

Welche Argumente motivieren für eine Landarztstätigkeit?

Ergebnisse eines Workshops mit angehenden Hausärzten

Which Arguments Encourage for Practicing in Rural Areas?

Results of a Workshop with Family Practitioner Trainees

Moritz Maenner¹, Dagmar Schneider², Susann Schaffer¹, Thomas Kühlein¹, Marco Roos¹

Hintergrund: Die hausärztliche Versorgung in Deutschland ist bedroht. Bisherige Studien zu der Frage, wie man den Nachwuchs in die Allgemeinmedizin lenken kann, haben keine abschließende Antwort gegeben. Besonders prekär ist die Situation auf dem Land. Ziel der vorliegenden Studie war eine qualitative Exploration der Beweggründe von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) für eine Tätigkeit als Hausarzt im ländlichen Raum.

Methoden: Im Rahmen zweier inhaltsgleicher Seminare der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin in Bayern wurden insgesamt 43 angehende Hausärzte gebeten, eine fiktive Werbekampagne zu entwerfen. Diese sollte ÄiW dazu motivieren, als Hausarzt auf dem Land tätig zu werden. Die Teilnehmer wurden in Kleingruppen eingeteilt. Sie sollten einen Slogan und drei bis fünf Kernelemente für ihre Kampagne erarbeiten. Im Plenum erfolgte dann die Diskussion der Ergebnisse. Nach unabhängiger Bearbeitung durch zwei Wissenschaftler wurden in einem Konsensprozess Hauptkategorien für die Kernelemente gebildet.

Ergebnisse: Unabhängig von der eigenen Präferenz des zukünftigen Tätigkeitsbereichs (Stadt oder Land) wurden dieselben fördernden Faktoren für eine Landarztstätigkeit genannt. Die identifizierten positiven Aspekte betrafen berufliche Themen im Sinne besserer Rahmenbedingungen sowie umfassenderer Arbeitsinhalte. Gleichmaßen wurde aber auch das private Umfeld angesprochen, hier waren die günstigere Lebenshaltung, ein familienfreundliches Umfeld, Leben in der Natur sowie die Lebenszufriedenheit wichtige Themen. In der Diskussion der Ergebnisse wurden jedoch auch Barrieren genannt. Es wird eine Einschränkung der Privatsphäre, eine gefühlte ständige Verfügbarkeit beziehungsweise höhere Arbeitsbelastung sowie die Überforderung der eigenen Kompetenzen befürchtet. Weiterhin zeigte sich, dass sich fast 70 % (n = 29) der Teilnehmer eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land vorstellen können.

Background: In Germany, lack of family practitioners threatens health care. Previous surveys on the question of how to recruit young professionals did not offer final recommendations. The situation is difficult particularly in rural areas. The present study performed a qualitative exploration of young family practitioner trainees' motivation for setting up a practice in rural areas.

Methods: During two vocational training workshops hosted by the KoStA (center for family medicine in Bavaria), 43 young family medicine trainees were asked to design a virtual publicity campaign. It should motivate medical trainees for working as a family practitioner in rural areas. The participants were allocated to small teams. They were asked to develop a slogan and between three and five core elements of their virtual campaign. The results of the teams were then discussed in the plenum. After assigning codes by two independent scientists, final categories have been agreed.

Results: Irrespective of the preferred area for the future practice (urban vs. rural), the participants expressed the same arguments for a practice in rural areas. The positive arguments identified were associated with professional aspects, like better frame conditions and diversified job content. Private aspects were addressed to the same extent, important themes were cheaper living conditions, family-friendly surroundings, living in the open air and life satisfaction. During the subsequent discussion disadvantages were also brought up: Cutback of privacy, perceived permanent availability or pressure of work, and fear of overextended expertise. Furthermore, it turned out that almost 70 % (n = 29) of the participants in the study could imagine setting up a practice in rural areas.

¹ Allgemeinmedizinisches Institut des Universitätsklinikums Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

² Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Bayern

Peer reviewed article eingereicht: 25.12.2014, akzeptiert: 03.03.2015

DOI 10.3238/zfa.2015.0154-0159

Schlussfolgerungen: Die von den Teilnehmern als positiv gesehenen Aspekte decken sich in hohem Maße mit den Erfahrungen bereits niedergelassener Hausärzte. Die genannten Barrieren enthalten jedoch ernstzunehmende Befürchtungen, insbesondere schrecken die zukünftigen Landärzte vor der Führung einer Einzelpraxis zurück. Eine ideale Kampagne sollte sachlich und emotional zugleich die Vorzüge der Landarztztätigkeit herausstellen, aber auch Befürchtungen der ÄiW aufnehmen. Denkbar erscheinen konkrete Portraits langjährig praktizierender Kollegen und das Aufzeigen von alternativen Arbeitsmodellen, um bestehende Hemmnisse abzubauen. Der hausärztliche Nachwuchs sollte umfassend über aktuelle Verbesserungen der beruflichen Rahmenbedingungen aufgeklärt werden.

Schlüsselwörter: Hausarztmangel; Landarztztätigkeit; Nachwuchssicherung; Kampagnenentwicklung

Conclusions: The aspects considered as positive by the participants correspond greatly with the experience of already practicing family doctors. However, the barriers mentioned include serious fears, future family doctors are afraid of running a single-handed practice. The ideal campaign should therefore emphasize the advantages of the life of a country doctor, but should also include the fears brought up. It should deliver information and emotion at the same time. Future family practitioners should be informed comprehensively on new developments concerning the framework of practicing.

Keywords: Lack of Family Practitioners; Rural Areas; Recruitment; Campaign Design

Hintergrund

Der Nachwuchsmangel bedroht die hausärztliche Versorgung in Deutschland. Ein Viertel der ambulant tätigen Fachärzte sind Allgemeinmediziner. Aktuell erfolgt jedoch nur jede zehnte Facharztanerkennung in diesem Bereich [1]. Die Konsequenzen sind nicht nur in ländlichen Regionen sichtbar: Junge Praxisnachfolger sind schwer zu finden [2]. Um dem Landarztmangel zu begegnen, haben sowohl die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung wie auch die Politik Förderprogramme (zumeist monetärer Art) und Werbekampagnen aufgelegt [3–5].

Im Jahr 2012 bevorzugte nur knapp ein Viertel der vom Hartmannbund befragten Medizinstudierenden, die eine niedergelassene Tätigkeit anstreben, eine hausärztliche gegenüber einer fachärztlichen Tätigkeit [6]. Offenbar kann auch die persönliche Beziehung zu einem Mentor bzw. dessen didaktische Fähigkeit die Wahrnehmung des Fachgebietes entscheidend verändern [7]. Dies wird besonders bedeutsam bei Studierenden, die vor dem Praktischen Jahr noch unentschieden bezüglich ihres Wunsch-Fachgebietes sind [8]. Auch würden zwei Drittel der Niederlassungswilligen lieber in einer Gemeinschafts- als in einer Einzelpraxis arbeiten. Als Gründe hiergegen werden das finanzielle Risiko sowie zu wenig Zeit für die Familie als wichtigste Argumente genannt [6].

Eine postalische Befragung von jungen Ärztinnen und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung ergab, dass Weiterzubildende mit dem Ziel einer allgemeinärztlichen Tätigkeit signifikant häufiger weiblichen Geschlechts sind, in Partnerschaft leben und/oder Kinder haben [9]. Auch sind diese häufiger selbst auf dem Land aufgewachsen [9].

Auch befassten sich einige Studien mit fördernden und hemmenden Faktoren zur ärztlichen Tätigkeit auf dem Land im Speziellen. Medizinstudierende haben umso mehr eine Aversion gegen ländliche Arbeitsorte, je städtischer sie sozialisiert sind. Ebenso ist die Aversion bei Studenten stärker ausgeprägt als bei Studentinnen [10]. Allgemein würden sie eine Landarztztätigkeit erwägen, wenn sie kostenlos Praxisräumlichkeiten gestellt bekämen bzw. Unterstützung bei der Kinderbetreuung erführen [6]. Von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) wurden das familienfreundliche Umfeld, der hohe Freizeitwert des ländlichen Raums, aber auch eine flexible Arbeitszeiteinteilung als positive Faktoren berichtet [11, 12]. Bereits niedergelassene Hausärzte sehen eine „Entschleunigung“, eine enge Patientenbindung sowie eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehr positiv. Überbordende Bürokratie oder (zu) hohe Arbeitsbelastung spielen nur eine geringe Rolle [13].

Mit der hier vorgestellten qualitativen Studie verfolgten wir das Ziel, Beweggründe von ÄiW für eine Tätigkeit als Hausarzt im ländlichen Raum herauszufinden. Entgegen der bisher angewandten, oftmals quantitativen Ansätze sollten die ÄiW nicht vorgegebene Faktoren bewerten, sondern selbst Argumente erarbeiten.

Methoden

Rekrutierung

Die Untersuchung wurde im Rahmen zweier inhaltsgleicher „Seminartage Weiterbildung Allgemeinmedizin“ (SemiWAM) der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) in Bayern durchgeführt. Diese fanden im Sommer 2014 in Erlangen und München statt. Insgesamt nahmen 35 Ärztinnen und 8 Ärzte an den Veranstaltungen teil. Sie richteten sich an angehende Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin. Das Angebot ist freiwillig. Die Zielgruppe erschien uns geeignet, da die befragten Ärzte in Weiterbildung direkt von der Fragestellung betroffen sind. Die Besucher der Veranstaltungen wurden gebeten, sich an der Untersuchung zu beteiligen, die Teilnahme war nicht verpflichtend. Es haben sich alle 43 Teilnehmer mündlich einverstanden erklärt, zu einer Ablehnung der Teilnahme kam es nicht.

Datenerhebung

Es erfolgte eine kurze Einführung in die Aufgabenstellung durch drei der Autoren (MM, DS und MR), während der Bearbeitung der Aufgabe standen diese auch für Rückfragen der Teilnehmer zur Verfügung. Die Teilnehmer der Untersuchung sollten sich in die Rolle eines Angestellten einer Werbeagentur versetzen. Ihre Aufgabe bestand in der Entwicklung einer fiktiven Werbekampagne. Ziel der Kampagne sei es, die Motivation für eine hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern. Jede Gruppe wurde gebeten, einen Slogan und drei bis fünf Kernelemente der Kampagne zu entwickeln. Die Ergebnisse sollten auf einem Flipchart dargestellt und vor dem Plenum präsentiert werden. Im Anschluss an die Präsentation fand die durch einen der Autoren (MR) moderierte Diskussion der Resultate statt.

Um etwaige, von der individuellen Situation der Teilnehmer abhängige Unterschiede zu identifizieren, wurde eine homogene Gruppeneinteilung anhand zweier Kriterien durchgeführt. Zunächst erfolgte eine Aufteilung der Studienteilnehmer nach stationärem und ambulantem Weiterbildungsabschnitt. Danach wurde nach der Präferenz des zukünftigen Tätigkeitsbereiches (Land oder Stadt) selektiert. Hierbei wurde „Land“ so definiert, dass die nächste größere Stadt nicht unter 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden könnte. Innerhalb der Selektionskriterien konnten sich die Teilnehmer frei in Gruppen zusammenfinden.

In einem anonymen Fragebogen wurden soziodemografische Faktoren und Informationen zur individuellen Weiterbildungssituation erhoben. Zusätzlich wurden einzelne Aspekte zur generellen Niederlassungsbereitschaft und zur Tätigkeit auf dem Land aus einem Fragebogen von Steinhäuser et al. abgefragt [6]. Die Aussagen konnten auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = „stimme voll zu“ bis 5 = „stimme gar nicht zu“) bewertet werden.

Datenauswertung

Die Ergebnisse der Gruppenarbeit (qualitativer Teil) wurden auf Postern festgehalten. Zusätzlich wurden Notiz-

Alter	Niederlassung Land	
	Ja (n = 29)	Nein (n = 14)
< 30 Jahre	9 (31,0 %)	4 (28,6 %)
30–34 Jahre	11 (37,9 %)	2 (14,3 %)
35–39 Jahre	4 (13,8 %)	3 (21,4 %)
> 39 Jahre	3 (10,3 %)	5 (35,7 %)
ohne Altersangabe	2 (6,9 %)	0 (0,0 %)
Geschlecht		
männlich	8 (27,6 %)	0 (0,0 %)
weiblich	21 (72,4 %)	14 (100,0 %)
Familienstand		
Single	2 (6,9 %)	0 (0,0 %)
in fester Beziehung	27 (93,1 %)	14 (100,0 %)
Kinder		
ja	12 (41,4 %)	9 (64,3 %)
nein	17 (58,6 %)	5 (35,7 %)
Kinderwunsch		
ja	21 (72,4 %)	7 (50,0 %)
Nein	5 (17,2 %)	5 (35,7 %)
keine Angabe	3 (10,3 %)	2 (14,3 %)
Herkunft		
Stadt	10 (34,5 %)	9 (64,3 %)
Land	17 (58,6 %)	5 (35,7 %)
keine Angabe	2 (6,9 %)	0 (0,0 %)
Weiterbildungsverbund		
ja	16 (55,2 %)	9 (64,3 %)
nein	12 (41,4 %)	5 (35,7 %)
keine Angabe	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)
Durchschnittliche Abiturnote		
	1,72	1,59

Tabelle 1 Beschreibung der Stichprobe (n = 43)

protokolle aus der Diskussion der Gruppenarbeit als Datenquelle mit einbezogen. Die Kernelemente und Notizprotokolle wurden unabhängig voneinander von zwei Wissenschaftlern induktiv kodiert und anhand von Sinnhaftigkeit und Häufigkeit Ober-

begriffen zugeordnet (Triangulation). In einem anschließenden Konsensusprozess wurden die Oberbegriffe in die nachfolgend präsentierten Haupt- und Unterkategorien umgewandelt und wiederum deduktiv auf das Datenmaterial angewendet (Tab. 2).

Kategorien	Unterkategorien	Kernelemente
Arbeitswelt	Rahmenbedingungen	Leichter Start in die Selbständigkeit Berufliche Entfaltung Entlastung/Kooperation Finanzieller Anreiz (2x) Sicherer Arbeitsplatz/Einkommen Mehr Selbständigkeit Mehr Raum (professionell)
	Arbeitsinhalte	Nähe zum Menschen (2x) Ganzheitliche/persönliche Note Patientenzufriedenheit Facharzt vor Ort Patient als Ganzes Von jung bis alt Familienmedizin Breites Patientenspektrum Vielfalt der Patienten Verantwortung Bodenständige Patienten Erste/letzte Anlaufstelle
Lebensraum/ Work-Life-Balance	Leben/Freizeit in der Natur	Der Hektik entfliehen Freizeit im Grünen Freizeit-/Erholungswert Natur pur (2x) Leben/Freizeit in der Natur (2x)
	Familienfreundliches Umfeld	Familienfreundlichkeit (2x) Kinderfreundliches Umfeld
	Günstige Lebenshaltung	Niedrige Lebenshaltung Günstige Lebenshaltung Günstiger Wohnraum
	Lebenszufriedenheit	Eingebunden sein Lebenslust Ansehen/Integration Beziehung zu Menschen Flexibles Leben

Tabelle 2 Kategorisierung der Kernelemente

Die Ergebnisse aus der anonymen Befragung werden in absoluten Werten und Anteilen angegeben. Zur besseren Darstellung wurde die Beantwortung der Aussage „Ich kann mir eine Niederlassung auf dem Land grundsätzlich vorstellen“ dichotomisiert. Diejenigen Teilnehmer, die auf der fünfstufigen Likert-Skala mit „stimme voll zu“ oder „stimme eher zu“ geantwortet hatten, wurden als die Kategorie „Zustimmung“ gewertet. Die Teilnehmer, die mit „teils/teils“ oder „stimme eher nicht/gar nicht zu“ geantwortet hatten, wurden in der Kategorie „Ablehnung“ zusammengefasst.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 43 ÄiW für die Studie gewonnen werden. Über vier Fünftel der Teilnehmer waren weib-

lich (81 %, n = 35). Die Altersspanne reichte von 26 bis 52 Jahren (Median 32, Mittelwert 33,2 Jahre). Die Abiturnote der Stichprobe lag im Durchschnitt bei 1,68. Von den 43 Teilnehmern konnten sich 88 % (n = 37) grundsätzlich vorstellen, zukünftig selbstständig niedergelassen tätig zu sein. Speziell auf dem Land waren dies immerhin noch 69 % (n = 29). In angestellter Tätigkeit auf dem Land arbeiten wollten 14 % (n = 6). Die weiteren Variablen sind in Tabelle 1 dargestellt.

In den beiden Veranstaltungen bildeten sich insgesamt neun Gruppen. Die Teilnehmer von sechs Gruppen (n = 32) präferierten eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land. Die Teilnehmer von drei Gruppen (n = 11) bevorzugten eine ärztliche Tätigkeit in der Stadt. Insgesamt wurden 39 Kernelemente genannt, die für eine Tätigkeit im ländlichen Raum motivieren sollen.

Aus den Kernelementen wurden induktiv sechs Kategorien gebildet. Diese wurden in die zwei Hauptkategorien „Arbeitswelt“ und „Lebensraum/Work-Life-Balance“ unterteilt. Hierbei ergab sich kein inhaltlicher Unterschied hinsichtlich der Präferenz (Stadt/Land) der jeweiligen Gruppenteilnehmer. In Tabelle 2 sind die Kernelemente und deren Zuordnung zum Kategoriensystem abgebildet.

Neben den Kernelementen wurden für die zu erarbeitende fiktive Werbekampagne die folgenden Slogans von den Gruppen entwickelt: „Back to the roots“, „Stadt? Land! Medicus!“, „Raus auf’s Land, rein ins Leben“, „Hausärzte im Team“, „Ihr Facharzt vor Ort“, „Arbeiten, wo andere Urlaub machen – Das Leben ist es wert“, „Statt Stadtneurotiker – Landarzt“, „Einer für alle, alle für einen“ und „Von Mensch zu Mensch“.

Aus den Notizprotokollen konnten neben den positiven Aspekten zu einer Niederlassung auf dem Land auch Barrieren ermittelt werden. Diese waren in absteigender Häufigkeit: die Befürchtung einer 24-Stunden-Verfügbarkeit respektive einer höheren Arbeitsbelastung, eine Überforderung bezüglich der eigenen Kompetenzen und eine Einschränkung der Privatsphäre bei hoher Erwartungshaltung der Patienten.

Diskussion

Die identifizierten positiven Faktoren zur Niederlassung auf dem Land decken sich in hohem Maße mit bereits in Kampagnen verwendeten Anreizen. Der größte berufliche Vorteil wird in einer anspruchsvolleren beruflichen Praxis gesehen, ein Drittel der genannten Argumente betreffen dieses Themenfeld. Privat werden die Vorzüge des Lands vor allem in einem familienfreundlichen Umfeld und einer höheren Lebensqualität vermutet. Interessanterweise identifizierten junge Kollegen, die eine ärztliche Tätigkeit in der Stadt bevorzugen, dieselben positiven Faktoren wie diejenigen, die angaben, auf dem Land arbeiten zu wollen. Mit der Befürchtung einer zu hohen Arbeitsbelastung, der Überforderung bezüglich der eigenen Kompetenzen, ständiger Verfügbarkeit bei einge-

schränkter Privatsphäre und hoher Erwartungshaltung der Patienten wurden auch wichtige negative Faktoren identifiziert.

Vergleich mit anderen Arbeiten

Die methodische Qualität vieler Studien wurde in einer aktuellen Übersichtsarbeit kritisiert [14]. Dies sei vor allem dem Umstand geschuldet, dass die Befragten meistens eine Anzahl von vorgegebenen Faktoren priorisieren sollten. Nur wenige Studien wählen hingegen einen qualitativ explorierenden Ansatz. Dabei würde sich diese Methodik besonders zur Erforschung individueller Motive eignen [14]. Gerade das Wissen um die Motive der Zielgruppe (also der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) erschien uns essenziell für die Entwicklung zielführender Kampagnen zur Förderung hausärztlicher Tätigkeit im ländlichen Raum.

Die Studiengruppe zeigte eine hohe Bereitschaft, auf dem Land hausärztlich tätig zu werden. Die Zustimmungquote von fast 70 % widerspricht dem in den Medien gängigen Bild, junge Mediziner würden zur großen Mehrheit eine Tätigkeit in der Stadt bevorzugen [15]. Die Stichprobe teilte sich etwa hälftig in Teilnehmer städtischer respektive ländlicher Herkunft auf. Die hohe Bereitschaft zu einer Betätigung auf dem Land kann also nicht alleine mit der örtlichen Herkunft der Teilnehmer erklärt werden. Frühere Studien hatten ergeben, dass die Bereitschaft zur beruflichen Betätigung auf dem Land mit der Herkunft der Ärzte korreliert [16–18]. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Außerdem wurde bereits festgestellt, dass zwischen Stadt- und Landärzten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Gewichtung der Rahmenbedingungen ihrer beruflichen Tätigkeit bestehen [7], was sich in unserer Stichprobe ebenfalls nicht zeigen ließ. Aufgrund der geringen Fallzahl ist unsere Untersuchung allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig, was den Vergleich mit anderen Studien angeht.

Ein auffallendes Ergebnis der Imagekampagnen war, dass alle Gruppen (unabhängig von deren gewünschter Tätigkeit auf dem Land

oder in der Stadt) weitgehend dieselben positiven Faktoren für eine Landarztztätigkeit nannten. Einzelne genannte Aspekte (wie z.B. ein „breites Patientenspektrum“) betrafen die Allgemeinmedizin unabhängig vom Ausübungsort, die Mehrzahl der Argumente nahm jedoch die Besonderheiten des ländlichen Raumes in den Fokus (z.B. „bodenständige Patienten“). Hier sind die Übergänge vom Land zu kleineren Städten jedoch auch nicht eindeutig festzumachen – etliche Aspekte wären wohl auch für dort tätige Hausärzte vorstellbar.

In der Betrachtung der gewählten Slogans und der Elemente der Kampagnen fällt zudem auf, dass sich Faktoren aus der Arbeitswelt und dem Privatleben die Waage hielten. Es wurden eine hohe Lebensqualität (familienfreundliches Umfeld, hoher Freizeitwert, günstige Lebenshaltung), aber auch eine Arbeitswelt angeführt, die nah am Ideal des Generalisten liegt (breites Patientenspektrum mit intensiver Arzt-Patienten-Beziehung). Die genannten Faktoren zeigen eine hohe Deckungsgleichheit mit dem Selbstbild von bereits auf dem Land niedergelassenen Kollegen [13].

Bereits bestehende Kampagnen gegen den Landarztmangel bedienen sich ebenfalls dieser Faktoren. Ein Unterschied zeigte sich jedoch im Hinblick auf die während der Diskussion identifizierten Barrieren für eine Tätigkeit auf dem Land (befürchtete 24-Std.-Verfügbarkeit, höhere Arbeitsbelastung, Kompetenzüberforderung, Einschränkung der Privatsphäre). Hier hat möglicherweise die Aufhebung der Residenzpflicht noch nicht Eingang in die Wahrnehmung des Berufsbildes „Landarzt“ gefunden. Von bereits niedergelassenen Kollegen werden diese Probleme als untergeordnet oder nicht vorhanden gesehen [13]. Die genannten Barrieren spiegeln Angst vor der Niederlassung und der großen Verantwortung in einer Einzelpraxis wider. Hier könnten andere Arbeitsmodelle (Filialpraxen mit angestellten Ärzten, Medizinische Versorgungszentren, Gemeinschaftspraxen ...) eine gute Alternative für diese Kolleginnen und Kollegen darstellen. Eine kürzlich durchgeführte Studie kommt ferner zu dem Ergebnis, dass die Bereitstellung von detaillierten Informationen im Rah-

men der DEGAM-Nachwuchsakademie die vorgebrachten Ängste zerstreuen konnte. 45 % der Absolventen konnten sich vorstellen, künftig eine Einzelpraxis innezuhaben [18]. Von den in einer Untersuchung des Hartmannbundes befragten niederlassungswilligen Studierenden konnte dies jedoch nur jeder Zehnte [6]. Vermutlich bedarf es noch mehr Aufklärung, um diese Barrieren abzubauen. Bereits frühere Studien stellten fest, dass „später notwendige Kompetenzen wie beispielsweise wirtschaftliches Handeln“ [19] in der Weiterbildung fehlen und deshalb begleitende Schulungen zu Themen wie Betriebswirtschaft „entängstigend“ wirken können [7].

Stärken und Schwächen der Studie

Als Limitation sei zunächst erwähnt, dass sich das Geschlechterverhältnis in unserer Stichprobe stark zugunsten der Ärztinnen verteilt. Die genannten Aussagen können daher vermutlich nicht ohne Weiteres auf die Gesamtheit der ÄiW übertragen werden.

Mit der Aufgabe, eine Werbekampagne zu entwerfen, forderten wir die Teilnehmer – wenn auch implizit – dazu auf, sich auf positive Faktoren der Motivation zu fokussieren. Die Einschränkung in der Aufgabenstellung wurde von den Teilnehmern auch erkannt und in der abschließenden Diskussion angesprochen. Teils durchaus kritische Anmerkungen wurden in Wortprotokollen festgehalten.

Die Methode der Gruppenarbeit erlaubt es, kollektive Einstellungen und Motive zu erfassen, während eine Exploration individueller Meinungen nicht möglich ist. Letztere können im Meinungsfindungsprozess verloren gehen.

Als Stärken der Studie sehen wir, dass sie ÄiW explizit mit der Frage einer Tätigkeit als Hausarzt auf dem Land adressierte. Bislang erscheinen einige Imagekampagnen zu unspezifisch auf die Niederlassung allgemein (nicht nur als Hausarzt) oder nicht speziell auf die ländliche Region zugeschnitten [3, 20]. Des Weiteren wählten wir im Gegensatz zu anderen Studien (wie bereits vorher diskutiert) einen qualitativ-explorierenden Ansatz.

Moritz Maenner ...

... befindet sich seit 2013 in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Aktuell Teilnahme an Kursen zum Erwerb der Zusatzbezeichnungen Manuelle Medizin und Akupunktur. Ab Mitte 2015 ist die aktive Teilnahme am Notarzdienst geplant. Berufsziel ist die Niederlassung als Hausarzt im Großraum München – gegebenenfalls auch auf dem Land – voraussichtlich ab dem Jahr 2018.

Schlussfolgerungen

Während der Studie war zu beobachten, dass sowohl Informationen als auch emotionale Gesichtspunkte bei den Teilnehmern einen hohen Stellenwert haben. Es wurde deutlich, dass die sachlichen Informationen einer subjektiven Bewertung und Gewichtung unterliegen, sodass ihre Bedeutung für die Entscheidungsfindung im Einzelfall höchst unterschiedlich ist. Eine Werbekampagne sollte sich des-

halb nicht auf die sachlichen Informationen beschränken, sondern die emotionale Seite miteinbeziehen und ihr ausreichend Raum geben. Eine ausschließlich emotionale Ansprache der Zielgruppe – so konnte man während der Diskussion vernehmen – erscheint den Teilnehmern dagegen als nicht ernsthaft genug, beziehungsweise wenig überzeugend.

Eine zielführende Kampagne sollte sowohl die berufliche als auch die private Seite der Landarztztätigkeit ein-

beziehen. Kürzlich erfolgte bzw. geplante Änderungen der Rahmenbedingungen sollten besonders betont werden, um die verbreitete falsche Wahrnehmung des Berufsbildes bei der Zielgruppe zu korrigieren.

Anmerkung: Diese Publikation wurde im Rahmen einer Dissertation zum „Dr. med.“ an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg erstellt.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Moritz Maenner
Allgemeinmedizinisches Institut
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen
Tel.: 09131 85-31140
moritz_maenner@gmx.de

Literatur

1. Ärzttestatistik zum 31.12.2013 der Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf (letzter Zugriff am 14.09.2014)
2. Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) 2011
3. www.lass-dich-nieder.de (letzter Zugriff am 14.09.2014)
4. http://www.aerzteportal.bayern.de/fachinformationen/foerderprogramm/niederlassung_hausaerzte_aend_lraum.htm (letzter Zugriff am 14.09.2014)
5. Steinhäuser J, Scheidt L, Szecsenyi J, Götz K, Joos S. Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeister in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 612–617
6. Hartmannbund. Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation: Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“ www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf (letzter Zugriff am 22.11.2014)
7. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *Br J Gen Pract* 2002; 52: e359
8. Abendroth J, Schnell U, Lichte T, Oemler M, Klement A. Motive für die Fachgebietswahl ehemaliger PJ-Studierender im Fach Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer Querschnittsbefragung der Jahrgänge 2007–2012. *GMS Z Med Ausbild* 2014; 31: Doc11
9. Roick C, Heider D, Günther OH, et al. Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 12–20
10. Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller CH. Berufserwartungen von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 327–32
11. Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. Lösungsansätze gegen den Allgemeinartztmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 1715–19
12. Gensch K. Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot – Ergebnisse einer anonymen Befragung. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 359–370
13. Kreiser B, Riedel J, Völker S, et al. Neuniederlassung von Hausärzten im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern – eine qualitative Studie. *Z Allg Med* 2014; 90: 158–164
14. Langer A, Ewert T, Holleeder A, Geuter G. Literaturüberblick über Niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. *Gesundh ökon Qual manag* 2015; 20: 11–18
15. www.tagesspiegel.de/berlin/aerztmanagel-in-brandenburg-der-naechste-bitte/4230024.html (letzter Zugriff am 14.09.2014)
16. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Z Allg Med* 2013; 89: 10–15
17. Schneider A, Karsch-Völk M, Rupp A, et al. Determinanten für eine hausärztliche Berufswahl unter Studierenden der Medizin: Eine Umfrage an drei bayerischen Medizinischen Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild* 2013; 30: Doc45
18. Hilbert B, Simmenroth-Nayda A. Was denkt der allgemeinmedizinische Nachwuchs? Ergebnisse einer Umfrage innerhalb der DEGAM-Nachwuchsakademie. *Z Allg Med* 2014; 90: 440–444
19. Roos M, Blauth E, Steinhäuser H, Ledig T, Joos S, Peters-Klimm F. Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *ZEFQ* 2011; 105: 81–88
20. www.arzt-in-hessen.de (letzter Zugriff am 14.09.2014)