	332	3,4	420	
>60 min	0,8	311	0,8	332	0,8	420	

Tabelle 49: Mittlere Bewertung der Fahrtzeit zur Arbeit nach Herkunft

Autofahrt	ohne Partner N_{Op}	mit Partner N_p		
keine (ÖPNV, Fahrrad)	9,5	497	9,6	566
<10 min	9,3	497	9,5	566
<30 min	7,4	497	7,7	566
<60 min	3,4	497	3,6	566
>60 min	0,8	497	0,8	566

Tabelle 50: Mittlere Bewertung der Fahrtzeit zur Arbeit nach Familienstand

Pull-Faktoren

Pullfaktor	weiblich N_w	männlich N_m	gesamt N_{ges}			
Kurze Fahrtzeiten zur Arbeit	8,2	783	8,2	280	8,2	1063
Willkommensein in der Stadt/im Ort	7,4	783	7,2	280	7,4	1063
Vielfältige Sportangebote	7,1	783	6,5	280	6,9	1063
Vielfältige Freizeitangebote	6,7	783	6,2	280	6,5	1063
Nette Nachbarn	6,6	783	6,3	280	6,6	1063
Angebot ökologisch-biologischer Produkte	5,8	783	4,5	280	5,5	1063
Nähe zu Arztpraxen (Hausarzt)	5,5	783	4,5	280	5,2	1063
Meine Nachbarn kennen mich	4,9	783	4,6	280	4,8	1063
Preiswertes Bauland	4,9	783	4,6	280	4,8	1063
Feste Ansprechpartner bei Behörden	4,6	783	4,2	280	4,5	1063

Tabelle 51: Mittlere Bewertung der Attraktivität von Pull-Faktoren nach Geschlecht

Pullfaktor	Land N_L	Übergang N_U	Stadt N_S			
Kurze Fahrtzeiten zur Arbeit	8,2	311	8,2	332	8,3	420
Willkommensein in der Stadt/im Ort	7,6	311	7,2	332	7,3	420
Nette Nachbarn	7,0	311	6,1	332	6,6	420
Vielfältige Sportangebote	6,9	311	6,9	332	7,0	420
Vielfältige Freizeitangebote	6,5	311	6,4	332	6,6	420
Angebot ökologisch-biologischer Produkte	5,9	311	5,3	332	5,3	420
Preiswertes Bauland	5,3	311	4,7	332	4,5	420
Meine Nachbarn kennen mich	5,3	311	4,5	332	4,7	420
Nähe zu Arztpraxen (Hausarzt)	5,3	311	5,2	332	5,2	420
Feste Ansprechpartner bei Behörden	4,9	311	4,3	332	4,3	420

Tabelle 52: Mittlere Bewertung der Attraktivität von Pull-Faktoren nach Herkunft

Pullfaktor	ohne Partner N_{Op}	mit Partner N_p		
Kurze Fahrtzeiten zur Arbeit	8,2	497	8,2	566
Willkommensein in der Stadt/im Ort	7,3	497	7,4	566
Nette Nachbarn	7,0	497	6,9	566
Vielfältige Sportangebote	6,5	497	6,6	566
Vielfältige Freizeitangebote	6,6	497	6,4	566
Angebot ökologisch-biologischer Produkte	5,3	497	5,6	566
Preiswertes Bauland	5,3	497	5,1	566
Nähe zu Arztpraxen (Hausarzt)	4,7	497	4,9	566
Meine Nachbarn kennen mich	4,6	497	4,9	566
Feste Ansprechpartner bei Behörden	4,7	497	4,3	566

Tabelle 53: Mittlere Bewertung der Attraktivität von Pull-Faktoren nach Familienstand

Push-Faktoren

Push-Faktor	weiblich	N_w	männlich	N_m	gesamt	N_{ges}	
Kriminalität	8,9	783	8,6	280	8,8	1063	
Luftverschmutzung	8,4	783	8,0	280	8,3	1063	
Lärm	8,3	783	8,1	280	8,3	1063	
Viel Verkehr, Stau	7,8	783	7,7	280	7,8	1063	
Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)	7,6	783	7,1	280	7,5	1063	
Enge Bebauung	6,7	783	6,1	280	6,6	1063	
Entfernung zwischen Orten oder Städten	6,1	783	6,0	280	6,0	1063	
Hochhäuser	6,3	783	5,3	280	6,0	1063	
Anonymität	5,2	783	4,4	280	5,0	1063	
Stallgeruch	3,8	783	4,4	280	4,0	1063	

Tabelle 54: Mittlere Bewertung des Störpotenzials von Push-Faktoren nach Geschlecht

Push-Faktor	Land	N_L	Übergang	N_U	Stadt	N_S	
Kriminalität	9,0	311	8,8	332	8,7	420	
Luftverschmutzung	8,6	311	8,3	332	8,1	420	
Lärm	8,6	311	8,2	332	8,0	420	
Viel Verkehr, Stau	8,2	311	7,8	332	7,5	420	
Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)	7,0	311	7,3	332	7,9	420	
Enge Bebauung	7,2	311	6,5	332	6,1	420	
Entfernung zwischen Orten oder Städten	5,2	311	5,9	332	6,7	420	
Hochhäuser	6,5	311	5,8	332	5,8	420	
Anonymität	5,7	311	4,8	332	4,7	420	
Stallgeruch	3,1	311	4,1	332	4,6	420	

Tabelle 55: Mittlere Bewertung des Störpotenzials von Push-Faktoren nach Herkunft

Push-Faktor	ohne Partner	N_{OP}	mit Partner	N_p	
Kriminalität	8,9	497	8,8	566	
Luftverschmutzung	8,3	497	8,3	566	
Lärm	8,2	497	8,3	566	
Viel Verkehr, Stau	7,7	497	7,9	566	
Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)	7,7	497	7,2	566	
Enge Bebauung	6,4	497	6,7	566	
Entfernung zwischen Orten oder Städten	6,1	497	5,9	566	
Hochhäuser	5,8	497	6,2	566	
Anonymität	4,9	497	5,1	566	
Stallgeruch	4,2	497	3,8	566	

Tabelle 56: Mittlere Bewertung des Störpotenzials von Push-Faktoren nach Familienstand

Prioritäten im Arztberuf

Beruflicher Faktor	weiblich	N _w	männlich	N _m	gesamt	N _{ges}
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	9,5	783	9,2	280	9,4	1063
Gute Work-Life-Balance	9,3	782	8,8	280	9,1	1062
Gute Einarbeitung	9,0	783	8,5	280	8,9	1063
Zeit für Familie	8,7	783	8,2	280	8,6	1063
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	8,2	783	8,4	280	8,3	1063
Kontakt zu Patienten	8,4	783	7,7	280	8,2	1063
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	8,1	783	7,7	280	8,0	1063
Verantwortung übernehmen	7,4	783	7,8	280	7,5	1063
Selbstständigkeit	6,9	783	7,0	280	6,9	1063
Hohes Gehalt	6,3	783	7,1	280	6,5	1063
Betreuung von Patienten über lange Zeit	5,9	782	5,0	280	5,6	1062
Promotionsmöglichkeiten	5,5	783	5,7	280	5,5	1063
Chefarztkontakt durch Seminare	5,0	783	5,1	280	5,0	1063
Therapiebegleitende Forschung	4,7	783	5,1	280	4,8	1063
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	4,5	783	4,9	280	4,6	1063

Tabelle 57: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Geschlecht

Beruflicher Faktor	Land	N _L	Übergang	N _Ü	Stadt	N _S
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	9,5	311	9,4	332	9,4	420
Gute Work-Life-Balance	9,2	311	9,1	331	9,1	420
Gute Einarbeitung	8,8	311	8,8	332	8,9	420
Zeit für Familie	8,6	311	8,5	332	8,6	420
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	8,3	311	8,3	332	8,2	420
Kontakt zu Patienten	8,6	311	8,2	332	8,0	420
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	8,0	311	8,0	332	8,1	420
Verantwortung übernehmen	7,5	311	7,6	332	7,4	420
Selbstständigkeit	6,9	311	6,8	332	6,9	420
Hohes Gehalt	6,3	311	6,8	332	6,5	420
Betreuung von Patienten über lange Zeit	6,0	311	5,5	332	5,5	419
Promotionsmöglichkeiten	5,3	311	5,7	332	5,5	420
Chefarztkontakt durch Seminare	4,9	311	5,0	332	5,0	420
Therapiebegleitende Forschung	4,5	311	4,9	332	5,0	420
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	4,5	311	4,7	332	4,5	420

Tabelle 58: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Herkunft

Beruflicher Faktor	ohne Partner	N _{OP}	mit Partner	N _p
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	9,4	497	9,5	566
Gute Work-Life-Balance	8,9	497	9,4	565
Gute Einarbeitung	8,7	497	9,0	566
Zeit für Familie	8,2	497	8,9	566
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	8,3	497	8,3	566
Kontakt zu Patienten	8,1	497	8,3	566
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	8,1	497	8,0	566
Verantwortung übernehmen	7,5	497	7,5	566
Selbstständigkeit	6,8	497	7,0	566
Hohes Gehalt	6,5	497	6,5	566
Betreuung von Patienten über lange Zeit	5,5	496	5,8	566
Promotionsmöglichkeiten	5,9	497	5,2	566
Chefarztkontakt durch Seminare	5,2	497	4,8	566
Therapiebegleitende Forschung	5,1	497	4,6	566
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	4,7	497	4,5	566

Tabelle 59: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Familienstand

Fachrichtungen

Fachrichtung	weiblich	N _w	männlich	N _m	gesamt	N _{ges}	
Notfallmedizin	6,2	781	7,0	278	6,4	1059	
Innere Medizin	6,0	778	6,3	276	6,1	1054	
Anästhesie	5,3	780	6,2	278	5,5	1058	
Kardiologie	5,3	781	5,9	278	5,5	1059	
Allgemeinmedizin	5,3	779	4,8	277	5,2	1056	
Kinderheilkunde	5,3	781	4,4	278	5,1	1059	
Unfallchirurgie/Orthopädie	4,3	780	4,9	279	4,4	1059	
Allgemeinchirurgie/Viszeralchirurgie	4,2	780	4,3	278	4,3	1058	
Gastroenterologie	4,0	777	4,2	278	4,1	1055	
Psychiatrie	3,9	779	3,6	278	3,8	1057	
Pneumologie	3,8	778	3,8	277	3,8	1055	
Gynäkologie	4,4	781	1,9	277	3,7	1058	
Radiologie	3,4	781	4,3	278	3,6	1059	
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3,0	778	3,1	278	3,0	1056	
Urologie	2,7	781	3,1	278	2,8	1059	
Pathologie	2,5	777	2,5	278	2,5	1055	

Tabelle 60: Mittlere Bewertung von Fachrichtungen nach Geschlecht

Fachrichtung	Land	N _L	Übergang	N _Ü	Stadt	N _S	
Notfallmedizin	6,3	310	6,6	332	6,4	417	
Innere Medizin	6,1	309	6,2	332	6,0	413	
Anästhesie	5,0	310	5,8	331	5,6	417	
Kardiologie	5,3	310	5,6	332	5,6	417	
Allgemeinmedizin	5,9	308	5,1	332	4,7	416	
Kinderheilkunde	5,4	309	4,7	332	5,1	418	
Unfallchirurgie/Orthopädie	4,7	310	4,4	331	4,2	418	
Allgemeinchirurgie/Viszeralchirurgie	4,2	308	4,4	332	4,2	418	
Gastroenterologie	4,0	309	4,1	331	4,0	415	
Psychiatrie	3,6	309	3,7	332	4,0	416	
Pneumologie	3,6	307	3,9	331	3,8	417	
Gynäkologie	3,8	310	3,7	331	3,7	417	
Radiologie	3,5	310	3,9	332	3,5	417	
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3,0	307	3,0	332	3,0	417	
Urologie	2,8	309	2,9	332	2,7	418	
Pathologie	2,6	309	2,4	331	2,6	415	

Tabelle 61: Mittlere Bewertung von Fachrichtungen nach Herkunft

Fachrichtung	ohne Partner	N_{Op}	mit Partner	N_p	
Notfallmedizin	6,5	496	6,3	563	
Innere Medizin	6,0	496	6,1	558	
Anästhesie	5,5	496	5,5	562	
Kardiologie	5,7	496	5,3	563	
Allgemeinmedizin	4,9	494	5,4	562	
Kinderheilkunde	5,0	496	5,1	563	
Unfallchirurgie/Orthopädie	4,6	495	4,2	564	
Allgemeinchirurgie/Viszeralchirurgie	4,6	495	4,0	563	
Gastroenterologie	3,9	496	4,2	559	
Psychiatrie	3,6	493	3,9	564	
Pneumologie	3,9	494	3,7	561	
Gynäkologie	3,5	496	3,9	562	
Radiologie	3,8	495	3,5	564	
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3,0	493	3,0	563	
Urologie	2,7	495	2,9	564	
Pathologie	2,7	495	2,3	560	

Tabelle 62: Mittlere Bewertung von Fachrichtungen nach Familienstand

Berufliche Zukunftsplanung

Tätigkeitsort	weiblich	N_w	männlich	N_m	gesamt	N_{ges}	
Klinikum/Krankenhaus	7,6	782	7,7	279	7,6	1061	
Praxis/Niederlassung	6,9	777	6,6	280	6,8	1057	
Universität (Lehre/Forschung)	3,7	775	4,7	278	4,0	1053	
Industrie/Werbebranche	1,2	772	1,6	276	1,3	1048	

Tabelle 63: Mittlere Bewertung von möglichen Tätigkeitsbereichen nach Geschlecht

Tätigkeitsort	Land	N_L	Übergang	N_U	Stadt	N_S	
Klinikum/Krankenhaus	7,5	311	7,7	332	7,7	418	
Praxis/Niederlassung	7,1	308	6,8	330	6,6	419	
Universität (Lehre/Forschung)	3,4	308	4,0	331	4,3	414	
Industrie/Werbebranche	1,0	308	1,5	327	1,4	413	

Tabelle 64: Mittlere Bewertung von möglichen Tätigkeitsbereichen nach Herkunft

Tätigkeitsort	ohne Partner	N_{Op}	mit Partner	N_p	
Klinikum/Krankenhaus	7,8	496	7,5	565	
Praxis/Niederlassung	6,4	495	7,2	562	
Universität (Lehre/Forschung)	4,2	493	3,7	560	
Industrie/Werbebranche	1,4	493	1,3	555	

Tabelle 65: Mittlere Bewertung von möglichen Tätigkeitsbereichen nach Familienstand

Attraktivität einer Niederlassung

Aspekte einer Niederlassung	weiblich	N _w	männlich	N _m	gesamt	N _{ges}	
Nähe zu Patienten	8,2	783	7,5	280	8,0	1063	
Selbstständigkeit ("der eigene Chef sein")	7,6	783	8,0	280	7,7	1063	
Gemeinschaftspraxis	7,9	782	7,0	280	7,7	1062	
Kontinuität der Patientenbetreuung (über lange Zeiträume)	7,2	783	6,4	280	6,9	1063	
Arbeitszeit	7,0	783	6,5	279	6,8	1062	
Einarbeitung durch Praxisvorgänger	7,0	783	6,2	280	6,8	1063	
Familienmedizin (Betreuung ganzer Familien und mehrerer Generationen)	7,0	783	6,0	280	6,7	1063	
Kollegen zum Rat holen/Nachfragen	6,6	783	6,0	280	6,4	1063	
Gehalt	6,1	783	7,0	280	6,3	1063	
Hoher sozialer Status	5,9	783	6,6	280	6,1	1063	
Alleinstellungsmerkmal	4,8	783	5,4	279	4,9	1062	
KV-Dienste (Bereitschaftsdienste)	3,8	783	3,4	280	3,7	1063	
Kosten für Praxisanschaffungen	2,4	782	2,6	280	2,5	1062	

Tabelle 66: Mittlere Bewertung von Faktoren einer Niederlassung nach Geschlecht

Aspekte einer Niederlassung	Land	N _L	Übergang	N _Ü	Stadt	N _S	
Nähe zu Patienten	8,3	311	7,9	332	7,8	420	
Selbstständigkeit ("der eigene Chef sein")	7,8	311	7,7	332	7,7	420	
Gemeinschaftspraxis	7,7	311	7,9	331	7,4	420	
Kontinuität der Patientenbetreuung (über lange Zeiträume)	7,4	311	6,8	332	6,7	420	
Arbeitszeit	6,6	311	6,9	331	7,0	420	
Einarbeitung durch Praxisvorgänger	7,1	311	6,8	332	6,6	420	
Familienmedizin (Betreuung ganzer Familien und mehrerer Generationen)	7,2	311	6,6	332	6,4	420	
Kollegen zum Rat holen/Nachfragen	6,5	311	6,6	332	6,2	420	
Gehalt	6,1	311	6,4	332	6,4	420	
Hoher sozialer Status	6,1	311	6,2	332	5,9	420	
Alleinstellungsmerkmal	5,2	310	4,9	332	4,8	420	
KV-Dienste (Bereitschaftsdienste)	3,8	311	3,6	332	3,6	420	
Kosten für Praxisanschaffungen	2,4	310	2,5	332	2,5	420	

Tabelle 67: Mittlere Bewertung von Faktoren einer Niederlassung nach Herkunft

Aspekte einer Niederlassung	ohne Partner N _{OP}	mit Partner N _P
Nähe zu Patienten	7,8	8,2
Selbstständigkeit ("der eigene Chef sein")	7,6	7,8
Gemeinschaftspraxis	7,5	7,8
Kontinuität der Patientenbetreuung (über lange Zeiträume)	6,7	7,1
Arbeitszeit	6,9	6,8
Einarbeitung durch Praxisvorgänger	6,6	7,0
Familienmedizin (Betreuung ganzer Familien und mehrerer Generationen)	6,5	6,8
Kollegen zum Rat holen/Nachfragen	6,4	6,4
Gehalt	6,3	6,3
Hoher sozialer Status	6,0	6,2
Alleinstellungsmerkmal	4,9	5,0
KV-Dienste (Bereitschaftsdienste)	3,7	3,7
Kosten für Praxisanschaffungen	2,5	2,5

Tabelle 68: Mittlere Bewertung von Faktoren einer Niederlassung nach Familienstand

Interventionsmöglichkeiten einer Region

Unterstützung der Stadt/Region bei ...	weiblich	N _w	männlich	N _m	gesamt	N _{ges}
Facharzt-Ausbildung	8,9	776	8,5	280	8,8	1056
Bereitstellen eines Kita-Platzes	8,4	777	7,8	278	8,2	1055
Erwerb von Zusatzbezeichnungen	8,2	774	8,1	280	8,2	1054
Förderung der Weiterbildung vor Ort	8,1	771	7,5	277	7,9	1048
Kontaktpflege zu Kollegen	8,0	770	7,5	275	7,9	1045
Aufstellen eines Ausbildungsplans	7,9	777	7,2	280	7,7	1057
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in	7,1	777	7,1	277	7,1	1054
Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika	7,3	775	6,3	279	7,1	1054
Bereitstellung von einem Auto	6,5	779	6,2	280	6,4	1059
Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation	6,4	774	5,6	279	6,2	1053
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge	6,3	775	5,7	279	6,1	1054
Bauland zuweisen	6,0	778	6,0	280	6,0	1058
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes	5,7	775	5,0	278	5,5	1053
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten (regelmäßige Treffen, gemeinsame Sportgruppen)	5,6	765	5,1	278	5,4	1043
Spezielle Abteilung der Stadt für das "Einleben" in der Region ("Welcome-Abteilung")	5,1	778	4,8	279	5,0	1057

Tabelle 69: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Geschlecht

Unterstützung der Stadt/Region bei ...	Land	N _L	Übergang	N _Ü	Stadt	N _S	
Facharzt-Ausbildung		8,7	309	8,9	331	8,7	416
Bereitstellen eines Kita-Platzes		8,4	309	8,3	330	8,0	416
Erwerb von Zusatzbezeichnungen		8,1	309	8,3	330	8,1	415
Förderung der Weiterbildung vor Ort		7,9	307	8,1	327	7,9	414
Kontaktpflege zu Kollegen		7,9	304	7,8	328	7,9	413
Aufstellen eines Ausbildungsplans		7,8	309	7,7	330	7,7	418
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in		7,2	308	7,2	330	6,9	416
Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika (z.B. in Niederlassungen)		7,3	309	6,9	331	7,0	414
Bereitstellung von einem Auto		6,4	310	6,4	331	6,4	418
Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation		6,2	306	6,1	331	6,3	416
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge		6,5	309	6,1	330	5,8	415
Bauland zuweisen		6,1	310	6,2	331	5,7	417
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes		5,7	307	5,5	331	5,4	415
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten (regelmäßige Treffen, gemeinsame Sportgruppen)		5,7	305	5,4	324	5,2	414
Spezielle Abteilung der Stadt für das "Einleben" in der Region ("Welcome-Abteilung")		5,3	309	5,0	331	4,9	417

Tabelle 70: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Herkunft

Unterstützung der Stadt/Region bei ...	ohne Partner	N _{OP}	mit Partner	N _P
Facharzt-Ausbildung	8,8	494	8,8	562
Bereitstellen eines Kita-Platzes	8,0	494	8,4	561
Erwerb von Zusatzbezeichnungen	8,2	492	8,1	562
Förderung der Weiterbildung vor Ort	8,0	488	7,9	560
Kontaktpflege zu Kollegen	7,9	488	7,9	557
Aufstellen eines Ausbildungsplans	7,7	494	7,8	563
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in	6,8	491	7,4	563
Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika (z.B. in Niederlassungen)	7,1	494	7,0	560
Bereitstellung von einem Auto	6,3	495	6,4	564
Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation	6,4	494	6,0	559
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge	6,2	493	6,1	561
Bauland zuweisen	5,9	495	6,0	563
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes	5,6	493	5,5	560
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten (regelmäßige Treffen, gemeinsame Sportgruppen)	5,5	486	5,4	557
Spezielle Abteilung der Stadt für das "Einleben" in der Region ("Welcome-Abteilung")	5,0	494	5,0	563

Tabelle 71: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Familienstand

12.2 Schwerpunktsetzung vor Ort tätiger Ärzte

Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Punkte bereits vor Ort tätige Ärzte bei der Wahl des Arbeitsortes „Region Vechta und Umgebung“ berücksichtigt haben. Die Zahlen spiegeln den Mittelwert der Bewertung der Befragten wieder. Es werden zwei Gruppen unterschieden:

- Ärzte aus der Region (aR), die somit in Heimatort oder die unmittelbare Umgebung (<15km) zurückkehrten
- Regionsfremde Ärzte (RF) stammten zuvor nicht aus der Region
- N_X: Anzahl valider Antworten zur Subgruppe X

Allgemeine Standortfaktoren

Standortfaktor	Ärzte aus der Region	N _{aR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	8,4	40	8,8	55	8,7	95
Schulangebote für Kinder	7,3	40	8,0	57	7,7	97
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	7,3	40	7,7	56	7,5	96
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	7,1	41	7,6	58	7,4	99
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	6,6	41	7,9	57	7,4	98
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	7,3	41	7,3	57	7,3	98
Intakte, gesunde Umwelt	7,3	41	7,2	57	7,2	98
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	6,9	40	7,4	57	7,2	97
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	6,9	40	7,0	58	7,0	98
Umweltschutz/Naturschutz	6,5	41	6,9	57	6,7	98
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	6,8	41	6,6	58	6,7	99
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	6,1	41	7,1	58	6,7	99
Eigenes Haus	7,4	41	5,8	58	6,4	99
Reichlich gute Fahrradwege	6,1	41	6,3	57	6,2	98
Flüsse und Seen	6,0	41	6,4	57	6,2	98
Günstige Lebenshaltungskosten	6,0	41	5,9	58	6,0	99
Günstige Grundstückspreise oder Miete	6,0	41	5,8	58	5,9	99
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	5,2	41	6,3	58	5,8	99
Kunst und Kultur (Museen, etc.) erreichbar	4,5	41	5,8	58	5,3	99
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	4,0	41	5,7	57	5,0	98
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	5,6	41	3,9	56	4,6	97
Nutzung erneuerbarer Energien	4,3	41	4,6	56	4,5	97
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	5,2	41	2,9	56	3,9	97
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	3,8	41	2,4	56	3,0	97
Nähe zur Universität	1,1	40	1,9	55	1,6	95

Tabelle 72: Mittlere Bewertung allgemeiner Standortfaktoren nach Herkunft der Ärzte

Fahrtzeit zur Arbeit

Für die Fahrtzeit zur Arbeit sind keine Mittelwerte angegeben, da es sich um die Ist-Situation handelt. Deshalb ist hier der prozentuale Teil der Ärzte mit der jeweiligen Fahrtzeit angegeben.

Autofahrt zur Arbeit	Ärzte aus der Region [%]	N _{AR}	Regionsfremde Ärzte [%]	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
keine (ÖPNV, Fahrrad)	31,7	13	48,3	28	40,0	41
<10 min	26,8	11	27,6	16	27,2	27
<30 min	24,4	10	22,4	13	23,4	23
<60 min	12,2	5	1,7	1	7,0	6
>60 min	4,9	2	0,0	0	2,4	2

Tabelle 73: Fahrzeit zur Arbeit nach Herkunft der Ärzte

Pull-Faktoren

Pull-Faktor	Ärzte aus der Region	N _{AR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Kurze Fahrtzeiten zur Arbeit	7,5	40	8,6	57	8,1	97
Nähe zur Arztpraxis/Krankenhaus	7,6	40	7,8	56	7,7	96
Willkommensein in der Stadt/im Ort	7,7	40	7,6	57	7,6	97
Nette Nachbarn	7,4	40	7,2	58	7,3	98
Preiswertes Bauland	6,5	40	6,1	57	6,3	97
Vielfältige Sportangebote	6,3	40	6,2	57	6,3	97
Meine Nachbarn kennen mich	6,2	40	6,0	57	6,1	97
Vielfältige Freizeitangebote	5,8	40	5,6	58	5,7	98
Feste Ansprechpartner bei Behörden	5,3	40	5,5	57	5,4	97
Angebot ökologisch-biologischer Produkte	5,3	40	5,2	57	5,2	97

Tabelle 74: Mittlere Bewertung von Pull-Faktoren nach Herkunft der Ärzte

Push-Faktoren

Push-Faktor	Ärzte aus der Region	N _{AR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Kriminalität	9,5	41	9,0	58	9,2	99
Lärm	9,1	41	8,5	58	8,8	99
Luftverschmutzung	8,8	41	8,6	58	8,7	99
Viel Verkehr, Stau	8,8	41	8,1	58	8,4	99
Enge Bebauung	8,0	41	7,8	58	7,9	99
Hochhäuser	8,2	41	7,1	58	7,6	99
Anonymität	6,5	41	5,8	58	6,1	99
Stallgeruch	4,9	41	6,9	57	6,1	98
Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)	5,3	41	6,5	57	6,0	98
Entfernung zwischen Orten oder Städten	5,2	41	6,5	58	6,0	99

Tabelle 75: Mittlere Bewertung von Push-Faktoren nach Herkunft der Ärzte

Prioritäten im Arztberuf

Beruflicher Faktor	Ärzte aus der Region	N _{aR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	9,4	41	9,1	57	9,2	98
Kontakt zu Patienten	9,0	41	8,5	56	8,7	97
Zeit für Familie	8,3	41	8,4	57	8,3	98
Gute Work-Life-Balance	8,3	41	8,1	55	8,2	96
Verantwortung übernehmen	8,0	41	8,2	56	8,1	97
Selbstständigkeit	8,0	41	8,2	57	8,1	98
Gute Einarbeitung	7,7	41	8,3	57	8,1	98
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	7,3	41	8,0	57	7,7	98
Hohes Gehalt	6,6	41	7,6	57	7,2	98
Betreuung von Patienten über lange Zeit	7,0	40	7,0	55	7,0	95
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	6,2	41	7,3	56	6,9	97
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	4,7	41	5,7	57	5,3	98
Chefarztkontakt durch Seminare	3,5	41	5,4	56	4,6	97
Promotionsmöglichkeiten	3,0	41	4,6	57	3,9	98
Therapiebegleitende Forschung	2,1	41	4,1	57	3,3	98

Tabelle 76: Mittlere Bewertung von beruflichen Faktoren nach Herkunft der Ärzte

Fachrichtungen

Fachrichtung	Ärzte aus der Region	N _{aR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Notfallmedizin	7,1	39	6,3	54	6,6	93
Innere Medizin	6,3	40	6,3	51	6,3	91
Allgemeinmedizin	6,7	39	4,8	51	5,6	90
Kinderheilkunde	6,0	39	5,3	53	5,6	92
Kardiologie	5,6	39	5,0	52	5,2	91
Allgemeinchirurgie/Viszeralchirurgie	5,6	39	4,4	52	4,9	91
Anästhesie	5,2	39	4,5	51	4,8	90
Gastroenterologie	5,3	39	4,2	51	4,7	90
Radiologie	4,0	39	4,1	52	4,1	91
Unfallchirurgie/Orthopädie	4,9	39	3,5	51	4,1	90
Urologie	3,7	39	3,9	52	3,8	91
Gynäkologie	4,2	40	3,4	51	3,7	91
Pneumologie	3,9	39	3,6	53	3,7	92
Psychiatrie	3,6	39	3,5	51	3,6	90
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3,6	39	3,1	52	3,3	91
Pathologie	2,5	39	2,6	51	2,6	90

Tabelle 77: Mittlere Bewertungen potenzieller Fachrichtungen nach Herkunft der Ärzte

Attraktivität einer Niederlassung

Niederlassung	Ärzte aus der Region	N _{aR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Selbstständigkeit ("der eigene Chef sein")	8,2	41	8,4	56	8,3	97
Nähe zu Patienten	8,3	41	8,0	57	8,2	98
Kontinuität der Patientenbetreuung (über lange Zeiträume)	7,7	41	7,6	57	7,6	98
Gemeinschaftspraxis	7,5	41	7,6	57	7,6	98
Gehalt	7,0	41	7,2	57	7,1	98
Kollegen zum Rat holen/Nachfragen	6,7	40	6,9	57	6,8	97
Familienmedizin (Betreuung ganzer Familien und mehrerer Generationen)	7,1	41	6,5	56	6,8	97
Hoher sozialer Status	6,1	41	6,6	57	6,4	98
Einarbeitung durch Praxisvorgänger	6,0	41	6,3	56	6,2	97
Arbeitszeit	5,7	41	5,9	57	5,8	98
Alleinstellungsmerkmal	4,9	41	6,1	55	5,6	96
Kosten für Praxisanschaffungen	3,1	41	3,6	57	3,4	98
KV-Dienste (Bereitschaftsdienste)	2,1	41	2,6	57	2,4	98

Tabelle 78: Mittlere Bewertung der Faktoren einer Niederlassung nach Herkunft der Ärzte

Interventionsmöglichkeiten einer Region

Unterstützung der Stadt/Region bei ...	Ärzte aus der Region	N _{aR}	Regionsfremde Ärzte	N _{RF}	Gesamt	N _{ges}
Erwerb von Zusatzbezeichnungen	4,3	40	4,6	56	4,5	96
Facharzt-Ausbildung	4,4	41	4,4	57	4,4	98
Förderung der Weiterbildung vor Ort	4,3	40	4,3	54	4,3	94
Kontaktpflege zu Kollegen	4,0	39	4,4	56	4,2	95
Bereitstellen eines Kita-Platzes	4,3	40	4,2	56	4,2	96
Aufstellen eines Ausbildungsplans	4,1	41	4,2	57	4,2	98
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in	3,4	40	4,2	56	3,9	96
Bauland zuweisen	4,1	40	3,5	57	3,7	97
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge	3,1	41	3,7	57	3,4	98
Auffrischen von Wissen/Fertigkeiten durch Kurzpraktika	3,2	41	3,3	57	3,3	98
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes	2,7	41	3,1	57	3,0	98
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten (regelmäßige Treffen, gemeinsame Sportgruppen)	2,2	41	3,1	56	2,7	97
Bereitstellung von einem Auto	2,9	41	2,6	57	2,7	98
Spezielle Abteilung der Stadt für das "Einleben" in der Region ("Welcome-Abteilung")	2,4	41	2,9	56	2,7	97
Unterstützung bei der Erstellung einer Dissertation	2,4	41	2,9	55	2,7	96

Tabelle 79: Mittlere Bewertung von Interventionsmöglichkeiten einer Region nach Herkunft der Ärzte

12.3 Fragebogen der Studierenden

7% ausgefüllt

Name (freiwillig)

Geburtsjahr

Studienort

1. Sie sind

- weiblich
 männlich

2. Familienstand:

- ledig
 in einer Beziehung
 verlobt
 verheiratet
 geschieden

3. In welchem Fachsemester studieren Sie momentan?

1. Semester (Vorklinik)
 2. Semester (Vorklinik)
 3. Semester (Vorklinik)
 4. Semester (Vorklinik)
 5. Semester (Klinik)
 6. Semester (Klinik)
 7. Semester (Klinik)
 8. Semester (Klinik)
 9. Semester (Klinik)
 10. Semester (Klinik)
 11. Semester (PJ)
 12. Semester (PJ)

13% ausgefüllt

4. Haben Sie vor dem Medizinstudium eine Ausbildung/ein Studium begonnen oder abgeschlossen? Nein Ja, nämlich: **5. Wo wohnen Sie momentan?** Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern**6. Wo sind Sie aufgewachsen?** Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern**7. Wo ist Ihr Partner aufgewachsen?**

(Falls zutreffend)

 Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern**8. Wo wohnen Ihre Eltern derzeit?** Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern

20% ausgefüllt

9. Haben Sie Kinder?

- Nein
- Ja, ich habe Kinder, im Alter von Jahren

10. Wie viele Kilometer ist Ihr Studienort von ihrer ehemaligen Schule (Gymnasium) entfernt?

Geben Sie eine Schätzung der Entfernung an, und ob es dasselbe Bundesland ist.

- Circa km Entfernung, im selben Bundesland
- Circa km Entfernung, in anderem Bundesland
- Ich bin im Ausland zur Schule gegangen.

27% ausgefüllt

11. Welche Punkte sind für Sie eher wichtig/unwichtig, sich für einen zukünftigen Wohnort zu entscheiden?

Bitte wählen Sie, wie wichtig Ihnen der jeweilige Punkt ist.

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	wichtig	sehr wichtig
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	<input type="radio"/>				
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	<input type="radio"/>				
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	<input type="radio"/>				
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	<input type="radio"/>				
Nähe zur Universität	<input type="radio"/>				
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	<input type="radio"/>				
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	<input type="radio"/>				
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	<input type="radio"/>				
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	<input type="radio"/>				
Intakte, gesunde Umwelt	<input type="radio"/>				
Umweltschutz/Naturschutz	<input type="radio"/>				
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	<input type="radio"/>				
Flüsse und Seen	<input type="radio"/>				
Reichlich gute Fahrradwege	<input type="radio"/>				
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	<input type="radio"/>				
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	<input type="radio"/>				
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	<input type="radio"/>				
Günstige Lebenshaltungskosten	<input type="radio"/>				
Günstige Grundstückspreise oder Miete	<input type="radio"/>				
Eigenes Haus	<input type="radio"/>				
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	<input type="radio"/>				
Nutzung erneuerbarer Energien	<input type="radio"/>				
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	<input type="radio"/>				
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	<input type="radio"/>				
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	<input type="radio"/>				

33% ausgefüllt

12. Wie ist Ihre derzeitige Situation in Bezug auf die folgenden Punkte?

Bitte wählen Sie, was an Ihrem momentanen Wohnort zutrifft und was nicht.

	trifft zu	trifft nicht zu
Meine Eltern wohnen in unmittelbarer Nähe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Geschwister wohnen in unmittelbarer Nähe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähe zur Universität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein/e Partner/in wohnt mit mir zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote für Kinder (z.B. Kita) vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intakte, gesunde Umwelt vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umweltschutz/Naturschutz wird gelebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flüsse und Seen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reichlich gute Fahrradwege vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.) verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Günstige Lebenshaltungskosten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Günstige Grundstückspreise oder Miete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigenes Haus vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung erneuerbarer Energien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53% ausgefüllt

16. Gibt es Ärzte in Ihrem Familienkreis?

Bitte wählen Sie eine oder (falls zutreffend) mehrere Antworten aus.

- Meine Eltern sind Ärzte
- Mein Onkel/Meine Tante ist Arzt/Ärztin
- Mein Bruder/Meine Schwester ist Arzt/Ärztin
- Andere Verwandte sind Ärzte
- Nein, ich bin die/der Erste

17. Wie viele Arbeitsstunden pro Woche erwarten Sie durchschnittlich in Ihrem ersten Jahr als Assistenzarzt?

- weniger als 25
- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-45
- mehr als 45

18. Welches Monatsgehalt (Brutto) erwarten Sie in Ihrem ersten Jahr als Assistenzarzt (ohne Dienste)?

- weniger als 3000 €
- 3000-3500 €
- 3500-4000 €
- 4000-4500 €
- 4500-5000€

67% ausgefüllt

21. Was ist für Sie wichtig an Ihrem späteren Beruf?

Bitte wählen Sie, wie wichtig Ihnen der jeweilige Punkt ist für jede Zeile einzeln.

	unwichtig	eher unwichtig	unent- schieden	wichtig	sehr wichtig
Kontakt zu Patienten	<input type="radio"/>				
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	<input type="radio"/>				
Betreuung von Patienten über lange Zeit	<input type="radio"/>				
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	<input type="radio"/>				
Selbstständigkeit	<input type="radio"/>				
Hohes Gehalt	<input type="radio"/>				
Verantwortung übernehmen	<input type="radio"/>				
Gute Einarbeitung	<input type="radio"/>				
Zeit für Familie	<input type="radio"/>				
Promotionsmöglichkeiten	<input type="radio"/>				
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	<input type="radio"/>				
Therapiebegleitende Forschung	<input type="radio"/>				
Chefarztkontakt durch Seminare	<input type="radio"/>				
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	<input type="radio"/>				
Gute Work-Life-Balance	<input type="radio"/>				

93% ausgefüllt

25. Falls Sie schon einen Wunschort haben:

Was sind die wichtigsten drei Gründe, dass Sie genau diesen wählen würden?

1.
2.
3.

Falls Sie über das Ergebnis dieser Befragung/Dissertation informiert werden möchten, können Sie hier Ihre Email angeben, damit Ihnen die Ergebnisse zugesendet werden.

(Die Email wird separat zu den restlichen Angaben erfasst.)

Email:

12.4 Fragebogen der vor Ort tätigen Ärzte

6% ausgefüllt

Name (freiwillig)

Geburtsjahr

Wohnort

Arbeitsort

1. Sie sind

weiblich

männlich

2. Familienstand:

Bitte wählen Sie die am besten zutreffende Antwort aus.

ledig

in einer Beziehung

verlobt

verheiratet

geschieden

12% ausgefüllt

3. Haben Sie vor dem Medizinstudium eine Ausbildung/ein Studium begonnen oder abgeschlossen? Nein Ja, nämlich: **4. Wo wohnen Sie momentan?** Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern**5. Wo sind Sie aufgewachsen?** Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern**6. Sind Sie nach Ihrem Studium in Ihre Heimatstadt oder in die unmittelbare Umgebung (<15 km) zurückgekehrt?** Ja, ich wohne in meiner Heimatstadt Ja, ich wohne in der Nähe meiner Heimatstadt Nein, ich kam vorher nicht aus dieser Region**7. Wo ist Ihr Partner aufgewachsen?**

(Falls zutreffend)

 Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern**8. Wo wohnen Ihre Eltern derzeit bzw. wo haben Ihre Eltern gewohnt?** Ort mit <5.000 Einwohnern Stadt mit <50.000 Einwohnern Stadt mit >50.000 Einwohnern

18% ausgefüllt

9. Haben Sie Kinder?

- Nein
- Ja, ich habe Kinder, im Alter von Jahren

10. Wie viele Kilometer war Ihr Studienort von Ihrer ehemaligen Schule (Gymnasium) entfernt?

Geben Sie eine Schätzung der Entfernung an, und ob es dasselbe Bundesland ist.

- Circa km Entfernung, im selben Bundesland
- Circa km Entfernung, in anderem Bundesland
- Ich bin im Ausland zur Schule gegangen.

24% ausgefüllt

11. Welche Punkte haben für Sie eine wichtige/unwichtige Rolle gespielt bei der Wahl Ihres momentanen Wohnorts?

Bitte wählen Sie, wie wichtig Ihnen der jeweilige Punkt ist.

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	wichtig	sehr wichtig
Meine Eltern sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	<input type="radio"/>				
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	<input type="radio"/>				
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	<input type="radio"/>				
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	<input type="radio"/>				
Nähe zur Universität	<input type="radio"/>				
Mein/e Partner/in sollte mit mir dort wohnen	<input type="radio"/>				
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	<input type="radio"/>				
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	<input type="radio"/>				
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	<input type="radio"/>				
Intakte, gesunde Umwelt	<input type="radio"/>				
Umweltschutz/Naturschutz	<input type="radio"/>				
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	<input type="radio"/>				
Flüsse und Seen	<input type="radio"/>				
Reichlich gute Fahrradwege	<input type="radio"/>				
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	<input type="radio"/>				
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	<input type="radio"/>				
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	<input type="radio"/>				
Günstige Lebenshaltungskosten	<input type="radio"/>				
Günstige Grundstückspreise oder Miete	<input type="radio"/>				
Eigenes Haus	<input type="radio"/>				
Kunst und Kultur (Museen, etc.) erreichbar	<input type="radio"/>				
Nutzung erneuerbarer Energien	<input type="radio"/>				
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	<input type="radio"/>				
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	<input type="radio"/>				
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	<input type="radio"/>				

30% ausgefüllt

12. Wie ist Ihre derzeitige Situation in Bezug auf die folgenden Punkte?

Bitte wählen Sie, was an Ihrem momentanen Wohnort zutrifft und was nicht.

	trifft zu	trifft nicht zu
Meine Eltern wohnen in unmittelbarer Nähe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Geschwister wohnen in unmittelbarer Nähe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähe zur Universität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein/e Partner/in wohnt mit mir zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote für Kinder (z.B. Kita) vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intakte, gesunde Umwelt vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umweltschutz/Naturschutz wird gelebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flüsse und Seen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reichlich gute Fahrradwege vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.) verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Günstige Lebenshaltungskosten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Günstige Grundstückspreise oder Miete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigenes Haus vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung erneuerbarer Energien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42% ausgefüllt

14. Wie sehr würden Sie folgende Dinge an einem Standort stören?

Geben Sie auf einer Skala von 1 (nicht störend) bis 10 (sehr störend) an, wie sehr Sie folgende Punkte stören würden.

	nicht störend											sehr störend	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Viel Verkehr, Stau		<input type="radio"/>											
Lärm		<input type="radio"/>											
Luftverschmutzung		<input type="radio"/>											
Enge Bebauung		<input type="radio"/>											
Hochhäuser		<input type="radio"/>											
Anonymität		<input type="radio"/>											
Kriminalität		<input type="radio"/>											
Stallgeruch		<input type="radio"/>											
Entfernung zwischen Orten oder Städten		<input type="radio"/>											
Wenig Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)		<input type="radio"/>											

15. Welche Fahrtzeit zu Ihrem Arbeitsort (Krankenhaus, Praxis, etc.) haben Sie derzeit?

Wählen Sie die auf Sie zutreffende Antwort aus.

- keine Autofahrt (ÖPNV, Fahrrad, zu Fuß)
- Autofahrt <10min
- Autofahrt <30min
- Autofahrt <60min
- Autofahrt >60min

48% ausgefüllt

16. Gibt/Gab es Ärzte in Ihrem Familienkreis?

Bitte wählen Sie eine oder (falls zutreffend) mehrere Antworten aus.

- Meine Eltern sind/waren Ärzte
- Mein Onkel/Meine Tante ist/war Arzt/Ärztin
- Mein Bruder/Meine Schwester ist/war Arzt/Ärztin
- Andere Verwandte sind/waren Ärzte
- Nein, ich bin die/der Erste

17. Wie viele Arbeitsstunden pro Woche haben Sie durchschnittlich in Ihrem ersten Jahr als Assistenzarzt gearbeitet?

- weniger als 25
- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-45
- mehr als 45

18. Welches Monatsgehalt (Brutto) erhielten Sie in Ihrem ersten Jahr als Assistenzarzt (ohne Dienste)?

- weniger als 3000 €
- 3000-3500 €
- 3500-4000 €
- 4000-4500 €
- 4500-5000€

60% ausgefüllt

20. In welchen Fachrichtung(en) praktizieren Sie momentan?

Wählen Sie eine oder mehrere Antworten aus.

 Allgemein Chirurgie/Viszeralchirurgie Allgemeinmedizin Innere Medizin Unfallchirurgie/Orthopädie Gynäkologie Notfallmedizin Anästhesie Gastroenterologie Urologie Kinderheilkunde Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Kardiologie Psychiatrie Radiologie Pathologie Pneumologie Sonstige:

66% ausgefüllt

21. Welchen Facharzt haben Sie erworben bzw. streben Sie an?

Facharzt:

22. Welche der folgenden ärztlichen Tätigkeit praktizieren Sie momentan überwiegend?

Bitte wählen Sie die am besten zutreffende Antwort aus.

Klinikum/Krankenhaus

Praxis/Niederlassung

Universität (Lehre/Forschung)

Industrie/Werbebranche

andere nicht-ärztliche Tätigkeit, nämlich:

72% ausgefüllt

23. Was ist für Sie wichtig an Ihrem Beruf?

Bitte wählen Sie, wie wichtig Ihnen der jeweilige Punkt ist für jede Zeile einzeln.

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	wichtig	sehr wichtig
Kontakt zu Patienten	<input type="radio"/>				
Gutes Arbeitsklima unter Kollegen	<input type="radio"/>				
Betreuung von Patienten über lange Zeit	<input type="radio"/>				
Betreuung von Patienten über kurze Zeit	<input type="radio"/>				
Selbstständigkeit	<input type="radio"/>				
Hohes Gehalt	<input type="radio"/>				
Verantwortung übernehmen	<input type="radio"/>				
Gute Einarbeitung	<input type="radio"/>				
Zeit für Familie	<input type="radio"/>				
Promotionsmöglichkeiten	<input type="radio"/>				
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung	<input type="radio"/>				
Therapiebegleitende Forschung	<input type="radio"/>				
Chefarztkontakt durch Seminare	<input type="radio"/>				
Erwerb von Facharztweiterbildung und Zusatzbezeichnungen	<input type="radio"/>				
Gute Work-Life-Balance	<input type="radio"/>				

89% ausgefüllt

27. Was sind die wichtigsten drei Gründe, dass Sie sich für Ihren momentanen Wohnort/Arbeitsort entschieden haben?

1.
2.
3.

28. Gibt es Dinge in Ihrer Stadt/Gemeinde oder am Kreis, die Ihnen den Beruf als Ärztin/Arzt besonders angenehm machen?

1.
2.
3.

29. Gibt es etwas, was Sie sich von Ihrer Stadt/Gemeinde oder dem Kreis wünschen für Ihre weitere Zukunft als Ärztin/Arzt?

1.
2.
3.

Ich interessiere mich für die **Ergebnisse dieser Studie** und hätte gerne eine Zusammenfassung per E-Mail.

E-Mail-Adresse:

12.5 Fragebogen der Entscheidungsträger vor Ort

8% ausgefüllt

Name (freiwillig)

Bürgermeister/in von

Einwohnerzahl ca.

1. Sie sind

- weiblich
 männlich

2. Wo sind Sie aufgewachsen?

- Ort mit <5.000 Einwohnern
 Stadt mit <50.000 Einwohnern
 Stadt mit >50.000 Einwohnern

3. Haben Sie Kinder?

- Nein
 Ja, ich habe Kinder, im Alter von Jahren

16% ausgefüllt

4. Welche Punkte haben Ihrer Meinung nach auf junge Ärzte/Ärztinnen den größten Einfluss sich für einen Standort zu entscheiden?

Bitte wählen Sie, wie wichtig Sie die einzelnen Punkte für junge Ärzte/Ärztinnen einschätzen.

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	wichtig	sehr wichtig
Meine Geschwister sollten in unmittelbarer Nähe wohnen	<input type="radio"/>				
Weniger als eine halbe Stunde Autofahrt zur Arbeit	<input type="radio"/>				
Freundeskreis in der Nähe (<15km)	<input type="radio"/>				
Nähe zur Universität	<input type="radio"/>				
Arbeitsplatz für Partner vorhanden	<input type="radio"/>				
Angebote für Kinder (z.B. Kita)	<input type="radio"/>				
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	<input type="radio"/>				
Intakte, gesunde Umwelt	<input type="radio"/>				
Umweltschutz/Naturschutz	<input type="radio"/>				
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	<input type="radio"/>				
Flüsse und Seen	<input type="radio"/>				
Reichlich gute Fahrradwege	<input type="radio"/>				
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	<input type="radio"/>				
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	<input type="radio"/>				
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.)	<input type="radio"/>				
Günstige Lebenshaltungskosten	<input type="radio"/>				
Günstige Grundstückspreise oder Miete	<input type="radio"/>				
Eigenes Haus	<input type="radio"/>				
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	<input type="radio"/>				
Nutzung erneuerbarer Energien	<input type="radio"/>				
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	<input type="radio"/>				
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	<input type="radio"/>				
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	<input type="radio"/>				

24% ausgefüllt

5. Wie ist die derzeitige Situation in Ihrer Stadt/Gemeinde in Bezug auf die folgenden Punkte?

Bitte wählen Sie, was in Ihrer Stadt/Gemeinde zutrifft und was nicht, oder ob etwas in unmittelbarer Nähe (<15km) vorhanden ist.

	hier vor Ort vorhanden	in der Nähe vorhanden	trifft nicht zu
Nähe zur Universität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote für Kinder (z.B. Kita) vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulangebote für Kinder (Grundschule, Gymnasium, Realschule, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intakte, gesunde Umwelt vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umweltschutz/Naturschutz wird gelebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grünanlagen (Parks, Wälder, Moore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flüsse und Seen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reichlich gute Fahrradwege vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten für Sport und Freizeit (Fitness-Studio, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufsmöglichkeiten (Supermärkte, Geschäfte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öffentliche Verkehrsmittel (Busse, Straßenbahnen, etc.) verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Günstige Lebenshaltungskosten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Günstige Grundstückspreise oder Miete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigenes Haus vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunst und Kultur (Museen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung erneuerbarer Energien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastfreundschaft und Familienfreundlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karrieremöglichkeiten und berufliche Perspektiven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleiche berufliche Chancen für Frauen und Männer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32% ausgefüllt

6. Wie ist die derzeitige Situation in Ihrer Stadt/Gemeinde in Bezug auf die folgenden Punkte?

Bitte wählen Sie, was in Ihrer Stadt/Gemeinde zutrifft und was nicht, oder ob etwas in unmittelbarer Nähe (<15km) vorhanden ist.

	hier vorhanden	vor Ort in der Nähe vorhanden	in der Nähe trifft nicht zu
Nähe zu Arztpraxen (Hausarzt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurze Fahrtzeiten zur Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vielfältige Sportangebote (z.B. in Fussballvereinen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vielfältige Freizeitangebote (z.B. Schützenverein, Bootstouren, usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preiswertes Bauland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Willkommensein in der Stadt/im Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feste Ansprechpartner bei Behörden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebot ökologisch-biologischer Produkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Wie ist die derzeitige Situation in Ihrer Stadt/Gemeinde in Bezug auf die folgenden Punkte?

Bitte wählen Sie, was in Ihrer Stadt/Gemeinde zutrifft und was nicht, oder ob etwas in unmittelbarer Nähe (<15km) vorhanden ist.

	hier vorhanden	vor Ort in der Nähe vorhanden	in der Nähe trifft nicht zu
Viel Verkehr, Stau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lärm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftverschmutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enge Bebauung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hochhäuser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anonymität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stallgeruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Große Entfernung zwischen Orten oder Städten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bus- und Bahnverbindungen (ÖPNV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48% ausgefüllt

8. Welche Fahrtzeiten zum Arbeitsort Krankenhaus müssten die jungen Ärzte/Ärztinnen einplanen?

Geben Sie an, welche Fahrtzeiten zum nächsten Krankenhaus einzuplanen sind, wenn junge Ärzte/Ärztinnen in Ihrer Stadt/Gemeinde wohnen würden.

- keine Autofahrt (ÖPNV, Fahrrad, zu Fuß)
- Autofahrt <10min
- Autofahrt <30min
- Autofahrt <60min
- Autofahrt >60min

9. Welche Fahrtzeiten zum Arbeitsort Praxis müssten die jungen Ärzte/Ärztinnen einplanen?

Geben Sie an, welche Fahrtzeiten zur nächsten vorhandenen bzw. bereitstehenden Praxis einzuplanen sind, wenn junge Ärzte/Ärztinnen in Ihrer Stadt/Gemeinde wohnen würden.

- keine Autofahrt (ÖPNV, Fahrrad, zu Fuß)
- Autofahrt <10min
- Autofahrt <30min
- Autofahrt <60min
- Autofahrt >60min

63% ausgefüllt

11. Wie groß ist der Bedarf an jungen Ärzten/Ärztinnen in Ihrer Region?

Bitte geben Sie an, wie groß der Bedarf an Medizinern in Ihrer Region in dem jeweiligen Tätigkeitsbereich ist.

	kein Bedarf											sehr großer Bedarf	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Klinikum/Krankenhaus		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Praxis/Niederlassung		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Universität (Lehre/Forschung)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Industrie/Werbebranche		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
andere nicht-ärztliche Tätigkeit, nämlich: <input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

12. Wie viele Ärzte sind in Ihrer Stadt/Gemeinde vorhanden?

Geben Sie bitte geschätzte Anzahlen für Klinikärzte und Niedergelassene an.

Ärztinnen/Ärzte im Klinikum	<input type="text"/>
Ärztinnen/Ärzte in Niederlassung	<input type="text"/>
Die Stadt/Gemeinde hat	<input type="text"/> Einwohner

13. Gibt es Wünsche der Einwohner nach bestimmten Fachärzten oder Niederlassungen?

Geben Sie Fachärzte an, die sich die Einwohner Ihrer Stadt/Gemeinde wünschen.

1.
2.
3.

78% ausgefüllt

15. Welcher der folgenden Punkte sind in Ihrer Stadt bereits realisiert?

	trifft zu	trifft nicht zu
Bauland zuweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feste Ansprechpartner für alle behördlichen Fragen/Gänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfe bei Suche eines Arbeitsplatzes für den/die Partner/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereitstellen eines Kita-Platzes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spezielle Abteilung der Stadt für das „Einleben“ in der Region („Welcome-Abteilung“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Präsentation der Kultur, Landschaft und des Freizeitangebotes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einführen von gesellschaftlichen Angeboten (regelmäßige Treffen, gemeinsame Sportgruppen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>		

16. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten drei Punkte, die Ihre Stadt/Gemeinde als Standort besonders attraktiv machen?

1.
2.
3.

- Ich interessiere mich für die **Ergebnisse dieser Studie** und hätte gerne eine Zusammenfassung per E-Mail.

E-Mail-Adresse: