

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums  
Augsburg

**Motivation und Hinderungsgründe junger  
Fachärzte/-innen für Allgemeinmedizin zur  
Niederlassung:  
eine qualitative Studie**

**Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. med.

eingereicht an der

Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg

von

**Katharina Maier**

Augsburg, 13.05.2024



## **Eidesstattliche Versicherung und Erklärung**

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass die vorliegende Dissertation von mir selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt wurde. Zudem wurden keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet. Außerdem versichere ich, dass die Dissertation keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt wurde und ich mich nicht anderweitig einer Doktorprüfung ohne Erfolg unterzogen habe.

## **Statutory declaration and statement**

I declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources/resources. As well I declare that I have not submitted a dissertation without success and not passed the oral exam. The present dissertation (neither the entire dissertation nor parts) has not been presented to another examination board.

Augsburg, 13.05.2024

Dissertation eingereicht am: 13.05.2024

Erstgutachter (Hauptbetreuerin/Hauptbetreuer): Prof. Dr. Marco Roos

Zweitgutachter: Prof. Dr. Verina Wild

Tag der mündlichen Prüfung: 29.04.2025

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	3
1 Einleitung .....	6
1.1 Drohender hausärztlicher Versorgungseingpass .....	6
1.2 Ergebnisse verschiedener Befragungen von Weiterbildungsassistent:innen.....	7
1.3 Bürokratie in den vertragsärztlichen Praxen .....	8
1.4 Bürokratie im Rahmen des Niederlassungsprozesses.....	8
1.5 Fragestellung und Ziel.....	9
2 Material und Methoden .....	10
2.1 Beschreibung und Auswahl des Studiendesigns.....	10
2.2 Qualitative Forschung.....	10
2.3 Konzept und Entwicklung des Interviewleitfadens .....	11
2.4 Beschreibung des Interviewleitfadens.....	12
2.5 Vorbereitung der Studie und Rekrutierung der teilnehmenden Ärzt:innen .....	13
2.6 Durchführung der Interviews .....	13
2.7 Transkription der Interviews .....	14
2.8 Qualitative Inhaltsanalyse .....	14
3 Ergebnisse .....	18
3.1 Beschreibung des Interviewkollektivs.....	18
3.2 Präsentation der einzelnen Ergebnisse.....	20
3.2.1 Motivatoren zur Niederlassung .....	20
3.2.2 Wahrnehmung bürokratischer Aspekte.....	21
3.2.3 Bürokratie im Rahmen des Zulassungsprozesses .....	22
3.2.3.1 Bürokratie im Rahmen des Zulassungsverfahrens auf einen ärztlichen Kassensitz .....	22
3.2.3.2 Anträge von abrechenbaren Leistungen.....	23
3.2.3.3 Juristische Aspekte bei Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft.....	25
3.2.4 Unternehmerische Verantwortung .....	27
3.2.4.1 Finanzielle und betriebswirtschaftliche Aspekte der Selbstständigkeit.....	27
3.2.4.2 Personalmanagement.....	29
3.2.4.3 Angst vor Regressen .....	30

	3.2.5	Praxisführung.....	30
		3.2.5.1 Qualitätsmanagement und Hygieneplan.....	31
		3.2.5.2 Abrechnung.....	31
		3.2.5.3 Telematikinfrastruktur.....	32
	3.2.6	Bürokratie im ärztlichen Praxisalltag.....	33
		3.2.6.1 Sozialmedizinische Anträge.....	33
		3.2.6.2 Codierung von Diagnosen, Dokumentation und Verordnung .....	34
	3.2.7	Subjektive retrospektive Verbesserungswünsche.....	35
4		Diskussion.....	37
	4.1	Zusammenfassung.....	37
	4.2	Diskussion der Hauptergebnisse.....	38
		4.2.1 Motivierende Faktoren zur Niederlassung .....	38
		4.2.2 Bürokratie im Rahmen des Zulassungsverfahrens auf einen ärztlichen Kassensitz .....	40
		4.2.3 Anträge von abrechenbaren Leistungen.....	41
		4.2.4 Juristische Aspekte bei Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft .....	42
		4.2.5 Finanzielle und betriebswirtschaftliche Aspekte .....	43
		4.2.6 Personalmanagement.....	44
		4.2.7 Regressangst.....	45
		4.2.8 Telematikinfrastruktur.....	46
		4.2.9 Sozialmedizinische Anfragen.....	48
		4.2.10 Codierung von Diagnosen, Dokumentation und Abrechnung....	49
		4.2.11 Subjektive Verbesserungswünsche .....	50
	4.3	Limitationen .....	51
	4.4	Zusammenfassung der Empfehlungen zum Abbau bürokratischer Hemmnisse im Rahmen des Niederlassungsprozesses .....	52
5		Zusammenfassung .....	55
6		Summary.....	57
7		Literaturverzeichnis.....	59

Anhang .....	64
I Abkürzungsverzeichnis .....	65
II Abbildungsverzeichnis .....	66
III Tabellenverzeichnis.....	67
IV Ethikvotum.....	68
V Anschreiben zur Studienteilnahme.....	69
VI Datenschutzerklärung für Studienteilnahme.....	71
VII Einverständniserklärung zur Studienteilnahme.....	73
VIII Versionen des Interviewleitfadens.....	74
IX COREQ-Checkliste.....	82
X Deduktive Codes.....	84
XI Danksagung.....	86
XII Lebenslauf.....	87
XIII Veröffentlichungen.....	88

# 1 Einleitung

## 1.1 Drohender hausärztlicher Versorgungsengpass

Ungeachtet umfangreicher Förderprogramme sind der drohende Hausarztmangel und die daraus resultierende Gefahr der unzureichenden Möglichkeit einer heimatnahen medizinischen Versorgung der Patient:innen brisante gesellschaftliche Themen [1]. Sowohl in den Medien als auch in den Jahresstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen wird ebendieses Problem regelmäßig thematisiert. Aktuell sind allein in Bayern 4 Planungsbereiche unterversorgt und 23 drohend unterversorgt [2].

Die Ursachen für diese prekäre Situation sind vielschichtig. Ein wesentlicher Faktor besteht sicherlich in der Altersstruktur der derzeit tätigen Hausärzt:innen in Bayern mit einem Durchschnittsalter von 55,2 Jahren. Der Anteil der Ärzt:innen über 60 Jahren beträgt 35,7 % [3]. Somit werden laut einer Studie der Robert Bosch Stiftung im Jahr 2035 rund 11.000 Hausarztsitze in Deutschland unbesetzt sein [4].

Ein weiterer Aspekt, der diesen Mangel unterstützt, besteht in dem veränderten Anstellungsverhältnis. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung war im Jahr 2020 mehr als jede/r fünfte Allgemeinmediziner:in im Angestelltenverhältnis tätig. Hingegen war im Jahr 2009 lediglich jede/r 16. Hausärztin oder Hausarzt angestellt beschäftigt [5]. Mit dieser Angestelltentätigkeit gehen nicht nur eine meist strikt begrenzte Wochenarbeitszeit von 40 Wochenstunden, sondern ebenfalls ein hoher Prozentsatz an Teilzeitanstellungen einher. Dabei ist die Präferenz für ein Angestelltenverhältnis sowohl durch die sogenannte Work-Life-Balance der jüngeren Generation begründet als auch durch Teilzeitanstellungen von Ärztinnen, deren Zahl ebenfalls zunimmt [6]. Bei diesen spielt meist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine große Rolle im Zusammenhang mit der Karriereplanung. So führen familiäre Verantwortung, teils fehlende Betreuungsmöglichkeiten oder tradierte familiäre Rollenbilder häufig zu Teilzeitarbeitsmodellen. Zumindest partiell kann auf diese Weise der genannte Mangel an niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen trotz steigender Zahlen beim ärztlichen Nachwuchs erklärt werden.

Naturgemäß fällt bei Ärzt:innen die Phase der beruflichen Findung aufgrund der langen Ausbildungszeit häufig in die Phase der Familiengründung. Umgekehrt könnte gerade die Länge der Ausbildung auch Motivation sein, nach ihrem Abschluss diesen Beruf auch mit vollem Einsatz zu ergreifen. Deshalb lohnt es sich, einen Blick auf die Attraktivität

der jeweiligen Profession zu werfen, um weitere Gründe für den drohenden Versorgungsmangel zu identifizieren.

Besonderes Interesse gilt dabei der Situation der Ärzt:innen im Rahmen der Weiterbildung - also dem hausärztlichen Nachwuchs, bei welchem die Weichen für eine spätere Tätigkeit als Hausärzt:in gestellt werden.

## **1.2 Ergebnisse verschiedener Befragungen von Ärzt:innen in Weiterbildung**

In der ersten bundesweiten Querschnittserhebung zur Weiterbildungssituation angehenden Allgemeinmediziner:innen aus dem Jahr 2009 forderten die Befragten eine strukturelle und inhaltliche Anpassung der Weiterbildung. Durch Einführung der jeweiligen Weiterbildungsverbände konnte diese signifikant verbessert werden. In der Querschnittserhebung wurde weiterhin eine insgesamt hohe Arbeitszufriedenheit unter den Ärzt:innen in Weiterbildung identifiziert. Die Mehrheit (90 %) der Befragten würden sowohl den Arztberuf als auch die Gebietsweiterbildung erneut wählen. Als Motivatoren wurden sowohl fach- als auch geschlechtsspezifische Berufswahlfaktoren (Autonomie, Abwechslung eines breiten medizinischen Fachgebiets und Vereinbarkeit von Familie und Beruf) aufgeführt [7].

Ein ähnliches Bild konnte bei einer Befragung von 528 Ärzt:innen in Weiterbildung aus 2011 ermittelt werden. In dieser Studie konnten sich 89 % der Befragten eine Niederlassung grundsätzlich vorstellen. Dabei waren die wichtigsten positiven Einflussfaktoren ein familienfreundliches Umfeld, der Ort der Niederlassung sowie eine kollegiale Zusammenarbeit. Demgegenüber wurde das sogenannte unternehmerische Risiko von 63 % der Befragten als abschreckend empfunden [8].

Diese unternehmerische Verantwortung wie auch das mögliche finanzielle Risiko werden in vielen Befragungen angeführt. So wird bspw. von einem „Gefühl der Unsicherheit“ unter Ärzt:innen in Weiterbildung berichtet, das die Niederlassungsbereitschaft deutlich beeinträchtigt. Barth et al. wiesen in einer Mixed-Methods-Studie nach, dass insbesondere eine ökonomische und bürokratische Erwartungssicherheit Kernanliegen der Ärzt:innen in Weiterbildung sind [9].

Diese Befürchtungen entstehen bereits früh in der Ausbildung der Mediziner:innen. In einer Befragung, die in dem allgemeinmedizinischen Tertial des Praktischen Jahres mit

Student:innen durchgeführt wurde, wurden gleichfalls fehlende betriebswirtschaftliche Kenntnisse, die Erwartung eines geringen Einkommens und ein hoher bürokratischer Aufwand als hemmende Faktoren für eine spätere Niederlassungsbereitschaft nachgewiesen [10].

Der Begriff „Bürokratie“ als Hinderungsgrund, welcher sich schon -wie o.g. Studien belegen- früh in der Ausbildung der angehenden Mediziner:innen findet, lässt sich dabei zunächst gut nachvollziehen, da dieser bei den allgemeinärztlich niedergelassenen Ärzt:innen ebenfalls eine Rolle spielt.

### **1.3 Bürokratie in den vertragsärztlichen Praxen**

Im Jahr 2015 wurde vom statistischen Bundesamt erstmals die bürokratische Belastung für vertragsärztliche Praxen veröffentlicht [11]. Es zeigte sich, dass fast 100 Arbeitstage pro Jahr und Praxis für die Erfüllung von Informationspflichten aufgewendet wurden – ein finanzieller Aufwand 4,33 Milliarden Euro für sämtliche vertragsärztlichen Praxen in Deutschland. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband wurden daraufhin erste Handlungsempfehlungen erarbeitet, die zur Reduktion der Bürokratiebelastung beitragen sollten. Im Bürokratieindex aus dem Jahr 2019 wurde eine Reduzierung der bürokratischen Belastung um 1,93 % ermittelt [12]. In diesem Bericht wurde die Bürokratie auch unter dem Aspekt des Niederlassungshemmnisses untersucht, was im folgenden Abschnitt konkretisiert wird.

### **1.4 Bürokratie im Rahmen des Niederlassungsprozesses**

Anlass zu der entsprechenden Untersuchung war ein Berufsmonitoring unter Medizinstudierenden, in dem der hohe bürokratische Aufwand im Rahmen der Niederlassung generell als „Niederlassungshemmnis Nummer 1“ angesprochen wurde [13]. Demgemäß wurden im Rahmen eines Workshops der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Fachhochschule des Mittelstands mit kürzlich niedergelassenen Fachärzt:innen die einzelnen bürokratischen Aspekte erörtert [12]. Aspekte wie Unsicherheiten bei dem Zulassungsverfahren selbst und Unklarheiten bei den vertragsärztlichen Genehmigungen betrafen speziell den Prozess der Zulassung. Weitere als bürokratisch empfundene Punkte, die den Arbeitsalltag beeinflussten, waren u. a. die Vorgaben zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die Komplexität der vertragsärztlichen Abrechnung,

Regelungen im Arzneimittelbereich und der Bürokratieaufwand bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen.

### **1.5 Fragestellung und Ziel**

Bewahrheiten sich diese in o. g. Diskussion erhobenen Aspekte bürokratischer Barrieren in Bayern auch in einer systematischen Untersuchung? Welche fördernden und hemmenden Faktoren sind es genau, die als bürokratisch empfunden werden? Und bestätigen sich vor oder im Prozess der Niederlassung empfundene Ängste oder Befürchtungen dann auch wirklich?

Zusammenfassend sollen in dieser Untersuchung die motivierenden und die hindernden Gründe für eine Niederlassung im Bereich Allgemeinmedizin in Bayern untersucht werden. Dabei soll der Fokus speziell auf die bürokratischen Aspekte des Niederlassungsprozesses ausgerichtet werden. Die Ergebnisse werden einen tieferen Einblick in das Verständnis des Begriffs der Bürokratie zulassen und informieren, welchen Einfluss einzelne Aspekte im Prozess der Niederlassung sowie deren Einfluss im zeitlichen Verlauf ausüben. Dergestalt werden konkrete Handlungsempfehlungen für eine Prozessoptimierung abgeleitet.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Beschreibung und Auswahl des Studiendesigns**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitativer Studienansatz in Form semi-strukturierter Interviews gewählt. Anhand dieses qualitativ explorierenden Ansatzes wurden in den Antworten der interviewten Teilnehmer:innen Barrieren für eine Niederlassung erwartet, die real erlebt und nicht nur befürchtet wurden. Anzunehmen war, dass sich aus den Ergebnissen unmittelbare Handlungskonsequenzen ableiten lassen, die sich eignen, den weiteren Bürokratieabbau im Prozess der Niederlassung voranzutreiben. Aufgrund der freien Antwortmöglichkeiten konnten im Rahmen einer natürlichen Gesprächsführung subjektive Sichtweisen der Befragten eruiert werden und bei Notwendigkeit konnte gezielt nachgefragt werden. Durch dieses individuelle Vorgehen entstand eine hohe inhaltliche Validität.

Sollten sich die von Ludwig et al. [10] beschriebenen Hinderungsgründe für eine Niederlassung als Allgemeinmediziner:innen in den Antworten des semistrukturierten Fragebogens wiederfinden, könnten diesbezüglich ebenfalls konstruktive Ansätze erarbeitet werden, die Motivation und den Prozess der Niederlassung für junge Fachärzt:innen zu verbessern.

Qualitative Forschungsansätze haben ihren festen Stellenwert in der Versorgungsforschung. Gerade bei der Erhebung von inhaltlich komplexen Daten sind sie anerkannte sozialwissenschaftliche Instrumente. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über diese Methode aufgezeigt.

### **2.2 Qualitative Forschung**

Qualitative Forschung, ein aus der empirischen Sozialforschung bekannter Ansatz wird als „eher explorativ, theorieentwickelnd, induktiv, intensiv (=wenige Probanden werden intensiv untersucht), ganzheitlich und subjektiv“ beschrieben [14]. Sie eignet sich daher um inhaltlich komplexe Fragestellungen, wie beispielsweise die Erarbeitung eines Bürokratie Verständnisses im Zusammenhang mit der ärztlichen Niederlassung zu analysieren.

Wesentliche Aspekte, die für einen qualitativen Ansatz charakteristisch sind, werden im Folgenden erläutert. Ein wichtiger Punkt ist die „symbolic representation“, die in der qualitativen Forschung von zentraler Bedeutung ist. Unter dieser versteht man, dass die eingeschlossenen Fälle die zu untersuchende Gruppe repräsentieren, gleichzeitig aber auch ihre die Vielfältigkeit darstellen [15].

Ein theoretisch begründetes, systematisches Sampling steht im Vordergrund, um die Varianz der Studienpopulation abzubilden [16]. „Das Allgemeine soll [durch detaillierte Analyse von Einzelfällen] im Besonderen gefunden“ werden. Generalisierung wird durch typische Fälle im Sinne der Repräsentanz und nicht durch „Repräsentativität im statistischen Sinne“ erreicht [16]. Besonders abweichende Fälle sind für die Theorieentwicklung interessant und relevant. Durch die detaillierte Analyse von Einzelfällen gelangt die Analyse zu einer Sättigung, einem Punkt, an dem weitere Datenpunkte keine neuen Erkenntnisse liefern. Im qualitativen Verständnis wird ein Aspekt in die Analyse aufgenommen, wenn er einmalig identifiziert wird. Demzufolge können Fallzahlen einer qualitativen Studie deutlich kleiner sein und werden auch selten exakt festgesetzt. Wenn für eine bestehende Fragestellung eine Sättigung eingetreten ist, müssen keine weiteren Daten erhoben werden [16].

In der Planung der vorliegenden Arbeit wurden vorab 20 Interviews veranschlagt. Die exakte Anzahl sollte sich nach erreichter Sättigung richten [17]. Diese Fallzahlplanung deckt sich somit mit der Feststellung von Richtie et al., dass Fallzahlen für Einzelstudien mit Interviews üblicherweise unter  $n=50$  liegen [15]. Weiter wurde während der Planung und Durchführung der Studie die COREQ-Checkliste [18] angewandt, um eine hohe Berichtsqualität zu garantieren und guter wissenschaftlicher Praxis zu entsprechen (Anhang IX).

### **2.3 Konzept und Entwicklung des Interviewleitfadens**

Ein Leitfaden-Interview ermöglicht es, Inhalte der subjektiven Theorie der Teilnehmenden zu rekonstruieren. Da der/die Interviewpartner:in bereits über komplexes Wissen zu einem Thema verfügt, können diese impliziten Annahmen im Interview spontan zur Beantwortung offener Fragen geäußert werden [16].

Um eine mögliche Änderung der Wahrnehmung bzw. Wertung bürokratischer Prozesse im Verlauf der Niederlassung und nach Abschluss ebendieser abbilden zu können,

wurden zwei verschiedene Varianten des Interviewleitfadens entwickelt, die sich inhaltlich kaum unterscheiden, aber der unterschiedlichen Ausgangssituation gerecht werden. Eine Variante wurde für Ärzt:innen erstellt, die sich zum Zeitpunkt der Befragung im Niederlassungsprozess befanden. Die zweite Variante wurde für Ärzt:innen konzipiert, die bereits über 2-4 Jahre Niederlassungserfahrung verfügten. Beide Leitfadenversionen sind dem Anhang VIII zu entnehmen. Entwickelt wurden die Interviewfragen auf Basis der Niederlassungserfahrungen der Verfasserin sowie der verfügbaren Literatur. In einem ersten Testlauf wurde der Interviewleitfaden auf Praktikabilität und Vollständigkeit geprüft und konnte ohne Änderungen übernommen werden.

## **2.4 Beschreibung des Interviewleitfadens**

Um den Interviewpartner:innen freie Antwortmöglichkeiten zu geben und gleichzeitig den Gesprächsfluss aufrechterhalten zu können, wurde der Interviewleitfaden in 4 Stufen gegliedert. Hierdurch sollte ein langsames Heranführen der Gesprächspartner an den Fokus „Bürokratie“ gewährleistet werden. Der Interview-Leitfaden begann jeweils mit dem Abfragen einiger Hintergrundinformationen wie Alter, Jahr der Facharztprüfung, Entscheidungszeitpunkt für das Fach Allgemeinmedizin, Zeitpunkt des Niederlassungsprozesses, Form der geplanten oder bereits erfolgte Niederlassung. Darüber hinaus wurde eruiert, ob sich die Praxis in einem ländlichen oder städtischen Bereich befand. Diese deskriptiven Informationen dienten dazu den jeweiligen Hintergrund und die aktuelle Situation der Interviewpartner:innen in den Interviewkontext setzen zu können. Mit diesen einfach zu beantwortenden Fragen konnten sich Interviewer:in und Teilnehmer:in zu Gesprächsbeginn auf einander einstimmen und eine Gesprächsbeziehung etablieren.

Nach Erfassen dieser Hintergrundinformationen wurden die Themen „Motivation zur Niederlassung“ und „Bürokratieverständnis allgemein“ sowie „Bürokratie im Praxisalltag“ adressiert. Der primäre Fokus des Interviews ruhte nachfolgend auf dem Erfassen der erfahrenen bürokratischen Prozesse im Zusammenhang mit der Niederlassung und deren empfundener Relevanz für die Niederlassung.

Dabei sollten die Interviewteilnehmer:innen zunächst frei über ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen sprechen. Die jeweils genannten Aspekte wurden durch gezieltes Nachfragen konkretisiert. Zum Abschluss der Befragung konnten sich die

Teilnehmer:innen zu Zukunftsperspektiven und Verbesserungsvorschlägen hinsichtlich des Niederlassungsprozesses äußern.

## **2.5 Vorbereitung der Studie und Rekrutierung der teilnehmenden Ärzt:innen**

Zur Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen wurden Ärzt:innen, die sich in das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern eingeschrieben hatten, zu den Interviews per E-Mail eingeladen (Anhang V).

In diesem Schreiben wurden umfassend Fragestellung und Ablauf der Studie adressiert. Zudem bestand die Möglichkeit, auf individuelle Fragen einzugehen. Informationen zum Datenschutz, der Verwendung der Daten sowie Datenspeicherung wurden im Einladungsschreiben zur Verfügung gestellt. Es wurde eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme eingeholt (Anhang VII). Im Rahmen des Interviews wurden zudem vor Beginn der Aufzeichnung das Ziel der Befragung und der Ablauf der Datenverarbeitung geschildert. Anschließend wurde nochmals um eine mündliche Einverständniserklärung gebeten.

Vor Beginn der Studie wurde die ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit über den Ethikrat der Ludwig-Maximilians-Universität München, welche für die medizinische Fakultät der Universität Augsburg zuständig ist, bescheinigt. Das Ethikvotum ist dem Anhang IV beigefügt.

## **2.6 Durchführung der Interviews**

Die Befragungen erfolgten sämtlich online via Zoom-Meeting. Dabei wurden die Gespräche nach Aufklärung und Einverständnis der Interviewpartner:innen aufgezeichnet. Die Interviews wurden hauptsächlich durch die Autorin anhand des Interviewleitfadens geführt, während ein/e zweite/r Wissenschaftler:in des Instituts für Allgemeinmedizin in einer beobachtenden Rolle anwesend war. Durch diese doppelte Gesprächsführung bestand für den zunächst beobachtenden Part einerseits die Möglichkeit bei Stocken des Gesprächsflusses zu intervenieren. Andererseits konnte dieser durch gezieltes Nachfragen relevante, neue Aussagen konturieren, welche in den teilweise sehr umfangreich erörterten Themenfeldern nicht vordergründig erschienen. Zu Beginn des Interviews

stellten sich beide dem/der Interviewpartner:in vor. Je nach Gesprächssituation wurde die im Leitfaden aufgeführte Reihenfolge angepasst.

Die digital aufgezeichneten Interviews und anonymisierten Transkripte wurden zunächst auf einem sicheren Server des Universitätsklinikums mit beschränktem Zugriffsrecht gesichert. Nach Transkription wurden die Tonaufnahmen der Interviews gelöscht.

## **2.7 Transkription der Interviews**

Die Verschriftung der Daten ist nach Flick (2012) unabdingbarer Zwischenschritt vor der Interpretation der Daten. Dafür stehen unterschiedliche Transkriptionssysteme zur Verfügung, wobei sich diesbezüglich kein Standard bislang durchsetzen konnte. Wichtig ist es, „ein Höchstmaß an erzielbarer Genauigkeit bei der Klassifikation von Äußerungen, Pausen und in ihrer Darstellung zu erzielen“ [19].

In der vorliegenden Studie wurden die Aufnahmen wortwörtlich transkribiert und in ein normales Schriftdeutsch übertragen. Der/die jeweilige Sprecher:in wurde im Interview vermerkt.

Namen und Ort der Teilnehmer:innen, die zur Identifizierung führen könnten, wurden anonymisiert. Die anonymisierten Transkripte werden für 10 Jahre am Institut für Allgemeinmedizin aufbewahrt.

## **2.8 Thematische Inhaltsanalyse**

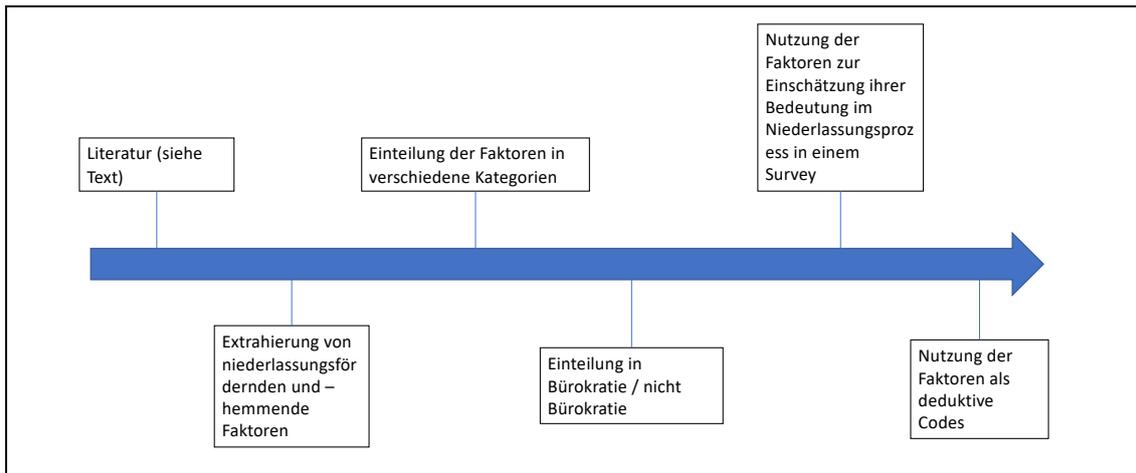
Nach Transkription erfolgte eine inhaltliche Analyse gemäß den Methoden der *thematic analysis* nach Braun und Clark [20]. Dabei wurden die verschriftlichten Interviews in 6 Schritten analysiert. Für die Analyse wurden die Programme Word und Power Point verwendet.

Beginnend mit der Familiarisation der Daten wurden in diesem ersten Schritt, in dem es primär um das Kennenlernen der Daten ging, erste Muster und Fragen erfasst, die sich bei mehrfachem Durchlesen stellten. Zudem wurde auf die eigene Reaktion geachtet, die die Antworten der Interviewpartner:innen auslösten.

Der nächste Schritt des systematischen Analyse-Prozesses bestand in der Codierung. Dahingehend wurden die Interviews systematisch nach bestimmten Codes analysiert, die vorrangig die Bürokratie im Rahmen der Niederlassung thematisierten. Ebenfalls wurden die Themen „Motivatoren“ und „Barrieren“ hinsichtlich möglicher Codes analysiert. Codes konnten deskriptiv, zusammenfassend oder interpretierend sein. Dabei war das Vorgehen der Autorin zunächst induktiv und im zweiten Schritt deduktiv. Somit wurden zunächst eigene Codes vergeben, die sich aus den Inhalten der Interviews generieren ließen.

Diese Codes waren nicht final, sondern konnten sich im Laufe der Analyse entwickeln. Es war ebenfalls möglich, dass einzelne Textstellen mit mehreren Codes versehen waren. Am Anfang des induktiven Prozesses fanden sich naturgemäß zahlreiche Codes, welche sich durch das wiederholte Überprüfen der Interviews auf finale induktive Codes kondensierten. Diese Codes ließen sich den Bereichen Motivatoren, Barrieren und Bürokratie zuordnen. Teilweise gab es auch hier Überschneidungen in der Zuordnung.

Im nächsten Schritt erfolgte eine deduktive Codierung mit Codes, die im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes zum Thema Bürokratie und Niederlassung- zu dem diese Promotion gehört- am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Augsburg generiert worden waren. Dabei handelt es sich um eine multimethodologische Studie, welche den Niederlassungsprozess von Hausärzt:innen in Bayern fokussiert. Vorausgehend dazu wurde ein Screening einschlägiger Literatur durchgeführt und mögliche Förderfaktoren sowie Barrieren für die Niederlassung in der hausärztlichen Praxis wurden herausgearbeitet [9], [21], [12], [22], [23], [24]. Im nächsten Schritt wurden die herausgearbeiteten Aspekte in Kategorien eingeteilt. Von hoher Wichtigkeit waren dabei bürokratische Faktoren, welche gesondert herausgestellt wurden. In einer Umfrage am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin Augsburg wurden Ärzt:innen in Weiterbildungen eingeladen diese Faktoren nach Relevanz als Barriere oder Förderfaktor im Rahmen eines Rankings zu zuordnen [25]. Die aus diesen Verfahren extrahierten Codes wurden in der hier vorliegenden Analyse für die deduktive Codierung genutzt.



**Abbildung 1: Erstellung der deduktiven Codes**

Der 3. Schritt der *thematic analysis* beinhaltet die Generierung initialer „*themes*“. Dabei wurden die Codes in sogenannte *themes* gruppiert. Unter diesen kann man am ehesten eine Art Zusammenfassung des Inhalts oder ein zentrales Konzept verstehen, das die Bedeutung ähnlicher Inhalte zusammenfasst. Von Relevanz war diesbezüglich eine klare und präzise Bezeichnung.

Der nächste Schritt bestand in der Weiterentwicklung und dem Review von *themes*. Somit erfolgte eine Rückkehr zum Datensatz und die entwickelten *themes* wurden auf Sinnhaftigkeit, Vollständigkeit und Relevanz in Bezug auf die Forschungsfrage überprüft. Dieses Überprüfen führte dazu, dass einige *themes* teilweise anders gruppiert oder umbenannt wurden. Gerade bei diesem Prozess war eine Rückkehr zu den Wortlauten der Interviews immer wieder notwendig, um den genauen Kontext exakt zu erfassen. Durch diese repetitiven Analyseschritte konnten die einzelnen *themes* immer weiter verfeinert werden.

Im 5. Schritt wurden schließlich die einzelnen *themes* in ein Verhältnis zueinander gesetzt, die wesentlichen Aussagen eines *themes* wurden konkretisiert und abschließend wurde die Betitelung des *themes* und eine kurze Beschreibung generiert. Dabei konnten sich diese sowohl auf bürokratische Prozesse beziehen als auch den zeitlichen Aspekt dieser Prozesse miteinbeziehen.

Parallel dazu analysierte das Team des Instituts für Allgemeinmedizin, bestehend aus zwei Gesundheitswissenschaftler:innen die Daten unabhängig. Das Vorgehen dieser

unterschied sich insoweit, dass erst eine deduktive Analyse durchgeführt und anschließend eine induktive Codierung vorgenommen wurde.

Hervorzuheben waren neben der Reihenfolge der Vorgehensweise ebenfalls die unterschiedlichen Hintergründe der Analyst:innen (medizinisch-sozialwissenschaftlich). Trotz dieser unterschiedlichen fachlichen Hintergründe und der Analyse in unterschiedlicher Reihenfolge (induktiv- deduktiv versus deduktiv- induktiv) fand sich in der Triangulation der Ergebnisse, welche nach Abschluss der Analysen vorgenommen wurde, eine große Überlappung dieser. Lediglich bei zwei Themen ergaben sich Unterschiede im Verständnis der Themen. Dabei handelte es sich zum einen um eine fragliche, mangelnde Wertschätzung im Rahmen der Antragstellung und zum anderen um eine unterschiedliche Wichtung der teils notwendigen Berufsausübungsgemeinschafts-Verträge. Zur Klärung dieser Unterschiede kehrten die Analyst:innen zu den entsprechenden Stellen in den Transkripten zurück und diskutierten die Diskrepanz im Consensusverfahren. Dabei stellte sich heraus, dass der Aspekt der wiederholten Datenangaben einem Gefühl einer mangelnden Wertschätzung überwog. Der Vertragsaspekt wurde als wesentlicher Punkt herausgearbeitet. Die insgesamt vorliegende Überlappung der Ergebnisse spricht für eine hohe inhaltliche Validität und Qualität der Analyse.

Im letzten Schritt erfolgte dann die Zusammenfassung der Analyse durch die Autorin, in welcher der Aufbau des Ergebnisteils strukturiert wurde und illustrativen Zitate ausgewählt wurden, welche die Ergebnisse der Arbeit darstellen sollten.

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Beschreibung des Interviewkollektivs**

Für die Teilnahme an den semistrukturierten Interviews konnten durch den beschriebenen Weg der Rekrutierung insgesamt n=18 Interviewpartner:innen gewonnen werden. Von diesen bezeichneten sich 50 % als dem weiblichen Geschlecht und 50 % dem männlichen zugehörig.

Der Anteil der sich aktuell im Niederlassungsprozess befindlichen Kolleg:innen lag bei 39 % (7/18). Der überwiegende Teil war mit 61 % (11/18) niedergelassen und konnte sowohl rückblickend von Niederlassungserfahrungen berichten als auch aktuelle Themen des Praxisalltags ansprechen.

Bei 13 Kolleg:innen war die Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin der erste angestrebte Facharzt, 3 Interviewpartner:innen äußerten sich nicht. Von einem Quereinstieg von einer anderen Fachrichtung zur Allgemeinmedizin wurde lediglich einmal berichtet.

Auf die Frage, in welcher Form der Niederlassung eine Tätigkeit ausgeübt wurde oder welche Form der Niederlassung angestrebt wurde, bevorzugte der überwiegende Teil mit 67 % (12/18) eine Berufsausübungsgemeinschaft. Die restlichen 33 % (6/18) zogen die Niederlassung in einer Einzelpraxis vor.

Die Lage der Praxis wurde von den Interviewten in 61 % (11/18) dem ländlichen Bereich zugeordnet. Hierbei wurde allerdings häufig die Nähe zu einer Stadt angegeben, sodass die Ärzt:innen konstatierten, dass die Versorgungssituation analog zu der in einer Stadt sei. Hierzu trafen 2 Ärzt:innen keine Aussage und 4 der Befragten gaben an, in einer Stadt tätig zu sein oder dort diese Tätigkeit zu planen.

**Tabelle 1: Tabelle zu den demografischen Daten – im Niederlassungsprozess**

Geschlecht: w=weiblich, m=männlich, d=divers

Interview-Nummer	Alter [Jahre]	Geschlecht	Einzelpraxis	Berufsausübungsgemeinschaft	Ort der Praxis
0101	35	w	x		ländlich
0102	30	m		x	ländlich
0103	32	m		x	ländlich
0104	35	m		x	
0105	35	w		x	ländlich
0106	42	w	x		ländlich
0107	39	w		x	ländlich

**Tabelle 2: Tabelle zu den demografischen Daten – Niederlassung weniger als 2 Jahre**

Geschlecht: w=weiblich, m=männlich, d=divers

Interview-Nummer	Alter [Jahre]	Geschlecht	Einzelpraxis	Berufsausübungsgemeinschaft	Ort der Praxis
0201	33	m		x	ländlich
0202	33	m		x	städtisch
0203	35	m		x	ländlich
0204	32	w		X	ländlich
0205	41	w		x	städtisch

**Tabelle 3: Tabelle zu den demografischen Daten – Niederlassung 2 bis 5 Jahre**

Geschlecht: w=weiblich, m=männlich, d=divers

Interview-Nummer	Alter [Jahre]	Geschlecht	Einzelpraxis	Berufsausübungsgemeinschaft	Ort der Praxis
0301	47	w	x		ländlich
0302	39	w	x		städtisch
0303	40	m		x	ländlich
0304	37	w	x		
0305	52	m	x		städtisch
0306	37	m		x	

## 3.2 Präsentation der einzelnen Ergebnisse

### 3.2.1 Motivatoren zur Niederlassung

Zu Beginn des Interviews wurden die Ärzt:innen nach ihrer Motivation zur Niederlassung befragt. Hier wurde besonders das Streben nach fachlicher und finanzieller Autonomie herausgestellt. Zumeist wurde dieser Wunsch nach Gestaltungsfreiheit als Gegenpart zu den oft hierarchischen Strukturen in der Klinik, während einer ambulanten Angestelltentätigkeit oder in der ambulanten Weiterbildung angeführt.

Die desgleichen unter diesen Autonomieaspekt fallende Möglichkeit der freien Zeiteinteilung wurde ebenfalls häufig mit einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie und einer höheren Lebensqualität assoziiert. Der Wegfall eines Schichtdiensts, der in der Klinik oft üblich war, wurde positiv gewertet.

Die fachliche Vielfältigkeit in der Allgemeinmedizin wurde ebenfalls vielfach als motivierender Faktor genannt und dabei im Gespräch mit einer ambulanten Tätigkeit gleichgesetzt.

Auch eine Ortsbindung war ebenfalls ein wichtiger motivierender Faktor. In diesem Kontext wurde bei den Interviewten der ländliche Raum bevorzugt. Hierbei konnten auch die finanzielle Unterstützung oder die Bereitstellung von Praxisräumen fördernd wirken.

Die meisten der Befragten gaben an, während ihrer Ausbildung hausärztliche Kolleg:innen als Mentor:innen oder Vorbilder kennengelernt zu haben. Diese motivierten häufig nicht nur zum Fach der Allgemeinmedizin, sondern auch zur Niederlassung. Teilweise waren die eigenen Eltern als Hausärzte tätig.

In diesen Fällen wurde eine gute Einarbeitung in bestehende Strukturen und die notwendigen Abläufe der jeweiligen Praxis, was die Übernahme dieser dann deutlich einfacher gestaltete, betont. Ferner konnte der dringende Abgabewunsch des Vorgängers als motivierender Faktor genannt werden. Dies wurde dann als „einmalige Chance“ empfunden.

Als besonders niedrige Hürde für eine Niederlassung wurde der spätere Einstieg in eine bestehende Praxis erachtet, wenn dort die Weiterbildungszeit absolviert werden konnte oder eine überlappende Anstellungsmöglichkeit gegeben war.

*„Ein gemachtes Nest, in das ich mich reinsetzen darf, wo ich glaube auch drauf zurückfallen werde.“ (0105)*

Einerseits wurde es überwiegend als deutlich einfacher beschrieben, bestehende Strukturen und Abläufe weiterzuführen, als diese komplett neu zu etablieren. Andererseits wurde eine Neugründung in einigen Fällen als Möglichkeit empfunden, alles nach individuellen Wünschen gestalten zu können.

### 3.2.2 Wahrnehmung bürokratischer Aspekte

Wie in der Beschreibung des Fragebogens geschildert, wurden die befragten Ärzt:innen nach ihren persönlichen Erfahrungen im Zulassungsprozess sowie hinsichtlich bürokratischer Aspekte in ihrer täglichen Arbeit interviewt. Dabei wurde zu Beginn eine persönliche Definition von Bürokratie erfragt.

Hier wurden Anträge, Genehmigungen und Formulare genannt und besonders die Fülle ebendieser betont. Häufigster Kritikpunkt an den Formularen war die papiergebundene Form. Berichtet wurde ebenfalls, dass bürokratische Prozesse als einfacher empfunden werden, wenn sie bekannt sind.

Der Begriff der Bürokratie war indes im Rahmen der Interviews nicht durchgehend negativ besetzt. Eher wurde bestätigt, dass gewisse Regularien notwendig und sinnvoll sind.

*„Auf der anderen Seite hat Bürokratie natürlich aber so einen gewissen Leitfaden, wenn man sie verstanden hat, man weiß was nacheinander man sozusagen machen muss oder welche Schritte man abklappern muss damit man zu einem gewissen Ziel kommt, sie sind so in einer gewissen Art und Weise leitend. Wenn man die Leitung verstanden hat und wenn man weiß was man alles machen muss. (lachend) das ist die große Hürde meistens.“  
(0103)*

Nach dieser anfänglichen Frage nach dem persönlichen Bürokatieverständnis, richtete sich der Fokus auf die spezifische Bürokratie, welche im Rahmen der erlebten Prozesse empfunden wurde. In der Analyse dieser Beschreibungen konnten Hauptthemen ermittelt werden, bei denen bürokratische Prozesse eine Rolle spielen und die sich auf den Niederlassungsprozess oder die Niederlassung selbst hemmend auswirken können. Es konnten vier übergeordnete Bürokatiefelder detektiert werden:

- Bürokratie im Zulassungsprozess,
- unternehmerische Verantwortung,
- Praxisführung,
- Bürokratie im ärztlichen Arbeitsalltag

Diese Bereiche werden im Folgenden hinsichtlich ihrer als bürokratisch empfundenen Aspekte genauer definiert.

### **3.2.3 Bürokratie im Rahmen des Zulassungsprozesses**

Berichte über die jeweiligen Erfahrungen im Zulassungsprozess bildeten den Hauptteil der Interviews. Dabei kam es zu unterschiedlichen Wichtungen des Erlebens dieser Prozesse. Vornehmlich jene Interviewpartner:innen, die sich gerade im Niederlassungsprozess befanden oder diesen erst kürzlich durchlaufen hatten, berichteten sehr ausführlich von ihren Erfahrungen. Hingegen wurde der Zulassungsprozess meist weniger detailreich und aufwendig beschrieben, wenn dieser bereits einige Zeit zurück lag. Aus den teils facettenreichen Schilderungen konnten drei Aspekte eruiert werden, welche im Rahmen der Zulassung als besonders bürokratisch empfunden wurden. Hier sind das Zulassungsverfahren auf einen Arztsitz, die Anträge auf kassenärztlich abrechenbare Leistungen und die Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft zu nennen. Diese Ergebnisse, welche einzelne Abschnitte im Zulassungsprozess repräsentieren, werden im Folgenden genauer dargestellt.

#### *3.2.3.1 Bürokratie im Rahmen des Zulassungsverfahrens auf einen ärztlichen Kassensitz*

Besonders von den bereits niedergelassenen Ärzt:innen wurde das Zulassungsverfahren auf einen Kassensitz als bürokratische Hürde thematisiert. Dieses stellt den ersten Schritt im gesamten Niederlassungsprozess dar und wurde häufig in den Aussagen dazu als antiquiert beschrieben. Nach genauerem Nachfragen wurden der Prozess der Sitzausschreibung im Bayerischen Staatsanzeiger und die Bewertungen der Bewerbung durch den Zulassungsausschuss als intransparent bezeichnet. Es wurde Unverständnis geäußert und teilweise auch Unkenntnis über das gesamte Verfahren wahrgenommen.

Nach der Bewerbung auf einen Kassenarztsitz bestand desgleichen eine Zeit der Unsicherheit, da oftmals nicht bekannt war, ob es weitere Bewerber:innen auf den Sitz gab. Die Befragten, gaben an, dass das Wissen um Mitbewerber:innen wichtig für sie gewesen wäre, um die eigenen Chancen auf einen Kassensitz besser einschätzen zu können.

Außerdem führte diese von den Ärzt:innen beklagte Undurchsichtigkeit in dem Zulassungsverfahren in manchen Regionen zu der Annahme, man hätte aufgrund zahlreicher Mitbewerber:innen gar keine Chance auf einen Sitz, wodurch eine Bewerbung unterblieb.

Zudem beeinträchtigte die Wartezeit auf die jeweils nächste Sitzung des Zulassungsausschusses die weitere Planungssicherheit für die Bewerber:innen. Dies wurde insbesondere dann als kritisch gesehen, wenn für eine Praxisübernahme ein kürzerer Zeitrahmen angedacht war und noch viele weitere Aufgaben diesbezüglich anstanden.

*„... aber auch so diese Hängepartie, wird man dann vom Zulassungsausschuss auch wirklich genommen oder gibt es nicht vielleicht doch einen Mitbewerber ...“ (0304)*

In einem Interview war die Rede von sogenannten Praxismaklern, die diese Intransparenz scheinbar ausnutzen und vorgeben, Praxissitze zu vermitteln. Diese Praxis wurde kritisiert, da den so bezeichneten Praxismaklern teilweise Informationen über Ausschreibungen und Mitbewerber:innen vorlägen, die anderen Bewerber:innen bspw. nicht bekannt seien. Da eine derartige Praxis nur in einem der Interviews zur Sprache kam, mag es sich dabei um eine regionale Entwicklung handeln.

Ebenso klagten die meisten der Befragten, dass sie es als schwierig empfunden hätten, den Bayerischen Staatsanzeiger einzusehen oder diesen zu beziehen. Gerade dieser Aspekt wurde häufig sehr ausführlich geschildert. Es herrschte Unverständnis über Informationsmöglichkeiten. Insgesamt wurde dieses Format als nicht mehr zeitgemäß bezeichnet. Es fand sich häufig die Forderung nach leicht zugänglichen digitalen Formaten.

*„Alleine, wie diese Sitzausschreibung funktioniert, dass die in irgendeinem Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht wird, wo ich überhaupt nicht weiß, wo ich den bekommen sollte, ist irgendwie nicht zeitgemäß. Ich finde, da kann es einfach eine Website geben, wo die draufgestellt werden und wo man sagt, da könnt ihr das nachguggn.“ (0203)*

### 3.2.3.2 Anträge von abrechenbaren Leistungen

Der zweite Aspekt, der in jedem Interview angesprochen wurde und in den jeweiligen Schilderungen viel Raum erhielt, waren Redundanz und Form der Anträge der Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei handelt es sich um Anträge, die zur Genehmigung abrechenbarer Leistungen erforderlich sind. Diese sollten bestenfalls vor der Niederlassung beantragt werden.

Bei der Form der Anträge wurde häufig die als veraltet empfundene Papierform kritisiert und als bürokratisch empfunden. In diesem Kontext wurde häufig auf die Digitalisierung im gesamten Gesundheitsbereich hingewiesen. Gleichfalls wurde beanstandet, dass in jedem Antrag anfangs die gleichen Punkte wie bspw. Betriebsstätten-Nummer und Lebenslange Arztnummer eingetragen werden mussten. Meist wurde dabei Unverständnis und auch zum Teil Verärgerung darüber angegeben, da diese Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung ja bereits vorliegen und jedes Mal erneut eingetragen werden müssten. Selbiges traf auf die notwendigen Nachweise wie bspw. die Approbationsurkunde zu. Sehr häufig wurde in den Gesprächen der Wunsch nach einem besseren Austausch von Informationen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer geäußert.

*„Was mich am meisten daran gestört hat, ist das die Formulare ja immer nach ähnlichen Dingen fragen, und man aber jedes Mal alles komplett wieder neu ausfüllen muss weil nichts irgendwie digitalisiert hinterlegt ist, sondern man muss alles wieder von vorne ausfüllen obwohl die Information eigentlich alle da sein sollten.“ (0204)*

Die Redundanz in den jeweiligen Anträgen wurde zwar meist sehr ausführlich thematisiert, allerdings partiell unterschiedlich bewertet. Erfolgte Unterstützung vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung, war die Wahrnehmung deutlich weniger negativ gefärbt, gerade wenn die Niederlassung schon einige Zeit zurücklag. Somit wurden die Anträge zwar als bürokratisch empfunden, allerdings stellten sie kein wirkliches Niederlassungshemmnis dar.

*„Nein, also das waren jeweils kurze Anträge, bei denen mir auch keiner wirklich nennenswert in Erinnerung geblieben ist. Auch da haben sie mir die entsprechenden Formulare geschickt von der KVB, die haben wir ausgefüllt, entweder alleine oder mit ihnen und das war, das war erledigt.“ (0303)*

*„Es waren ein paar Zettel auszufüllen, genau. Aber wenn man schon in dem System drin ist, dann weiß man, dass man diese Zettel ausfüllt, und es ist immer dasselbe – und man fragt sich immer, warum brauchen die jetzt nochmal meine Approbationsurkunde, und warum brauchen die jetzt nochmal meine Facharzturkunde in beglaubigter Kopie oder auch nur in Kopie, warum den einfach nochmal? Sie müssten es doch schon haben, das ist so das worüber ich mich wundere. Ärgern, ja – es sind Abläufe die brauchen es und die brauchen es nochmal. Dann ist es halt einfach so ... klar – es gehört irgendwie dazu – versteh ich – aber es gibt lästigere Dinge.“ (0106)*

Ein weiterer Aspekt, der diese Anträge betraf, war das Unverständnis, dass erneut Nachweise für die Berechtigung zur Erlaubnis abrechenbarer Leistungen erbracht werden mussten, deren Nachweis für die Zulassung zur Facharztprüfung bereits Voraussetzung waren. Hier wurden konkret die Anträge für Abrechnung für Abdomen- und Schilddrüsen-Sonografie und die psychosomatische Grundversorgung genannt. Diese

Redundanz wurde als besonders bürokratisch empfunden. Diese zusätzliche Absicherung von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung traf bei einigen Ärzt:innen auf Unverständnis.

*„Das müsste man einfach deutlich entschlacken und man hat immer das Gefühl es wird dem Arzt per se erstmal unterstellt, dass er viel Böses treiben will und zu viele Sachen abrechnen will und gierig wäre und ähnliches. Das finde ich ist so ein Grundfehler im System, dass man für jede weitere Leistung irgendwie eine Hürde aufbaut um noch ne Hürde zu haben, dass das noch weniger dürfen und das macht irgendwie ein komisches Geschmäckle bei der ganzen Sache.“ (0203)*

Von den genannten Anträgen abgesehen wurde jedoch die Niederlassungs-Begleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung überwiegend als unterstützend angesehen. Meist berichteten die Befragten über Niederlassungsberater:innen oder Patenprogramme. Zu Teilen waren die notwendigen Formulare bereits herausgesucht worden oder es wurde bei der Antragsuche unterstützt. Weiterhin half die Kassenärztliche Vereinigung bei Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen der Anträge. Auch eine komplette, schrittweise Begleitung durch den gesamten Prozess wurde von den befragten Ärzt:innen sehr geschätzt. Hier konnten die Unsicherheit, wichtige Schritte übersehen zu haben, abgemildert werden. Ärzt:innen, welche im Rahmen eines Patenprogramms begleitet wurden, äußerten sich positiver zu den notwendigen Aufgaben im Niederlassungsprozess. Als nicht-institutionelle Unterstützung im Zulassungsprozess wurden in diesem Zusammenhang meist Kolleg:innen, ärztliche Mentor:innen oder Netzwerke wie „Junge Allgemeinmedizin Deutschland“ angegeben.

### 3.2.3.3 Juristische Aspekte bei Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Der Großteil der Befragten war entweder in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig oder plante, in dieser Niederlassungsform tätig zu werden. Der dazu notwendige Vertrag zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft wurde ebenfalls als bürokratisch gesehener Punkt im Niederlassungsverfahren genannt. Dabei bestand zum Teil Unwissenheit, dass ein Vertrag zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft zur Genehmigung dieser bei der Kassenärztlichen Vereinigung notwendig ist, was teilweise zu Verzögerungen im weiteren Prozess führte.

*„Vielleicht war ich auch ein bisschen naiv und habe mich zu wenig darum bemüht, aber wenn mir da gleich gesagt hätte Gemeinschaftspraxis erfordert auch einen gewissen Antrag und wenn man den Antrag einreicht kommen dann noch die und jenen Unterlagen dazu, hätte ich das sicher früher in Angriff genommen. Dann hätten wir uns jetzt hintenraus so ein bisschen Stress gespart.“ (0102)*

Befanden sich die Interviewpartner:innen im Niederlassungsprozess, wurde das Vertragsthema häufig als bürokratisch oder kompliziert wahrgenommen. Lag die Niederlassung hingegen einige Zeit zurück, wurde das Vertragsthema meist nicht mehr so häufig erwähnt oder als wenig bürokratisch empfunden.

Neben der Notwendigkeit eines solchen Vertrags spielte die mangelnde Kenntnis juristischer Fragen, die durch das Anstoßen eines solchen Berufsausübungsvertrags aufkamen, als Niederlassungerschwernis eine Rolle. Die Betroffenen klagten teilweise über Unkenntnis, welche juristischen Aspekte ein solcher Vertrag regeln sollte. Zudem bedingte auch die Vielzahl der notwendigen Entscheidungen in den Vertragsangelegenheiten das teils geäußerte Gefühl der Überforderung bei den noch nicht oder erst kürzlich niedergelassenen Ärzt:innen. Hingegen berichteten wiederum Kolleg:innen, deren Niederlassung bereits einige Zeit zurücklag, kaum über derartige Schwierigkeiten in der damaligen Situation. In der Regel wurden die vertraglichen Regelungen durch Juristen getroffen. Dadurch gaben die meisten an, in dieser Situation gut beraten worden zu sein.

*„Da wenn man eine gute Rechtsberatung im Endeffekt an deiner Seite hast, dann führen dich die dann auch durch.“ (0303)*

Das Angewiesensein auf externe Hilfe, meist eben in Form eines/r Jurist:in oder auch Steuerberater:in wurde zuweilen gleichwohl besonders aus finanzieller Sicht als Hürde empfunden. Das betraf insbesondere den häufig notwendigen Klärungsbedarf juristischer Fragen, die für die niederlassungswilligen Ärzt:innen häufig neue Themenbereiche eröffneten. Einige der Befragten gaben an, dass sie aufgrund der geschilderten Unsicherheit von Unterstützung in Form von zusätzlicher Information über Berufsausübungsverträge und deren mögliche Inhalte vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung profitiert hätten. Damit wäre die Möglichkeit geschaffen worden, sich vorab über die wichtigsten Themen zu informieren.

*„Auch dieser Punkt wie extrem teuer so Medizinrechtler sind, dass die Hürde ganz schön hoch ist dass man den Telefonhörer in die Hand nimmt und dann Fragen stellt wenn man weiß die Stunde kostet irgendwie 200x Euro, das finde ich schon, empfinde ich als extrem herausfordernd“ (0105)*

Ebenfalls wurde -in Bezug auf die vertraglichen Besonderheiten einer Berufsausübungsgemeinschaft- in vielen Interviews betont, dass ein gutes Arbeitsklima mit dem/den Praxispartner:innen herrschte. Es wurde sowohl mehrfach und ausführlich von einem beiderseitigen Profitieren einer guten Arbeitsteilung und Teilung der Verantwortung als auch von dem Rat berichtet, das Verhältnis der Praxispartner:innen vorab zu prüfen. Die

Vorteile einer Berufsausübungsgemeinschaft wurden immer wieder von den Ärzt:innen betont, welche sich in dieser Form niedergelassen hatten. Auf der anderen Seite, gaben auch die in Einzelpraxen tätigen Kolleg:innen eine hohe Zufriedenheit mit ihrer jeweiligen Situation an.

Zusammenfassend können unter dem Thema der Bürokratie im Rahmen der Niederlassung das als veraltet und als intransparent gewertete Verfahren der Zulassung auf einen Arztsitz sowie Papierform und Redundanz der Anträge der Kassenärztlichen Vereinigung genannt werden. Eine rechtzeitige Information in Bezug auf die Notwendigkeit eines Vertrags zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft, der dem Zulassungsausschuss zur Genehmigung vorgelegt werden muss, wäre in einigen Fällen unterstützend gewesen.

Wichtig erscheint an dieser Stelle, dass bei diesen Punkten ebenfalls eine veränderte Wahrnehmung entlang der Zeitachse eines Niederlassungsprozesses vorzuliegen scheint. Entlang dieser verblasst die Wahrnehmung dieser Prozesse oder tritt insgesamt eher in den Hintergrund. Zusammenfassend nannte keiner der Befragten einen der Punkte als wirkliches Niederlassungshemmnis.

*„Und jetzt so rückblickend muss ich sagen ist es gut machbar“ (0304)*

### **3.2.4 Unternehmerische Verantwortung**

Unter dem Begriff der unternehmerischen Verantwortung lassen sich verschiedene Aspekte aus den Antworten der Befragten subsumieren. Der eingangs als Motivator besonders häufig genannte Wunsch nach Autonomie und Selbstständigkeit führte in einigen Punkten zu neuen Aufgabenbereichen. Diese wurden jedoch partiell ebenso mit unzureichender Kenntnis oder Ängsten in Verbindung gebracht. Dabei wurden der gesamte betriebswirtschaftliche Komplex der Selbstständigkeit, Fragen und Probleme rund um das Thema des Personalmanagements und eine sog. Regressangst thematisiert.

#### *3.2.4.1 Finanzielle und betriebswirtschaftliche Aspekte der Selbstständigkeit*

Die mit der selbstständigen, niedergelassenen Tätigkeit assoziierten besseren Verdienstmöglichkeiten und die wirtschaftliche Freiheit wurden beständig als Gründe für eine Niederlassung genannt. Die bessere finanzielle Vergütung im Rahmen der

Selbstständigkeit war ein wichtiger motivierender Faktor. Das Empfinden, den eigenen Verdienst durch die eigene Arbeitsleistung steuern zu können, wurde äußerst positiv gewertet.

*„Dass man auch selber, wenn man selbst arbeitet natürlich auch selbst für seinen Verdienst sorgen kann, selber schauen kann was man verdient, wie viel man verdient und da nicht in so ein starres System eingebunden ist. Das war auf jeden Fall auch mit eine Motivation.“  
(0202)*

Dieser angegebenen Selbstwirksamkeit und dem finanziellen Anreiz standen insbesondere bei den noch nicht oder erst kürzlich niedergelassenen Ärzt:innen Unsicherheiten in Bezug auf betriebswirtschaftliche Kenntnis gegenüber. So brachte diese Autonomie Ängste und Unsicherheiten mit sich, ob durch die richtigen wirtschaftlichen Entscheidungen die Kosten gedeckt werden können und ein Überschuss für den eigenen Lebensunterhalt erwirtschaftet werden kann. Immer wieder wurde auch die Corona-Pandemie in Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen Ungewissheit aufgeführt, wenn die Niederlassung in diesen Zeitraum gefallen war.

Besonders die Anfangszeit der Niederlassung ging mit einer finanziellen Unsicherheit einher. Noch nicht planbare Einnahmen standen den Kosten für Personal und Miete gegenüber. Auch eine vorab notwendige Kreditaufnahme wurde als zunächst eher abschreckend und bürokratisch empfunden, da sie nach den Aussagen mit vielen Formularen verbunden war. Allerdings wurden der zu Beginn meist notwendige finanzielle Aufwand und ein unter Umständen notwendiger Kredit nicht als wirkliche Barrieren gewertet. In diesem Zusammenhang wurden gerade finanzielle Förderungen wie die Landarztprämie oder das Entgegenkommen von Gemeinden durch bezahlbare Praxismieten positiv erwähnt.

*„Wenn jetzt jemand sich niederlassen möchte, eine Praxis übernehmen möchte, dann hat er natürlich schonmal, also, hat er schonmal so ein bisschen finanziell zum Beispiel so einen Zuschuss, ja. Also er hat schonmal finanziell eine zusätzliche Sicherheit und kann dann beispielsweise neu investieren, oder kann damit Schwierigkeiten abfedern. Äh das ist denke ich auf jeden Fall von Vorteil als wenn man dann was weiß ich von Null oder in den roten Zahlen oder mit den Schulden startet und dann geht's los.“ (0202)*

Die in Anspruch genommene Unterstützung, um diesen Unsicherheiten zu begegnen, differierte bei den Befragten – unabhängig von den Beratungsangeboten – in hohem Maß. Dabei wurde vielfach der Rat und die Erfahrung von ärztlichen Kolleg:innen erwähnt. Dies wurde als äußerst unterstützend empfunden. Weitere professionelle Unterstützung boten in einigen Fällen Finanz- oder Praxisberater:innen, die bei Finanzierung oder Wirtschaftlichkeitsaspekten berieten. Bei deren Inanspruchnahme wurde meist von

einer großen Entlastung berichtet. Ebenfalls sehr positiv wurde die Fortbildungsreihe des Bayerischen Hausärzteverbands „Werkzeugkasten Allgemeinmedizin“ bewertet. Diese sich aus insgesamt 16 Modulen zusammensetzende Seminarreihe adressiert sämtliche wichtigen Aspekte im Rahmen einer Niederlassung und wurde wiederholt – auch was die betriebswirtschaftlichen Fragen anbelangt – als unterstützend erwähnt.

*„Ich hatte eine sehr, sehr gute Finanzberaterin. Und die hat mich da echt durchgebracht und die hat im Grunde eine Checkliste aufgestellt und hat gesagt. Hier (name), das musst du abarbeiten, das brauch ich, das brauchen wir für den Kredit, und das brauchen wir für die Versicherungen‘ und das habe ich abgearbeitet und das war super. Und ohne die hätte ich das nie im Leben geschafft. Also, ohne irgendwelche Unterstützung: Never ever. Und so war es aber ganz gut“ (0301)*

Zusammenfassend fanden sich diese Aspekte der Finanzierung und der wirtschaftlichen Fragen gerade in der Anfangszeit der Niederlassung. Unbedeutender wurden diese Themen in den Interviews mit Kolleg:innen, die bereits auf einige Zeit selbstständiger Arbeit zurückblicken konnten. Finanzielle Probleme oder Unsicherheiten wurden in diesem Kollektiv nicht mehr angesprochen.

#### 3.2.4.2 Personalmanagement

Ein weiterer Punkt, der in den Bereich der unternehmerischen Verantwortung fällt, betraf das Personalmanagement. Diesbezüglich bestanden insbesondere zum Zeitpunkt der Niederlassung Unsicherheiten. Die Befragten mussten zumeist erstmalig die Rolle eines Arbeitgebers ausfüllen. Hinsichtlich des Personals wurden einerseits die Verträge mit den Mitarbeiter:innen sowie deren Gehaltszahlungen thematisiert. Diesbezüglich erhielten viele Unterstützung von Steuerberater:innen. Andererseits war ebenso der Punkt der Personalführung mit Ängsten verbunden. Besonders hinsichtlich der Aufgaben, die im Rahmen der neuen Rolle als Arbeitgeber:innen auf sie zukamen, äußerten die Befragten zumeist großen Respekt. Rückblickend hätten sie gerne in ihrer Ausbildung mehr zu dem Aspekt der Personalführung erfahren.

*„Dass das Team auch funktioniert, also. Das ist so ein Punkt, der liegt mir tatsächlich so ein bisschen im Magen, weil, ich mich da einfach überhaupt nicht auskenne, ja.“ (0101)*

### 3.2.4.3 Angst vor Regressen

Die Angst vor drohenden Regressen wurde in den Interviews ebenfalls von einigen Teilnehmenden angesprochen. Regresse wurden sowohl mit Arzneimittelverordnungen als auch Heilmittelverordnungen in Verbindung gebracht. Ein wichtiger Aspekt spielte hierbei die zeitversetzte Prüfung der Verordnungen, sodass vornehmlich am Anfang ohne direkte Rückmeldung ein Gefühl der Unsicherheit entstand. Ein wichtiger Aspekt scheinen hier zudem – speziell vor der eigenen Niederlassung – Erzählungen anderer Kolleg:innen über hohe Forderungen zu sein. Vor diesem Hintergrund verstärken sich die Ängste vor Regressen offensichtlich.

*„Es ist halt immer so ein bisschen diese Sorge, dass zwei Jahre später eine Rechnung kommt über Heilmittelverordnungen, Rezepte, etc. was man ausgestellt hat, was man, warum auch immer, fälschlicherweise ausgestellt hat oder man was übersehen hat. Und dann kommen da zum Teil sehr große Summen zustande ... das was ich bei dem [Facharzt anderes Fachgebiet] erlebt hab, da gings tatsächlich um Heilmittelverordnung in Höhe von über (fünfstellige Summe).“ (0102)*

Demgegenüber wurde die Angst vor Regressen und deren Höhe von den bereits einige Zeit niedergelassenen Kolleg:innen kaum erwähnt. Insgesamt herrscht hier – besonders vor Beginn der Tätigkeit – noch einige Unklarheit, was die Verordnung und Regressforderungen betrifft.

Zusammenfassend wurden unter dem Oberbegriff der unternehmerischen Verantwortung sowohl positive Aspekte wie Autonomie und Gestaltungsfreiheit als auch betriebswirtschaftliche Unkenntnis angeführt. Auch bei diesen Punkten trat bei den Ärzt:innen im Niederlassungsprozess deutlich mehr Unsicherheit auf und die Themen wurden ausführlicher beschrieben. Diese zeitliche Modulierung wurde ferner bei dem Thema Regress deutlich. Bestand bereits Niederlassungserfahrung, wurden zu diesen Themen seltener Anmerkungen gemacht.

### 3.2.5 Praxisführung

Viele Antworten, die sich auf die Frage der Bürokratie im Arbeitsalltag bezogen, betrafen die Führung der Praxis. Darunter fielen naturgemäß viele verschiedene Themengebiete. In der Vielzahl der Antworten dazu ließen sich die Themen Qualitätsmanagement, Hygieneplan, Abrechnung und besonders die Telematikinfrastuktur als äußerst bürokratisch empfundene Punkte definieren. Eine zeitliche Akzentuierung, entlang der

Niederlassungserfahrung, wie sie sich bei den vorhergehenden Ergebnissen fand, war bei diesen Punkten nicht darstellbar.

#### 3.2.5.1 Qualitätsmanagement und Hygieneplan

Die geforderte Implementierung eines Qualitätsmanagements wurde von vielen Befragten als bürokratischer Prozess beschrieben. In den meisten Berichten, die diese Themen aufgriffen, wurden Qualitätsmanagement und Erstellen eines Hygieneplans zusammen genannt. Die Bürokratie bestand aus Sicht der Interviewpartner:innen im Erstellen dieser Dokumente. Insgesamt fanden die Themen jedoch selten Erwähnung.

#### 3.2.5.2 Abrechnung

Das Thema Abrechnung wurde anfangs oftmals unter dem Begriff der Bürokratie aufgeführt, wenn die Interviewpartner:innen um eine Begriffsdefinition gebeten wurden.

*„Für mich gehört zu Bürokratie die komplette Abrechnung.“ (0105)*

Wenn im weiteren Verlauf der Interviews das Thema „Abrechnung“ nochmals aufgegriffen wurde, um den bürokratischen Aspekt genauer zu adressieren, erfolgten keine weiteren Ausführungen, die diese zu Anfang genannte These begründeten.

In der deduktiven Codierung konnte der Code „komplexe Abrechnung“ ebenfalls nicht als eine Niederlassungsbarriere bestätigt werden, welche über die bereits angesprochenen finanziellen und betriebswirtschaftlichen Sorgen- meist zu möglichen Regressforderungen- hinausging. Keine/r der Teilnehmer:innen berichtete über nennenswerte Probleme bei dem Thema Abrechnung. Viele referierten in diesem Zusammenhang über das Kassenärztliche Patenprogramm, durch das die Ärzt:innen beim Thema Abrechnung unterstützt wurden.

Summa summarum wurde das Thema Abrechnung demnach nicht als Niederlassungsbarriere erlebt. Auch hier zeigte sich bei den erfahrenen Kollegen selten eine Problematik. In Bezug auf das Thema Privatabrechnung äußerten sich die Interviewteilnehmer:innen nicht.

*„Das ist Abrechnung ist Abrechnung und das machen wir jedes Quartal. Da finde ich das eher unkompliziert aber ja auch alles digital geht, da muss man nichts mehr ausdrucken oder zählen oder irgendwas. Macht alles der PC. Also das ist super.“ (0301)*

### 3.2.5.3 Telematikinfrastruktur

Sehr häufig und als bürokratisch bezeichnet wurden indessen Prozesse, die mit der Telematikinfrastruktur zusammenhingen. Die diesbezüglich angemerkten Aussagen zeigten ebenfalls keine Varianz in Hinblick auf die jeweilige Niederlassungserfahrung, sondern wurden von beiden Gruppen aufgeführt. Die Digitalisierung betreffend empfanden die Interviewpartner:innen bereits die Implementierung ebendieser als herausfordernd.

*„Diese Telematikinfrastruktur die empfinde ich auch als recht bürokratische dass man auch immer schauen muss was habe ich denn jetzt eigentlich, was brauche ich jetzt noch, wann muss ich denn meine Fristen einhalten, also das sind eigentlich so im Alltag so diese bürokratischen Aspekte die gerade da sind.“ (0304)*

*„Der TI natürlich. Also Telematik, das empfinde ich als sehr Bürokratie lastig im Moment. Weil da einfach unheimlich viel Zeug zu erledigen ist, die ganze Beantragung von SMCB-Karte, Connector, sehe ich auch als Bürokratie im Moment ziemlich massiv.“ (0302)*

Gleichwohl betrafen viele Klagen den laufenden Praxisbetrieb. Am häufigsten wurden Probleme im Zusammenhang mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbestätigung geschildert.

*„Natürlich ist die große Hoffnung durch die Digitalisierung soll alles einfacher werden, bislang ist es eher mehr geworden. Mehr Zeit, die das ganze braucht. Man kann natürlich sagen, Bürokratie hat auch was damit zu tun, wenn ich 20 Sekunden brauche bis die AU versendet ist und dastehe und warten muss und meinen Pin eingebe, wo es ich früher einfach in 5 Sekunden ausgedruckt hatte und unterschrieben.“ (0104)*

Neben diesem zeitlichen Faktor, der in der Summe in dem oft sehr getakteten Praxisalltag durchaus zum Tragen kommt, sorgte das Warten auf EDV-Support für Ärger.

*„Man kann dann ein Ticket beantragen, und wenn man Glück hat kriegt man nach 6 bis 8 Wochen mal eine Rückmeldung ...“ (0101)*

Wobei jedoch auch über gute Unterstützung durch die jeweils betreuende Firma oder auch durch engagierte medizinische Fachangestellte berichtet wurde.

*„Also, wir haben da schon einen sehr, sehr guten Support und ja, bevor das so richtig umgesetzt worden ist waren natürlich die einigen Fallstricke und es funktioniert natürlich mit den Apotheken immer noch nicht so richtig mit den E-Rezepten aber es ist jetzt nicht so, dass wir da dann stundenlang irgendwelche Themen wälzen oder irgendwelche Anträge stellen oder sowas. Das war jetzt eigentlich nie der Fall.“ (0303)*

Bemerkenswert war in vielen Interviews, dass Abläufe in der Praxis oder ursprünglich als bürokratisch empfundene Vorgänge als deutlich einfacher wahrgenommen wurden, sobald sie auf mehrere Personen verteilt wurden.

*„Meine Erstkräfte haben ja schon zu der Abga ... Von Abgeberzeiten haben die schon einen Fachwirt von Sozialwesen gemacht, zwei und die haben wir auch als das angestellt und die machen jetzt auch die Hauptorganisation mit den Damen in der Praxis. Genau und so das restliche haben wir auf uns Teilhaberschultern mehr oder weniger verteilt. Der eine macht mehr Personalwesen, der andere eher finanzielles, der dritte ist dann eher für Fortbildung und Weiterbildung und so weiter zuständig.“ (0303)*

Neben der Telematikinfrastuktur wurden keine bürokratischen Prozesse zu weiteren Praxisabläufen genannt. Auch bei der Telematikinfrastuktur profitierten die Befragten von Aufgabenverteilung innerhalb des Teams oder professionellem Support.

### **3.2.6 Bürokratie im ärztlichen Praxisalltag**

In diesem Abschnitt werden die Punkte dargestellt, die häufig unter dem Schlagwort Bürokratie aufgeführt wurden, aber nicht im direkten Zusammenhang mit der Niederlassung selbst standen oder nicht auf nicht ärztliches Personal delegiert werden konnten. Hier wurden die Aspekte der sozialmedizinischen Anträge, die Codierung von Diagnosen und die ärztliche Dokumentation einbezogen.

#### *3.2.6.1 Sozialmedizinische Anträge*

Ein großer Teil der Antworten auf Fragen zu Bürokratie im Arbeitsalltag betraf das Thema der sozialmedizinischen Anträge. Hierunter verstanden die Ärzt:innen überwiegend Anfragen der Krankenkassen, vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Anträge für Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren, Schwerbehindertenanträge, Atteste für Schulen und Sportvereine sowie Bescheinigungen für die Agentur für Arbeit. Ein Kritikpunkt bestand – analog zu den Anträgen der Kassenärztlichen Vereinigung – in der Papierform. Aus Sicht der Befragten wären digitale Anfragen deutlich einfacher zu beantworten, da die angefragte Dokumentation bereits im Praxissystem digital vorhanden sei.

*„Warum ist das so ein Formular wo man dann mit der Hand reinschmieren muss? Wieso kann man das nicht einfach, einfach online, per digital machen. Zack, zack, zack, trägt die Diagnosen ein, tippt schnell was, kopiert hier eine Anamnese rein und fertig. Das würde viel einfacher gehen.“ (0202)*

Aber auch die Fülle der Anträge von den verschiedenen Leitungserbringern an sich wurde beständig als bürokratisch und zeitintensiv gesehen. Vielfach fiel die Bearbeitung der Anfragen in die Freizeit. Auch wurde von einer Zunahme der Anfragen insgesamt berichtet. Ein weiterer mit den sozialmedizinischen Anfragen verbundener Aspekt betraf zu Beginn der Niederlassung die teilweise mangelnde Kenntnis dieser Formulare. Wenn das Ausfüllen der Anfragen im Rahmen der Weiterbildung unter Supervision erlernt wurde, empfanden dies die Ärzt:innen als große Unterstützung, da es ansonsten als schwierig bezeichnet wurde, sich diese Tätigkeiten fundiert anzueignen. Die Fülle der Anfragen und die Papierform blieben dagegen auch bei längerer Niederlassung als bürokratischer Aspekt erhalten.

### 3.2.6.2 Codierung von Diagnosen, Dokumentation und Verordnung

Ein weiterer nicht delegierbarer und als bürokratisch empfundener Punkt bezog sich auf die Diagnosen-Verschlüsselung sowie die ärztliche Dokumentation im Allgemeinen.

*„Was ich da unter Bürokratie verstehe ist größtenteils die Dokumentation so zu machen, dass sie erstens für jeden weiteren Mediziner verständlich wär, zweitens für jeden Juristen unanfechtbar ist und drittens letztendlich so formuliert ist, dass auch der Patient versteht.“ (0102)*

Diese Themen wurden häufiger von den jüngeren Kolleg:innen aufgegriffen und wiederholt spielte die juristische Absicherung eine wesentliche Rolle.

*„Und das ist natürlich schon das große Problem, dass es oft auch eine sanktionierte Bürokratie ist bei uns. Das ist nicht nur eine Bürokratie, sondern es ist eine sanktionierte Bürokratie, das heißt wenn du es nicht erfüllst, wenn du irgendwelche Verordnungsfehler, sonst irgendwas machst hast du immer das Risiko von einer Sanktionierung die dann hinten dranhängt.“ (0103)*

Diesem Punkt der Dokumentationspflicht wurde allerdings in eher geringerem Ausmaß Relevanz hinsichtlich der Gesamtbewertung der bürokratischen Prozesse zugesprochen. Ebenfalls wurde eingeräumt, dass dies ja in der Klinik tätige Kolleg:innen ebenfalls betreffe und somit kein Niederlassungshemmnis darstelle.

Verordnungen allgemein wurden nicht als eigenständiger bürokratischer Punkt aufgeführt.

Zusammenfassend kam es besonders bei dem Thema Bürokratie im ärztlichen Berufsalltag zur Nennung der sozialmedizinischen Anfragen. Die Punkte der Codierung,

Dokumentation und Verordnung wurden in diesem Rahmen nicht als Niederlassungshemmnisse identifiziert.

### 3.2.7 Subjektive retrospektive Verbesserungswünsche

Jede/r der Teilnehmer:innen wurde nach den Fragen zu den Erfahrungen im Niederlassungsprozess und den Abläufen in der Praxis ebenfalls dazu interviewt, was retrospektiv im Niederlassungsprozess hilfreich oder unterstützend gewesen wäre. An erster Stelle wurden bezüglich dieser Frage Seminare oder Workshops genannt, die die ganze Bandbreite an Themen, welche mit einer Niederlassung einhergehen, beleuchten. Wünschenswert wären Beratungen zu betriebswirtschaftlichen Vorgehensweisen, EDV und Telematikinfrastruktur sowie Personalführung.

In vielen Interviews wurde zudem berichtet, dass diese Form der Unterstützung der sog. „Werkzeugkasten Niederlassung“ vom Bayerischen Hausärzterverband geboten hätte, der von einigen Ärzt:innen in Anspruch genommen wurde. Zu Teilen wurde indes auch kritisiert, dass man für die Absolvierung der kompletten Reihe, die 16 Module umfasst, 24 Monaten benötigen würde und dass dies teilweise schwierig im Vorfeld einer Niederlassung zu bestreiten wären. Als großen Vorteil aber erachteten die Teilnehmer:innen, dass diese Fortbildungsveranstaltung überwiegend von Niedergelassenen gehalten werde, sodass die Erfahrungen dieser unmittelbar erlebt worden seien und an den ärztlichen Nachwuchs weitergegeben werden könnten.

Ebendiesen Aspekt greift der vielfach geäußerte Wunsch nach einem ärztlichen „Niederlassungs-Paten“ auf. Angegeben wurde, dass das Vertrauen in eine Person größer sei, wenn diese bereits selbst niedergelassen war und somit einen besseren Überblick über die notwendigen Prozesse hätte.

*„Einen Mentor zu bekommen, von z.B. der KV oder es könnte ja auch so eine Struktur zum Beispiel geben, dass Niedergelassene Niedergelassenen helfen, also über so eine KV-Börse zum Beispiel für neue Niederlassungen oder zum Beispiel, was ich mir auch vorstellen könnte wäre über die Gesundheitsregion plus, dass man da einfach für Kollegen, die an einer Niederlassung interessiert sind, Beratungsstellen integriert für die Landkreise.“  
(0302)*

Ähnlich dazu wurde die Forderung genannt, die komplexe Thematik der Niederlassung bereits zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt in der Ausbildung anzusprechen, da dies ja meist das angestrebte Ziel der angehenden Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin sei und somit eine bessere Vorbereitung möglich wäre.

Ein weiterer Wunsch waren Checklisten zum Thema Niederlassung, die ebenfalls zu einem sehr frühen Zeitpunkt ausgegeben werden sollten. Damit hätten viele der Befragten das Gefühl gehabt, eine Art Leitfaden durch den gesamten Prozess zu haben.

Die teilweise von der Kassenärztlichen Vereinigung ausgegebenen Infobroschüren empfanden die Teilnehmer:innen als nicht hilfreich, da sie diese zu spät im Zulassungsprozess erhalten hätten.

## 4 Diskussion

### 4.1 Die Rolle der Bürokratie im Niederlassungsprozess

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, Motivatoren und bürokratische Hürden sowohl während des Niederlassungsprozesses als auch bürokratische Aspekte im ärztlichen Berufsalltag zu identifizieren, die als Hemmnisse für eine Niederlassung gesehen werden könnten.

Das gewählte Studiendesign in Form semistrukturierter Interviews bot ausreichend Raum, die vielfältigen Erfahrungen zu explorieren. Durch die Adressierung der Einladung an Fachärzt:innen, die sich im Niederlassungsprozess befanden und zugleich an bereits niedergelassene Kolleg:innen konnten sowohl Teilnehmer:innen gewonnen werden, die sich noch im Niederlassungsprozess befanden, sowie Teilnehmer:innen, die bereits über einige Jahre Niederlassungserfahrung verfügten. So konnten zum einen Faktoren, die den Zulassungsprozess selbst betrafen, entlang einer Zeitachse eingeordnet als auch bürokratische Hemmnisse im ärztlichen Praxisalltag thematisiert werden.

Entgegen bisheriger Ergebnisse von allgemeinen, quantitativen Umfragen ergab diese Untersuchung deutlich weniger Hemmnisse einer Niederlassung aufgrund bürokratischer Aspekte. Zwar wurden einzelne Punkte von Befragten aus der Gruppe, welche sich aktuell im Zulassungsprozess befanden, als bürokratisch bezeichnet. Die geäußerte Kritik betraf hier einzelne Prozesse im Zulassungsverfahren, Faktoren bei einem Praxiseinstieg oder einer Neugründung sowie die damit verbundenen Kassenärztlichen Prozesse. Wirkliche Hemmnisse für eine Niederlassung stellten diese allerdings nicht dar. Außerdem spielten gerade diese Prozesse nach einiger Zeit der Niederlassung kaum noch eine Rolle und wurden retrospektiv auch nicht mehr als Hürden bezeichnet.

Die oftmals als Argument gegen eine Niederlassung vorgetragene übermäßige Bürokratie im ärztlichen Berufsalltag ließ sich in dieser Untersuchung nicht bestätigen. Insgesamt fand sich in der Gruppe der schon länger niedergelassenen Ärzt:innen eine hohe Arbeitszufriedenheit.

Hauptmotivatoren zur Niederlassung waren der Wunsch nach Autonomie, der überdies entlang der Zeitachse weiterhin Bestand hatte, eine niedrigere Hemmschwelle, wenn die Praxis, in welche die Ärzt:innen einsteigen oder welche sie übernehmen wollten, bereits

bekannt war und eine Ortsbindung, besonders wenn hier eine finanzielle oder räumliche Unterstützung geboten wurde.

Ein ebenfalls wichtiges Ergebnis waren die Verbesserungsvorschläge der Ärzt:innen. Besonders in der Gruppe derjenigen, die sich aktuell im Niederlassungsprozess befanden, waren die jeweiligen Schwierigkeiten noch gut abrufbar und können somit in Empfehlungen zur Prozessoptimierung fließen.

## **4.2 Diskussion der Hauptergebnisse**

### **4.2.1 Motivierende Faktoren zur Niederlassung**

In meiner Studie wird der Wunsch nach therapeutischer und wirtschaftlicher Autonomie, der in der Folge auch mit einer Verbesserung der beruflichen und privaten Lebensumstände in Verbindung gebracht wird – sowohl bei Ärzt:innen, die sich in der Niederlassungsphase befanden, als auch bei denen, die bereits mehrere Jahre niedergelassen sind, aufgeführt. Damit deckt sich dieses Ergebnis mit den in der Literatur benannten Motivatoren. Auch Zwierlein et al. [24] fanden in einer Untersuchung an bereits mindestens 2 Jahre niedergelassenen Fachärzt:innen den Wunsch nach Autonomie als starken Anreiz zur Niederlassung. Dort wurden in diesem Zusammenhang Unzufriedenheit in angestellter Tätigkeit, Wunsch nach Selbstständigkeit, freie Gestaltung im Arbeitsalltag sowie freiere Planung der Arbeits- und Urlaubszeiten als Motivatoren identifiziert.

Weitere Untersuchungen, die zu einem früheren Ausbildungszeitpunkt erhoben wurden – wie die eingangs aufgeführte bundesweite Querschnittserhebung unter Ärzt:innen in Weiterbildung –, bestätigen diese Motivatoren [7]. Allerdings galten in dieser und einer weiteren Untersuchung von Barth et al. [9] bei den befragten Ärztinnen in Weiterbildung die „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ als ein weiterer sehr wesentlicher Faktor. In meiner Untersuchung spielte dieser Faktor in den Antworten eine eher untergeordnete Rolle. Wie in der genannten Literatur stellte der Faktor „Autonomie“ auch in meiner Arbeit einen sehr wichtigen Motivator für eine Niederlassung im hausärztlichen Bereich dar und sollte als Anreiz für diese betont werden.

Die Möglichkeit, in eine bestehende Praxis einzusteigen, war in meiner Untersuchung ebenfalls eine stark motivierende Determinante. Hier wurde eine geringere Hürde zur Niederlassung wahrgenommen, besonders wenn ein Teil der ambulanten Weiterbildung in der Praxis absolviert wurde, in welcher auch eine Niederlassung geplant war. Als

niederschwellig wurde eine Niederlassung ebenso empfunden, wenn die Praxisübernahme innerhalb der Familie stattfand.

Die motivierende Option, in ein bestehendes System einzusteigen, fand sich bisher nur in einer Fragebogen-Untersuchung zu dem Thema Landarztmangel an einem gemischten Kollektiv aus Patient:innen, Hausärzt:innen und Medizinstudierenden [23]. Hier gaben überraschenderweise 61 % der 252 befragten Student:innen an, sich bei einem konkreten Praxisangebot auf eine Tätigkeit auf dem Land einzulassen zu können. Auch bei Zwierlein et al. [24] wurde die Besonderheit, eine Praxis innerhalb einer Familie zu übernehmen, als gewichtiges Auswahlkriterium von bereits niedergelassenen Ärzt:innen bezeichnet.

Im Gegensatz zu der vorhandenen Literatur wird in meiner Untersuchung nun erstmals berichtet, dass allein die Tatsache, Praxisstrukturen zu kennen und bestenfalls im Rahmen der Weiterbildung schrittweise mit den verschiedenen Aspekten eines Einstiegs oder einer Übernahme vertraut gemacht worden zu sein, eine sehr wichtige Motivation sein kann. Die oftmals mit Unsicherheit verbundenen Themen der betriebswirtschaftlichen Aspekte und Personalfragen etc. werden in dieser meist 1:1-Ausbildungssituation, wie sie in der ambulanten Weiterbildung auftritt, real erlebt und nicht nur theoretisch besprochen. Ebenso wurde in dieser Situation vor einem Einstieg oder einer Übernahme von einer guten Unterstützung durch den/die Abgeber:in berichtet. Mehrfach wurde in diesem Zusammenhang auch Einblick in die finanziellen Aspekte gewährt, was den Ärzt:innen häufig zusätzlich eine Art Sicherheit vermittelte.

Dabei trifft diese Phase der Unterstützung eines/r ärztlichen Mentor:in auf die Phase der Weiterbildung, in der sich laut Barth et al. [9] die Niederlassungsmotive erst schärfen und somit besonders unterstützend wahrgenommen werden. Äußerst motivierend wurde in meiner Arbeit der zeitnahe Abgabewunsch des/der Ausbilder:in empfunden, da dies als „einmalige Chance“ wahrgenommen wurde. Um diesen Motivator somit zum optimalen Zeitpunkt zu nutzen, wäre eine Anstellungsmöglichkeit junger Fachärzt:innen mit dem Ziel einer späteren Übernahme eine vielversprechende Option.

Die in meinen Interviews gefundene Ortsbindung als motivierender Faktor verwundert vor dem Hintergrund, dass der Großteil der Ärzt:innen planten, sich eher im ländlichen Bereich niederzulassen bzw. bereits eher ländlich niedergelassen waren. Real erlebte Motivatoren waren dabei die Bereitstellung von Praxisräumen, eine finanzielle Förderung sowie familiäre Bindung. Damit deckt sich dieses Ergebnis nur teilweise mit denen

der vorhandenen Literatur. Maenner et al. [26] identifizierten in einem Workshop mit angehenden Hausärzt:innen zwar auch kostenlose Praxisräume als Anreiz sich ländlich niederzulassen. Die an diesen Workshop teilnehmenden Ärzt:innen in Weiterbildung werteten aber außerdem Unterstützung bei der Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeiteinteilung, einen hohen Freizeitwert auf dem Land, Entschleunigung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Anreize für eine Tätigkeit auf dem Land. Möglicherweise wurden diese Argumente in meiner Studie nicht aufgeführt, da sich der Fokus der Interviews nicht so sehr auf die Gründe für eine speziell ländliche Niederlassung richtete.

#### **4.2.2 Bürokratie im Rahmen des Zulassungsverfahrens auf einen ärztlichen Kassensitz**

Als bürokratischer Gesichtspunkt im Rahmen der Niederlassung wurde das Zulassungsverfahren auf einen ärztlichen Kassensitz angesprochen. Dabei waren speziell die Punkte des Ausschreibungsverfahrens, der redundanten Einreichung von Unterlagen, die bereits für den Eintrag ins Arztregister notwendig waren, sowie die teils unkalkulierbaren Wartezeiten auf einen Kassensitz als den Niederlassungsprozess negativ beeinflussende Faktoren genannt worden.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens zunehmend an Bedeutung gewinnt, empfanden die Befragten eine Veröffentlichung der geplanten Abgabe eines Kassenarztsitzes im Bayerischen Staatsanzeiger als veraltet. Häufig war initial nicht klar, wo dieser zu beziehen sei. Es wurde eine digitale und frei zugängliche Veröffentlichung gewünscht.

In Bezug auf die Sitzungstermine des Zulassungsausschusses, die für die Betroffenen wiederholt zu langen Wartezeiten führen, und die redundante Einreichung von Unterlagen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium kürzlich in einem Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen Verbesserungsvorschläge unterbreitet [27].

Ein Reformvorschlag sieht dabei vor, dass künftig bei „gebundenen Entscheidungen“, die die oder der Vorsitzende des Zulassungsausschusses allein entscheiden kann, keine Sitzung mehr notwendig ist. Damit könnte insgesamt eine Verfahrensbeschleunigung für die Anträge auf Zulassung erreicht werden. Ebenso soll künftig die Vorlage von Unterlagen entfallen, die bereits für den Eintrag ins Arztregister notwendig waren. Zusätzlich

sollen keine Nachweise mehr für Tätigkeiten, die im Lebenslauf aufgeführt werden, erbracht werden müssen. Dieser soll in diesem Zuge aufgewertet werden.

Die in meiner Promotionsarbeit gefundenen Ergebnisse, die das Zulassungsverfahren betreffen, sind also teilweise konsistent mit den Vorschlägen der Kassenärztlichen Bundesvertretung und des Bundesgesundheitsministeriums. Der Punkt der Sitzausschreibung wurde noch nicht thematisiert. Der Bayerische Staatsanzeiger ist mittlerweile als E-Paper verfügbar. Weiterhin ist es jedoch notwendig, ein Abonnement abzuschließen. Ein Probeabo für 4 Wochen mit der Notwendigkeit der Kündigung vor Ablauf dieses Zeitraums existiert als kostenfreie Option, die unter den niederlassungswilligen Ärzt:innen besser bekannt gemacht werden sollte.

#### **4.2.3 Anträge von abrechenbaren Leistungen**

Wenn in den Interviews meiner Arbeit eine besonders bürokratisch bezeichnete Hürde beschrieben wurde, betraf diese die vertragsärztliche Genehmigung zur Abrechnung bestimmter Leistungen. Schilderungen dazu nahmen teilweise viel Raum in den Gesprächen ein. Hauptkritikpunkte waren die Papierform und die Tatsache, dass für jede Leistung ein gesonderter Antrag gestellt werden musste. Die in den einzelnen Anträgen erforderlichen Angaben zur/zum Antragsteller:in wiederholten sich dabei und wurden als unnötige Zusatzarbeit empfunden. Ein weiterer Kritikpunkt bestand darin, dass im Rahmen der Facharztprüfung erworbene Kompetenzen erneut nachgewiesen werden mussten.

Auch bei diesem Ergebnis fand sich eine Veränderung der Gewichtung entlang der Zeitachse. Waren die Anträge bekannt oder lagen bereits einige Zeit zurück, wurden die Anträge als weniger bürokratisch oder hinderlich gewertet.

Bereits in dem Niederlassungs-Workshop, der im Bürokratieindex 2019 aufgeführt wurde [12], wurden sowohl die Notwendigkeit der Genehmigung von bereits durch die Facharztprüfung bestätigte Kompetenzen als auch die Forderung thematisiert, für jede Abrechnungsgenehmigung einen gesonderten Antrag stellen zu müssen. Diesbezüglich wurde gefordert, dass die Voraussetzungen zur Erbringung bestimmter Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bereits über einen Informationsaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den jeweiligen Kammern kommuniziert werden

sollten. Zudem wurde erbeten, dass nicht für jede Leistung ein eigener Antrag gestellt werden sollte.

Die in meiner Untersuchung gefundenen Ergebnisse bekräftigen somit die Aussagen des Bürokratieindex. Erweitert werden diese durch die Forderung nach einer digitalen Form der Anträge, die als deutliche Vereinfachung empfunden werden würde.

#### **4.2.4 Juristische Aspekte bei Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft**

Im Jahr 2022 waren fast 39 % der ambulant tätigen Hausärzt:innen in Berufsausübungsgemeinschaften tätig [28]. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung waren 2/3 der Ärzt:innen in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätig oder strebten diese Tätigkeit an.

Zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Gesellschaftervertrag notwendig, in dem der Gesellschaftszweck festgelegt wird – also die gemeinsame Behandlung von Patient:innen. Dieser Vertrag muss dann zur Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft dem Zulassungsausschuss vorgelegt werden.

Die rechtliche Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft wurde in der Phase der Niederlassung als bürokratischer Aspekt wahrgenommen. Lag die Niederlassung länger zurück, wurde der Vertrag nicht mehr als bürokratisch empfunden. Partiiell war anfangs nicht bekannt, dass es zu der Gründung einer BAG eines Vertrags bedarf, was zu zusätzlichem Stresserleben führte.

Will man sich aufseiten der Kassenärztlichen Vertretung Bayerns über die Niederlassungsformen informieren, findet man zum Stand 21.11.2023 zwar Informationen über die Form der Berufsausübungsgemeinschaft. Eine explizite Angabe, dass hierzu ein Vertrag benötigt wird, geht aus dieser Information nicht hervor [29].

Gerade von den Ärzt:innen, die sich im Niederlassungsprozess befanden, wurde ange-regt, dass es hilfreich wäre, über die Notwendigkeit eines Vertrags mittels einer Check-liste zu informieren. Das Arbeiten mit Checklisten, die ursprünglich aus dem Bereich der Flugsicherheit stammen, hat schon länger Eingang in die Medizin gefunden [30]. In die-sem Zusammenhang würde eine Checkliste die Sicherheit geben, wichtige Punkte nicht zu übersehen.

Teilweise wurden auch Vorschläge zu Musterverträgen oder einer rechtlichen Beratung durch die Kassenärztliche Vereinigung selbst geäußert, die die als bürokratisch empfundene Niederlassungshürde abgemildert hätten.

#### **4.2.5 Finanzielle und betriebswirtschaftliche Aspekte**

Ein wichtiger, die Motivation zur Niederlassung positiv beeinflussender Faktor war in meiner Promotionsarbeit die Erwartung des besseren Verdiensts in der Niederlassung im Gegensatz zu einer Angestelltentätigkeit. Diese Erwartungshaltung auf bessere Verdienstmöglichkeiten scheint erst im Laufe der Facharztausbildung zu reifen. In einer Befragung von Student:innen im Praktischen Jahr wurde die Erwartung eines niedrigen Einkommens noch als Hemmnis zu Beginn der Ausbildung aufgeführt [10]. Nach Kennenlernen der ambulanten Tätigkeit traten als Barrieren eher die fehlende betriebswirtschaftliche Kenntnis und die Angst vor bürokratischem Aufwand in den Vordergrund, wohingegen die Aussicht auf bessere Verdienstmöglichkeiten als motivierender Faktor reifte [24]. Die ökonomische und bürokratische Erwartungsunsicherheit vor einer Niederlassung hingegen, bezeichneten Barth et al. [9] weiterhin als Kernanliegen in der Niederlassungsförderung.

Dieser Zwiespalt zwischen höherer Verdiensterwartung und Unsicherheiten bezüglich des realen Verdiensts sowie der anfänglich schwierig kalkulierbaren Kostensituation ist nachvollziehbar. Ist das Gehalt eines/r angestellten Ärztin/Arztes leicht eruiert, gestaltet sich dies bei niedergelassenen Ärzt:innen schwieriger. Eine pauschale Angabe ist meist nicht möglich. Zur wirtschaftlichen Situation einer Praxis tragen Faktoren wie Lage, Region, Sprech- und Praxiszeiten etc. bei.

In einer Erhebung des statistischen Bundesamts lag der durchschnittliche Reinertrag einer allgemeinmedizinischen Praxis bei 252.000 Euro im Jahr 2019 [31]. Aber auch davon müssen noch individuelle Kosten für Altersvorsorge und Krankenkassenbeiträge sowie die Kosten für den Praxiserwerb abgezogen werden. Selbst wenn die/der Praxisabgeber:in Einblick in die finanzielle Situation gewährt, bleiben Unwägbarkeiten bestehen, da es nach Übernahme zu Veränderungen des Patientenstamms kommen kann.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat diese Problematik erkannt und begegnet dieser mit Hilfe der sogenannten Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen [32]. Hierbei ist diese die Betreiberin der Praxis und die/der Ärztin/Arzt werden zunächst

angestellt. Nach einer Einarbeitungszeit besteht die Möglichkeit der Übernahme. Seit Juni 2022 sind eine dermatologische Praxis in Marktredwitz und seit Januar 2023 eine allgemeinmedizinische Praxis in Ering in Betrieb [33]. Ist aufgrund eines fehlenden Vorgesängers keine wie voranstehend aufgeführte Unterstützung möglich, wäre dies - wie die Ergebnisse meiner Arbeit aufzeigen - eine weitere Möglichkeit, finanzielle und betriebswirtschaftliche Ängste abzubauen und Anreize für eine Niederlassung zu schaffen.

Die von mir interviewten Ärzt:innen profitierten zudem gerade vor einer Niederlassung von beratender Unterstützung hinsichtlich finanzieller Themen durch Vorbereitungsseminare wie den bereits erwähnten „Werkzeugkasten“ oder Finanzberater:innen sowie Steuerberater:innen.

#### **4.2.6 Personalmanagement**

In meiner Befragung wurde überdies der gesamte Bereich der Personalführung von den noch nicht niedergelassenen Ärzt:innen als bürokratisches Hemmnis aufgeführt. Diese als bürokratisch bezeichneten Aufgaben einer/s Arbeitgeber:in wurde bei der bereits niedergelassenen Gruppe nicht mehr aufgeführt. Das spricht dafür, dass auch diese anfänglichen Bedenken im Verlauf der Niederlassung nicht bestehen bleiben.

Unsicherheiten, die die anstehende Arbeitgeberrolle und deren Erlernbarkeit betreffen, ergaben sich ebenfalls bei Winzer et al. [34]. Diesbezüglich äußerten sich dort besonders diejenigen Ärzt:innen positiv, die ihre Weiterbildung in einer Einzelpraxis absolvierten. Betrachtete man alle Ärzt:innen in Weiterbildung in dieser Untersuchung, waren ca. 40 %, überzeugt, diesen Aspekt lernen zu können, 45 % empfanden die Aneignung dieser Rolle dagegen als schwerer erreichbar. Ein möglicher Effekt wurde in der genannten Arbeit einer Ausbildung in einer Einzelpraxis zugeschrieben, da dort die Arbeitgeberrolle unmittelbar in einer 1:1-Ausbildungssituation erlebt werden kann. Diese Aussagen decken sich mit den Ergebnissen meiner Befragung. Ein wirkliches bürokratisches Hemmnis stellt das Thema der Personalführung sicher nicht dar. Von einer Heranführung an die Rolle des Arbeitgebers würden Ärzt:innen in Weiterbildung oder Fachärzt:innen mit Niederlassungswunsch profitieren. Es sollten also auch diese Aufgaben im Rahmen der Weiterbildung und/oder auch in Form begleitender Seminare thematisiert werden.

#### 4.2.7 Regressangst

Befürchtungen, Fehler bei Arznei- oder Heilmittelverordnungen zu begehen und damit hohen Regressforderungen ausgesetzt zu sein, finden sich in meiner Untersuchung bei den noch nicht niedergelassen tätigen Ärzt:innen. Diese Angst vor Regressen bestätigen auch zwei vorangegangene Untersuchungen, in welchen diese als negativer Faktor identifiziert wurde, der einer Niederlassung entgegenstehen könnte. [21], [24].

Dagegen waren diese Befürchtungen in meiner Untersuchung nicht mehr zu finden, wenn die Befragten bereits über Niederlassungserfahrung verfügten. Auch im Rückblick haben sie die Entscheidung zur Niederlassung nicht beeinträchtigt.

Dabei ist die Entstehung der verbreiteten Sorge vor Regressen empirisch kaum nachvollziehbar [35]. Weniger als 1 % der Praxen waren durch Entschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und „Beratung vor Regress“ von Wirtschaftlichkeitsprüfungen – laut Zahlen, welche der Bundesregierung aus dem Verordnungszeitraum 2007 von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegen – betroffen [36]. Eine vollständige Statistik zu aktuellen Regresszahlungen ist nicht verfügbar. Dieser Umstand ist dadurch zu erklären, dass seit 2017 aufgrund des GKV Versorgungsstärkungsgesetzes die Verantwortung und Überwachung der Wirtschaftlichkeit den Vertragspartnern der Selbstverwaltung auf Landesebene obliegen [37], die ihre erhobenen Daten nicht einheitlich veröffentlichen müssen.

Obwohl keine genauen Zahlen über tatsächliche Regresse existieren, führten die neuen Rahmenvorgaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Fall eines Heilmittel- oder Arzneimittelregresses dazu, dass nicht mehr die gesamten Kosten der Verordnung zu zahlen sind, sondern allein der Mehrpreis, also die Differenz zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Leistung. Eine weitere Regelung, die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes in Kraft getreten ist, besteht in der Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von 4 auf 2 Jahre. Von Relevanz ist gleichfalls die Prüfmaßnahme „Beratung vor Regress“ aus dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012. Diese führt nach einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um 25 %, das durch Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen vor Ort vereinbart wird, um eine genauere Situation der Vertragsärzt:innen abzubilden, zunächst zu einer individuellen Beratung und erst bei weiterer Überschreitung zu einem Erstattungsbetrag. Aufgrund dieser Änderungen werden von einigen

Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese Informationen veröffentlichen, deutliche Rückgänge der Regresse selbst und auch deren Höhe angeben. [38]

Es handelt sich vor diesem Hintergrund eher um einen Mythos, der möglicherweise deshalb bestehen bleibt, da ein Regress das private Vermögen einer Ärztin oder eines Arztes betrifft. Und damit als größerer Eingriff sowie als mögliche Lohnreduzierungen empfunden wird.

Mehr Informationen zu Zahl und Höhe tatsächlicher Regresse bereits im Rahmen der Weiterbildung könnten dazu beitragen, diese weit verbreitete auch teilweise in meiner Untersuchung aufgeführten Sorge, die sich anhand veröffentlichter Zahlen kaum empirisch bestätigen lässt, zu entkräften.

#### **4.2.8 Telematikinfrastuktur**

Die Telematikinfrastuktur wurde in meiner Arbeit besonders von den Ärzt:innen in der Niederlassung als Bürokratie bezeichnet.

Es handelt sich bei dieser Technik um eine Art „Datenautobahn“ im Gesundheitswesen, die eine schnelle und sichere Kommunikation zwischen Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Krankenhäusern und anderen Beteiligten ermöglichen soll. Um dieses System nutzen zu können, sind verschiedene technische Komponenten und Dienste notwendig. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick der notwendigen Ausstattung eine bessere Einordnung der Ergebnisse dieser Untersuchung ermöglichen. Zur Grundausstattung gehören stationäre E-Health-Kartenterminals, welche die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte sowie des elektronischen Heilberufsausweises gewährleisten. Dazugehörig sind Aufsätze für Kartenterminals zur Vermeidung von Problemen, welche durch die elektrostatische Aufladung der neueren elektronischen Gesundheitskarten entstehen. Weiterhin sind mobile Kartenterminals notwendig, um bestimmte Leistungen auch außerhalb der Praxis durchführen zu können. Zur Registrierung als medizinische Einrichtung, damit der Konnektor Verbindung zur TI aufbauen kann, wird ein Praxisausweis (SMC-B) benötigt. Neben Anschaffung dieser Komponenten muss eine Anpassung des Praxisverwaltungssystems erfolgen um Verbindung zur TI zu ermöglichen. Abschließend benötigen die Praxen noch einen VPN-Zugangsdienst, ähnlich einem Internetprovider und einen Internetzugang [39].

In meiner Befragung empfanden die Ärzt:innen bereits die Implementierung der notwendigen technischen Voraussetzungen vielfach als bürokratisch. Vor dem Hintergrund der notwendigen und meist nicht bekannten Komponenten, die zur Teilnahme an der Telematikinfrastruktur nötig sind, ist dies nachvollziehbar.

Ähnliche Ergebnisse zeigte das PraxisBarometer „Digitalisierung 2021“ [40]. Dort berichteten fast zwei Drittel der befragten Praxen über Digitalisierungshemmnisse. Primär waren in dieser Hinsicht der Umstellungsaufwand, das ungünstige Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Fehleranfälligkeit der EDV-Systeme relevant. Diese Aussagen decken sich mit den Ergebnissen meiner Arbeit.

Gerade da die Implementierung, wie die Auflistung der notwendigen Grundkomponenten zeigt, relativ umfangreich ist, könnte diese allein durch die Tatsache, dass sie medizinfremd ist, als bürokratisch empfunden werden. Dies wurde ebenfalls in den weiteren bisherigen Ergebnissen deutlich, bei welchen medizinfremde Tätigkeiten häufiger als bürokratische Hemmnisse eingeordnet wurden.

Eine weitere Übereinstimmung meiner Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur findet sich bei den Problemen, welche im Zusammenhang mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführt wurden. Der Bürokratieindex 2022 [41] ermittelte sogar einen um 90 Sekunden verlängerten Zeitaufwand, was in einem zusätzlichen Bürokratieaufwand von 1,25 Millionen Stunden, auf alle Praxen in Deutschland gerechnet, resultierte. Ebenfalls waren in dem Bürokratieindex die Fehler beim Versendeprozess und deren Behebung von Relevanz. Thematisiert wurde überdies ein großer zeitlicher Aufwand für die Kontaktaufnahme mit dem EDV-Dienstleister. Diese Punkte decken sich mit den Aussagen in den Interviews. Allerdings nannte keine/r der Befragten die Telematikinfrastruktur als echtes Niederlassungshemmnis. Vermutlich aufgrund der Fachfremdheit und des zusätzlichen Zeitaufwands wurde sie allerdings als Bürokratieaufwand empfunden. Künftige Optimierung und Weiterentwicklung der Digitalisierung sollten Vereinfachungen im ärztlichen Arbeitsalltag zum Ziel haben, um damit unnötige Bürokratie zu verringern.

#### 4.2.9 Sozialmedizinische Anfragen

Ein großer Anteil der bürokratischen Belastungen im Arbeitsalltag wurde in meiner Arbeit der Beantwortung der sozialmedizinischen Anfragen zugeordnet. Dabei waren die Hauptkritikpunkte die Fülle der Anträge, die nach den Antworten in den Interviews aktuell deutlich zunahmen, sowie die immer noch papiergebundene Form. Die mangelnde Kenntnis hinsichtlich der verschiedenen Formulare verursachte in der Gruppe der noch nicht oder erst kürzlich niedergelassenen Ärzt:innen ein zusätzliches bürokratisches Hemmnis im Arbeitsalltag.

Bei den Ärzt:innen mit Niederlassungserfahrung waren hingegen nur noch die Papierform und die Fülle der Anträge Kritikpunkte. Als Niederlassungshemmnis stellte sich das Abarbeiten der Anträge nicht heraus.

Vollständige Statistiken zur Zahl der verschiedenen einzelnen Anträge sind nicht verfügbar. Laut meiner Befragung nahmen besonders die Anträge auf Anerkennung einer Schwerbehinderung in der Häufigkeit zu.

In den Medien werden bestimmte Vorteile, die man im Rahmen der Anerkennung einer Schwerbehinderung erhalten kann, beworben. Meist werden der besondere Kündigungsschutz, steuerliche Vorteile sowie 5 Tage Zusatzurlaub besonders hervorgehoben. Das könnte Anreize bieten, eine Anerkennung zu beantragen [42],[43].

Zum Jahresende 2021 waren in Deutschland 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen registriert [44]. Laut Statistischem Bundesamt waren das ca. 100.000 Menschen weniger als im Vorjahr. Dieser Rückgang beruhte zwar auf einer Bereinigung von Verwaltungsdaten in Niedersachsen. Es war aber zumindest scheinbar keine bemerkenswerte Zunahme in den Anerkennungen der Schwerbehinderung zu verzeichnen.

Leider fehlen veröffentlichte Daten zur Anzahl der abgelehnten Schwerbehindertenanträge, um den Verdacht zu bestätigen, dass sich die erhöhte Antragsfrequenz in den Hausarztpraxen nicht in der Zahl der Anerkennungen niederschlägt. Das lässt vermuten, dass viele der Anträge abgelehnt werden und somit unnötige Bürokratie verursachen.

Wie beschrieben, veröffentlichte der Nationale Normenkontrollrat 2015 als Ergebnis der vorausgehenden Untersuchung zum Bürokratieaufwand, dass im Schnitt jede Praxis ca. 100 Arbeitstage/Jahr mit der Erfüllung von Informationspflichten beschäftigt ist. Das entspricht einem finanziellen Aufwand von 4,33 Milliarden Euro jährlich [45]. Dabei entstanden 30 % der Kosten durch Informationspflichten, die der Gruppe „Verordnungen und

Bescheinigungen“ zuzurechnen sind und 24 % des Aufwands gehen mit Informationspflichten einher, die zur Gruppe „Auskünfte an Kostenträger“ gezählt werden. Zu diesen Gruppen werden ebenso die in den Interviews als „sozialmedizinische“ bezeichneten Anfragen gezählt. Das zeigt also, dass die in den Interviews als bürokratisch gewerteten Sozialmedizinischen Anfragen auch einen erheblichen Kostenfaktor im Gesundheitswesen konstituieren.

In dem gemeinsamen Positionspapier wurden 2015 zahlreiche Vereinfachungsvorschläge mit zum Teil IT-basierten Formularen genannt.

Zwei Jahre später berichtete der Nationale Normenkontrollrat in seinem Positionspapier über den Fortschritt des Vorhabens der Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen [11], dass die Verbesserungen der Formulare „Bescheinigung zur Erreichung der Belastungsgrenze“, die Rehabilitationsverordnung, die Blankoformularbedruckung sowie die Ausfüllhilfe gut vorangeschritten seien. Weitere Verbesserungen sollten hinsichtlich der Digitalisierung angestrebt werden.

Die Ergebnisse meiner qualitativen Studie decken sich also gut mit den Empfehlungen, die der Nationale Normenkontrollrat, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und dem Gemeinsamen Bundesausschuss für Bürokratieabbau erarbeitet haben.

Aktuell existiert, gerade was die Sozialmedizinischen Anfragen betrifft, allerdings noch Verbesserungsbedarf. Besonders betont wird in meinen Ergebnissen die Forderung nach digitalen Lösungen.

#### **4.2.10 Codierung von Diagnosen, Dokumentation und Abrechnung**

Weder für bürokratische Barrieren in Bezug auf eine Niederlassung noch bürokratischen Aufwand in der niedergelassenen Tätigkeit stehen die ärztliche Dokumentation oder die Codierung von Diagnosen. Diese Aufgaben waren akzeptierte ärztliche Aufgaben.

Auch das Thema der Abrechnung war in dieser Untersuchung kein bürokratisches Hemmnis. Somit deckt sich mein Ergebnis nicht mit den Aussagen, welche im Bürokratieindex 2020 [41] zu finden sind. Hier wird die Dokumentation der Abrechnungsziffern von vielen Befragten als sehr aufwendig wahrgenommen. In meiner Untersuchung

gaben die meisten der Befragten dazu an, am Anfang der Niederlassung eine gute Unterstützung durch die Kassenärztliche Vereinigung erhalten zu haben. Dies könnte eine Erklärung für diese Differenz darstellen.

Diese in meiner Untersuchung als positiv gewertete Unterstützung durch die Patenprogramme der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen wurde auch im Bürokratieindex 2019 hervorgehoben, in dem die Ergebnisse der bereits genannten Workshops mit niedergelassenen Ärzt:innen dargelegt wurden [12]. Die Komplexität der vertragsärztlichen Abrechnung wurde dort allerdings ebenfalls als negativer Faktor in der Niederlassung benannt. Es wurden in diesem Rahmen auch die teilweise als zu niedrig empfundenen Abschlagszahlungen am Anfang der Tätigkeit kritisiert. Der Aspekt der Abschlagszahlungen wurde in den Interviews meiner Studie nicht hinsichtlich der Höhe kritisiert. Es war eher die anfängliche Unwissenheit, dass sich diese nach der Fallzahl der Patient:innen und nicht nach der Fallzahl der/s Vorgänger:in richtete.

Es zeigt sich hier also eine Differenz in den Aussagen meiner Untersuchung und der Literatur. Eine Gemeinsamkeit, die gleichzeitig auch Ursache für die unterschiedlichen Sichtweisen sein könnte, besteht in der positiv bewerteten Unterstützung im Rahmen von Patenprogrammen der Kassenärztlichen Vereinigung. Möglicherweise fällt diese Anfangsunterstützung durch die jeweiligen Pat:innen der Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich aus, sodass es zu diesen differierenden Aussagen kommt.

Die Patenprogramme, die eine sehr gute Einführung in das Thema der Abrechnung darstellen, sollten unbedingt weiterhin fester Bestandteil des Niederlassungsprozesses bleiben oder gegebenenfalls weiter ausgebaut werden.

#### **4.2.11 Subjektive Verbesserungswünsche**

Sehr wertvolle Ergebnisse meiner Studie bildeten die Aussagen zu möglichen Verbesserungsvorschlägen für den Niederlassungsprozess. Gerade die Ärzt:innen, die den Niederlassungsprozess aktuell durchlebten oder gerade erst niedergelassen waren, konnten berichten, was ihnen den Prozess erleichtert hätte. Das ist gerade vor dem Hintergrund wichtig, dass ein Großteil der empfundenen Bürokratie – wie diese Studie zeigt – oft aus dem Gefühl der Überforderung oder der fehlenden Fachkenntnis entstehen kann.

Damit wurden sehr häufig Themen als bürokratische Hemmnisse bezeichnet, zu denen gleichzeitig mehr Information in Form von Workshops oder Seminaren gewünscht

wurde. Aufzuführen sind Anliegen wie Beratungen zu betriebswirtschaftlichen Themen, EDV und Telematikinfrastruktur oder Personalführung. Ein den Befragten wichtiges Anliegen dabei war die zeitliche Realisierbarkeit. Optimalerweise sollten die Informationen die Ärzt:innen bereits während der Weiterbildung erreichen. Auch die gewünschten, möglichst umfangreichen Checklisten, die den komplexen Zulassungsprozess strukturieren könnten, sollten zu einem frühen Zeitpunkt frei zugänglich gemacht werden. Die oftmals empfundene Bürokratie könnte durch bessere Vorbereitung und Information reduziert werden.

Eine weitere Verbesserungsforderung bestand in sog. Patenprogrammen durch niedergelassene Kolleg:innen. Zwar wurden die Patenprogramme der Kassenärztlichen Vereinigung überwiegend gut bewertet. Eine Unterstützung des Prozesses durch eine Person, die den Prozess selbst erlebt hat, war dennoch häufig gewünscht.

Zu den genannten Verbesserungswünschen sind bereits einige Formate verfügbar. Übersichtlich zusammengefasst sind diese Informationsangebote bspw. im „Leitfaden für künftige Hausärzte“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns [46]. Hier sind auch Mentorenprogramme und beispielweise die Seminartage Weiterbildung Allgemeinmedizin (SemiWAM) aufgeführt, die die geforderte Unterstützung erfüllen könnten.

Es bestehen also zusammenfassend gute Informations- und Vorbereitungsmöglichkeiten. Eine Erklärung für das in den Interviews genannte Gefühl, nicht ausreichend für eine selbstständige Tätigkeit vorbereitet zu sein, könnte deshalb in manchen Fällen an dem späten Zeitpunkt liegen, an dem die Niederlassungswilligen an diese Informationen gelangen. Hier wäre eine frühe Verzahnung im Rahmen der Weiterbildung hilfreich.

### **4.3 Limitationen**

Die Einschränkungen meiner Untersuchung sind durch die Wahl des qualitativen Studiendesigns bedingt. Qualitative Forschung fokussiert auf persönlich erlebten Erfahrungen, aus denen über das Sample hinweg Muster abgeleitet werden können, was zu einer hohen inhaltlichen Wertigkeit der Aussagen führte.

Um der in der Auswertung qualitativer Studien häufig kritisierten Subjektivität in der Wichtung der einzelnen Codes zu begegnen, erfolgte die Codierung in zwei Teams unterschiedlicher Fachrichtungen in wie eingangs beschrieben gegenläufigen Prozessen. Dabei ermöglichten die unterschiedlichen beruflichen Hintergründe zusätzliche eine

Auswertung der Daten aus verschiedenen Perspektiven. Dergestalt konnte in der anschließenden Zusammenführung der Codes einer unterschiedlichen Interpretierbarkeit der Aussagen begegnet werden.

Ein möglicher Selektionsbias könnte in der Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen bestehen. Da es sich nicht um eine Zufallsstichprobe handelte, wäre es möglich, dass allein besonders motivierte und gut vernetzte Ärzt:innen an der Studie teilnahmen. Zudem wäre es möglich, dass die Antworten unbewusst durch die in Medien und Politik häufig thematisierte Bürokratie beeinflusst wurden. Um dem zu begegnen wurde zu Beginn der Interviews das eigene Bürokratieverständnis erfragt.

#### **4.4 Zusammenfassung der Empfehlungen zum Abbau bürokratischer Hemmnisse im Rahmen des Niederlassungsprozesses**

Ziel meiner Studie war es, Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten zu können, die zum Abbau bürokratischer Hemmnisse im Niederlassungsprozesses beitragen können. Durch den Abbau der Hürden und gleichzeitig die Stärkung motivierender Faktoren könnten sich künftig mehr Allgemeinmediziner:innen für eine Niederlassung entscheiden. Auch wenn sich viele der als bürokratischen vermuteten Hürden nicht als wirkliche Niederlassungshemmnisse identifizieren ließen, könnten die im Folgenden genannten Schlussfolgerungen die zur Niederlassung notwendigen Prozesse optimieren:

Ziel der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin ist es, für eine ambulante Tätigkeit gut ausgebildet zu sein. Diese sollte nicht ausschließlich nur medizinisches Wissen vermitteln. In den Weiterbildungsinhalten sollten deshalb auch die verschiedenen Niederlassungsformen sowie die unternehmerische Seite der Selbständigkeit aufgegriffen werden. Diese Inhalte wären im Rahmen verschiedener Vorbereitungs-Seminare während der Facharztausbildung zeitlich gut platziert. So könnten diese Themen repetitiv in die Ausbildung mit einfließen, sodass den häufig berichteten Unsicherheiten zu einem frühen Zeitpunkt begegnet werden könnte. Um dem vielfach geäußerten Wunsch zu entsprechen, mehr Skills zur Personalführung vermittelt zu bekommen, könnten auch hier eigens dazu veranstalteten Fortbildungen angeboten werden.

Auch Information über Wirtschaftlichkeitsprüfungen und mögliche Regressforderungen sollten im Rahmen der Weiterbildung Raum finden, um Anekdoten über Forderungen

und deren finanziellen Ausmaße entgegenzuwirken. Mehr Transparenz wäre in diesem Punkt sehr wichtig. Hier könnte man sich Veröffentlichungen zu Jahresstatistiken vorstellen. Außerdem wäre es wichtig die Höhe möglicher Rückforderungen nach Wirtschaftlichkeitsprüfungen ins rechte Licht zu setzen. Damit könnte dem „Mythos Regressforderung“ effektiv entgegengewirkt werden.

Im Rahmen des Digitalisierungsfortschritts sollten auch künftig sozialmedizinische Anfragen in diesen Prozess eingebunden werden. Effektive EDV- Lösungen mit entsprechendem Support sollte den Praxen aus diesem Grund durch die zuständigen Institutionen implementiert und bereitgestellt werden. Denkbar wäre beispielweise die Möglichkeit einer einfachen digitalen Diagnosenübernahme oder auch die Möglichkeit eines digitalen Versendeprozesses. Weiter sollten auch betreuende EDV-Firmen und Hardwarehersteller an bestimmte Standards gebunden werden. Damit wäre für die Praxen eine einfachere Möglichkeit gegeben, die verschiedenen Anbieter zu vergleichen. Ein prompterer EDV-Support könnte damit einen Wettbewerbsvorteil darstellen, von welchem die Nutzer:innen profitieren würden.

Um Ärzt:innen für das Fach Allgemeinmedizin und eine spätere Niederlassung zu gewinnen, ist die Betonung der positiven Faktoren unerlässlich. Diese finden sich hauptsächlich in der beruflichen Autonomie, in der Verbesserung der Lebensumstände und in der finanziellen Förderung bei Niederlassung im ländlichen Bereich. Dabei wäre es wichtig, diese Motivatoren schon früh in der medizinischen Ausbildung zu platzieren. Beispielsweise in Vorlesungen im Fach Allgemeinmedizin oder vor Beginn des Praktischen Jahres. Eine hohe Glaubwürdigkeit vermitteln ebenfalls Aussagen von niedergelassenen ärztlichen Kolleg:innen. Denkbar wären dazu eventuell Berichte über Hausärzt:innen und deren individuellen Weg zur Niederlassung. Diese Reporte könnten auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen oder auf weiteren digitalen Kommunikationsnetzwerken ihren Platz finden.

Speziell an die Zulassungsausschüsse und die Ärztekammern adressiert, wäre die Forderung nach einer raschen Umsetzung der Reformvorschläge zur Beschleunigung des Zulassungsprozesses sowie mehr Transparenz bezüglich der ausgeschriebenen Kassensitze wichtig. Damit könnte die Planbarkeit einer Niederlassung erheblich verbessert werden. Von einer intensiveren Vernetzung der Ärztekammer und des Zulassungsausschusses würden die niederlassungswilligen Ärzt:innen profitieren.

Die Kassenärztliche Vereinigung könnte mit der Vereinfachung und Digitalisierung der Genehmigungsanträge auf abrechenbare Leistungen einen erheblichen Beitrag zum Bürokratieabbau im Niederlassungsverfahren leisten. Diese vermutlich eher leichter umzusetzende Forderung würde das Bürokratieempfinden im Rahmen des Zulassungsausschusses enorm vermindern und gleichzeitig einen weiteren positiven Schritt im Rahmen der Digitalisierung darstellen.

Eine Praxis und deren täglichen Ablauf mit den meist vielseitigen ärztlichen administrativen Aufgaben bereits im Vorfeld einer Übernahme kennenzulernen, würde etwaig bestehende Ängste und Unsicherheiten abbauen. So wäre eine vorherige Anstellung bei einem abgabewilligen Hausarzt:in vor Übernahme einer Praxis eine Möglichkeit, dies zu realisieren. Vergleichbar dazu ist die Anstellung der/des Ärztin/Arztes in einer Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung mit Möglichkeit der Übernahme der Praxis nach einem gewissen Zeitraum. Diese Form der Niederlassung sollte gefördert werden, damit sich mehr Allgemeinmediziner:innen den Weg in die eigene Praxis trauen.

## 5 Zusammenfassung

Die drohende hausärztliche heimatnahe Unterversorgung stellt trotz zahlreicher Förderprogramme weiterhin ein gesellschaftliches Problem dar. Offensichtliche Gründe für den Mangel an Hausärzt:innen sind in der Altersstruktur der derzeit tätigen Ärzt:innen und in einer veränderten Anforderungen an das Arbeitsfeld der nachfolgenden Generation von Ärzt:innen zu finden. In bisherigen Untersuchungen an Ärzt:innen in Weiterbildung konnten neben motivierenden Faktoren auch Barrieren für eine spätere Niederlassung eruiert werden. Neben der mit einer Selbstständigkeit einhergehenden unternehmerischen Verantwortung stellte auch die damit assoziierte Bürokratie ein erhebliches Niederlassungshemmnis dar.

Ziel dieser Untersuchung war eine intensivere Betrachtung der fördernden und hemmenden Faktoren für eine Niederlassung mit dem Fokus auf bürokratische Aspekte. Ein tieferer Einblick in das Bürokratieverständnis sollte Handlungsempfehlungen zur Prozessoptimierung ermöglichen. Für das Studiendesign wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. So wurden in semistrukturierten Interviews sowohl Ärzt:innen, die kurz vor einer Niederlassung standen bzw. sich kürzlich niedergelassen hatten, als auch Ärzt:innen, welche bereits über eine längere Niederlassungserfahrung (bis zu 5 Jahren) verfügten, befragt. Ausgewertet wurden n=18 nach Durchführung transkribierte Interviews anhand der thematic analysis.

Entgegen bisheriger Ergebnisse aus vorangegangenen quantitativen Untersuchungen ließen sich in dieser Studie deutlich weniger bürokratische Hemmnisse im Rahmen eines Niederlassungsvorhabens identifizieren. Auch konnte eine Änderung in der Wahrnehmung der bürokratischen Prozesse sowohl entlang der Zeitachse der Niederlassungserfahrung als auch im Arbeitsalltag der Ärzt:innen dargestellt werden. Durch die Möglichkeit der Bewertung der Ergebnisse über einen gewissen Zeitraum ließen sich auch Aussagen zur Beständigkeit der Hauptmotivatoren einer Niederlassung generieren.

Zusammenfassend konnten durch diese genauere Exploration der motivierenden und hemmenden Faktoren unmittelbare Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, welche dazu beitragen können, den Prozess einer Niederlassung im hausärztlichen Bereich zu optimieren. So könnten einige der Themen, die häufig Unsicherheiten in Bezug auf eine Niederlassung auslösen, schon zu einem frühen Zeitpunkt in der Weiterbildung oder

speziellen Fortbildungsformaten aufgegriffen werden. Dies kann bestenfalls einen Beitrag dazu leisten, mögliche Niederlassungsbarrieren abzubauen. Auch die sogenannte Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung bietet den Ärzt:innen mit dem Wunsch nach Selbstständigkeit eine interessante Option, sich schrittweise mit den Besonderheiten einer Niederlassung vertraut zu machen. Nicht zuletzt ermöglicht ein Fortschreiten und Ausbau der Digitalisierung im Rahmen der Niederlassung Potential zur Prozessoptimierung.

## 6 Summary

The impending shortage of General Practitioners (GPs), especially in rural areas, continues to be a social challenge despite numerous support programs implemented to address this issue. Obvious reasons for the shortage of GPs are the age structure of currently practising doctors and the changing expectation towards the field of work by the incoming generation of medical doctors. Previous studies conducted with doctors undertaking further specialty training regarding setting up a medical practice have identified motivational factors as well as obstacles. In addition to the entrepreneurial responsibility associated with self-employment, the bureaucracy involved in setting up a business also represented a substantial impediment.

The aim of this study was to take look at factors that promote and hinder the wish of setting up a GP surgery, focusing on role of bureaucracy. A better understanding of the bureaucratic aspects involved is thought to improve the management of processes. We chose a qualitative approach for this study. We conducted semi-structured interviews with medical doctors consisting of three groups. The first group consists of doctors, who are in the process of setting up a practice, the second of doctors who have set up a practice in the last two years and the third, with doctors with up to five years' experience of running a practice. I used thematic analysis to analyse the n=18 transcribed interviews.

Contrary to findings from previous quantitative studies, this study identified fewer bureaucratic obstacles during the process of setting up a practice. A change in the perception of bureaucratic processes could also be shown both with growing experience of running a surgery as well as in the daily routine of being a practising doctor. The opportunity of evaluating the results over a period of time also made it possible to draw conclusions regarding the consistency of the main motivators for setting up a GP practice. In summary, this in depth exploration of motivating and inhibiting factors made it possible to develop immediate recommendations for action, which can help optimise the process of setting up a GP practice. For example, business related topics around setting up a surgery, which often cause uncertainty, could be addressed at an early stage in specialty training or in special training formats. At best, this can help reduce possible obstacles to setting up a practice. The so-called "in-house set-up" of the Association of Statutory Health Insurance Physicians ("Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung") also

offers doctors, who wish to become self-employed, an interesting option to gradually familiarise themselves with the special features of setting up a practice. Last but not least, the progression and expansion of digitalisation within a practice further enables the potential for process optimisation.

## 7 Literaturverzeichnis

- [1] aertzteblatt.de, „Bayern: Zahl der Ärzte auf Rekordhoch, Kammer warnt vor Mangel“, *aertzteblatt.de*, Feb. 2023, Zugegriffen: 28. Januar 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.aertzteblatt.de/nachrichten/140397/Bayern-Zahl-der-Aerzte-auf-Rekordhoch-Kammer-warnt-vor-Mangel>
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, „Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung“, 28. Januar 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Kuenftige/Niederlassung/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplanung-Uebersicht-Unterversorgung-in-Bayern.pdf>
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, „Versorgungsatlas der Hausärzte- Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern“. Zugegriffen: 18. Juni 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Ueber-uns/Versorgungsforschung/Versorgungsatlas/KVB-Versorgungsatlas-Hausaerzte.pdf>
- [4] Nolting, HD, Ochmann, R. und Zich, K. „Gesundheitszentren für Deutschland 2021“, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, Mai 2021. Zugegriffen: 20. Juni 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie\\_Primaerversorgung\\_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf)
- [5] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021a), „Gesundheitsdatenportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“. Zugegriffen: 12. April 2023. [Online]. Verfügbar unter: [www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php](http://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php)
- [6] Infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft, „Ärzte-Monitor 2018 (vierte Befragung nach 2012, 2014 und 2016)“, 2018. Zugegriffen: 10. September 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/infas\\_TabBand\\_Aerztemonitor2018\\_Aerzte\\_20180615.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf)
- [7] Roos, M., Blauth, E., Steinhäuser, J., Ledig, T., Joos, S. und Peters-Klimm F., „Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung“, *Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen*, Nr. 105, S. 81–88, 2011, doi: 10.1016/j.zefq.2010.11.007.
- [8] Steinhäuser, J., Annan, N., Roos, M., Szecsenyi, J. und Joos, S., „Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmztmangel auf dem Land- Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung“, *Dtsch Med Wochenschr*, Nr. 136, S. 1715–1719, 2011, doi: 10.1055/s-0031-1272576.
- [9] Barth, N., Linde, K. und Schneider A., „Niederlassungsmotive- Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin“, *Gesundheitswesen*, Nr. 79, S. 638–644, 2017, doi: 10.1055/s-0035-1547299.
- [10] Ludwig, K., Machnitzke, C., Kühlein, T. und Roos, M., „Barriers to practicing General Practice in rural areas- Results of a qualitative pre-post-survey about medical students during their final clinical year“, *GMS J Med Educ.*, Nr. 35(4), S. Doc50, 2018, doi: 10.3205/zma001196.
- [11] Nationaler Normenkontrollrat, „Mehr Zeit für Behandlung: Vereinfachung von

Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, für die 19. Legislaturperiode 2017-2021.“ Statistisches Bundesamt., 2017. Zugegriffen: 9. September 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile#:~:text=%E2%80%9E-Mehr%20Zeit%20f%C3%BCr%20Behandlung%E2%80%9C%20%E2%80%93,diagnostizieren%20und%20behandeln%20zu%20k%C3%B6nnen](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=%E2%80%9E-Mehr%20Zeit%20f%C3%BCr%20Behandlung%E2%80%9C%20%E2%80%93,diagnostizieren%20und%20behandeln%20zu%20k%C3%B6nnen)

[12] Wittberg, V., Kluge, HG., Rottmann, H. und Goldmann, E., „Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung: Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen“, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2019. Zugegriffen: 10. September 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019\\_Projektbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019_Projektbericht.pdf)

[13] Kassenärztliche Bundesvereinigung und Universität Trier, „Medizinischer Fakultätentag und Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“. Zugegriffen: 9. September 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring\\_Medizinstudierende\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf)

[14] Wagner R., Hinz, A., Rausch, A. und Becker, B., "Modul Pädagogische Psychologie", 2. Auflage., Stuttgart: Klinkhardt UTB, 2014, S. 219.

[15] Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton, N. und Ormston, C., "Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students & Researchers", London: Sage Publications Ltd, 2014, S. 116.

[16] Lamnek S. und Krell, C., "Qualitative Sozialforschung," 6. überarbeitete Auflage., Weinheim: Beltz, 2016, S. 180–185.

[17] Strübing J., "Grounded Theory: Methodische und methodologische Grundlagen", 1. Auflage., Wiesbaden: Springer VS, 2018, S. 25–27.

[18] Tong, A., Sainsbury, P. und Craig, J., „Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups“, *International Journal for Quality in Health Care*, Bd. Volume 19, Nr. 6, S. 349–357, Dez. 2007.

[19] Flick, U., "Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung", 5. Auflage., Reinbek bei Hamburg: Rowolts Enzyklopädie, 2012, S. 379 ff.

[20] Braun V. und Clarke, V., "Using thematic analysis in psychology“, *Qualitative Research in Psychology*, Bd. 3, Nr. 2, S. 77–101, 2006.

[21] Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“, 2019c. Zugegriffen: 17. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/5724.php>.

[22] Langer A., Ewert A., Holleder A., und Geuter G., „Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen“, *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Bd. 20, Nr. 01, S. 11–18, 2015.

[23] Roos, M. Hartleb, L., und Langbein, S., „Der Hausartmangel auf dem Land ist angekommen“, *Z Allg Med*, Bd. 00, Nr. 3, 2015, doi: 10.3238/zfa.2015.

- [24] Zwierlein, R., Portenhauser, F., Flägel, K. und Steinhäuser, J., „Determinanten der Niederlassung als Allgemeinmediziner- eine qualitative Studie“, *Gesundheitswesen*, Nr. 82, S. 527–533, 2020, doi: <https://doi.org/10.1055/a-1076-7848>.
- [25] Walter F., Maier K., Lorenz-Dant K., und Roos M., „Bürokratie spielt eine untergeordnete Rolle im Niederlassungsprozess von Hausärzt:innen“, 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 06.10 2023.
- [26] Maenner, M., Schneider, D., Schaffer, S., Kühlein, T. und Roos, M. „Welche Argumente motivieren für eine Landarztztätigkeit“, *Z Allg Med*, Bd. 00, Nr. 4, 2015.
- [27] „Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“. Zugegriffen: 20. November 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/html/1150\\_66248.php](https://www.kbv.de/html/1150_66248.php)
- [28] „Gesundheitsdaten, Mehr Ärztinnen und Ärzte in kooperativen Strukturen“, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Zugegriffen: 21. November 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>
- [29] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, „Niederlassung- Einzelpraxis oder Kooperation“. Zugegriffen: 21. November 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/einzelpraxis-oder-kooperation/>
- [30] Wilson I. und Walker I., „The WHO Surgical Safety Checklist: the evidence“, *J Perioper Pract.*, Bd. 19, Nr. 10, S. 362–4, Okt. 2009, doi: 10.1177/175045890901901002.
- [31] „Unternehmen und Arbeitsstätten, Kostenstruktur bei Arzt-und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“, Statistisches Bundesamt (Destatis), Fachserie 2, Reihe 1.6.1, 2021. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publicationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161199004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publicationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161199004.pdf?__blob=publicationFile)
- [32] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, „Eigeneinrichtung als Einstieg in die Niederlassung“. Zugegriffen: 3. Februar 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/ueber-uns/eigeneinrichtung>
- [33] Gemeinde Ering, „KVB eröffnet erste eigene Praxis mit angestellter Ärztin in Niederbayern“, Nov. 2023. Zugegriffen: 3. Januar 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.ering-inn.de/news/1/890581/nachrichten/kvb-eroeffnet-erste-eigene-praxis-mit-angestellter-aerztin-in-niederbayern.html>
- [34] Winzer A. und Jansky M., „Aneignung hausärztlicher Rollen während des ambulanten Weiterbildungsabschnitts und professionsbildende Bedingungen in den Weiterbildungspraxen – Eine Befragung rheinland-pfälzischer Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin“, *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.*, Bd. 179, Nr. Jun, S. 49–60, 2023, doi: 10.1016/j.zefq.2023.03.004.
- [35] KOMV, „Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der wissenschaftlichen Kommission für eine modernes Vergütungssystem-KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit“, 2019. Zugegriffen: 17. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/KOMV/Bericht\\_der\\_Honorarkommission\\_\\_KOMV\\_\\_-\\_Dezember\\_2019.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf)

[36] Bundesregierung, „Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“, BT-Drucksache 17/6879. Zugriffen: 17. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://dip.bundestag.de/vorgang/wirtschaftlichkeitspruefungen-in-der-vertragsaerztlichen-versorgung-nach-106-des-fuenften/37815>

[37] Hofmayer J., „Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung auf Basis des Versorgungsstärkungsgesetzes.“, *GesundheitsRecht*, S. 73–76.

[38] Osterloh, F., „Wirtschaftlichkeitsprüfung: Höhe der Regresszahlungen sinkt“, *Dtsch Ärztebl*, Bd. 117, Nr. (22-23), S. A-1150/B-970, 2020, Zugriffen: 15. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Regresses?s=&p=1&n=1&aid=214208>

[39] Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Notwendige Komponenten und Dienste für die Telematikinfrastruktur“. Zugriffen: 30. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/30722.php>

[40] Albrecht M., Otten M., und Sander M., „PraxisBarometer Digitalisierung 2021: Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung.“, IGES, Berlin, 2022. Zugriffen: 30. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/IGES\\_PraxisBaroDigit2021\\_Kurzbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/IGES_PraxisBaroDigit2021_Kurzbericht.pdf)

[41] Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung: Schwerpunktthema: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“, Berlin, 2022. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/BIX2022\\_Projektbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/BIX2022_Projektbericht.pdf)

[42] Stiftung Warentest, „Schwerbehindertenausweis-wie der Nachweis das Leben erleichtert“. Zugriffen: 1. März 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.test.de/Schwerbehindertenausweis-Wie-der-Nachweis-das-Leben-erleichtert-5379478-0/>

[43] „Schwerbehinderung“. Zugriffen: 1. März 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.familienratgeber.de/rechte-leistungen/schwerbehinderung>

[44] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Schwerbehinderte: Deutschland, Stichtag, Geschlecht“, Sep. 2023. Zugriffen: 30. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/beta/statistic/22711/table/22711-0001>

[45] Nationaler Normenkontrollrat, „Mehr Zeit für Behandlung: Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden, 2015. Zugriffen: 20. Dezember 2023. [Online]. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?\\_\\_blob=publication-File#:~:text=%E2%80%9EMehr%20Zeit%20f%C3%BCr%20Behandlung%E2%80%9C%20E2%80%93,diagnostizieren%20und%20behandeln%20zu%20k%C3%B6nnen](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?__blob=publication-File#:~:text=%E2%80%9EMehr%20Zeit%20f%C3%BCr%20Behandlung%E2%80%9C%20E2%80%93,diagnostizieren%20und%20behandeln%20zu%20k%C3%B6nnen)

[46] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, „Leitfaden für künftige Hausärzte- Weiterbildung und spätere Niederlassung bestmöglich verzahnen“. 2019. Zugegriffen: 3. Januar 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Informationsservice/Informationsmaterial/Praxisbetrieb/KVB-Broschuere-Niederlassungsleitfaden-Hausaerzte.pdf>

## Anhang

## I Abkürzungsverzeichnis

BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
GKV	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
SemiWAM	Seminartage Weiterbildung Allgemeinmedizin
SMC-B	Elektronischer Praxis- oder Institutionsausweis

## **II    Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Erstellen der deduktiven Codes.....	16
--	----

### **III Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Tabelle zu den demografischen Daten – im Niederlassungsprozess .....	19
Tabelle 2: Tabelle zu den demografischen Daten – Niederlassung weniger als 2 Jahre.....	19
Tabelle 3: Tabelle zu den demografischen Daten – Niederlassung 2 bis 5 Jahre .....	19

## **IV Ethikvotum**

## V Anschreiben zur Studienteilnahme



Universität Augsburg – Institut für Allgemeinmedizin – 86156 Augsburg

---

**Institut für Allgemeinmedizin  
am Universitätsklinikum Augsburg**  
**Prof. Dr. med. Marco Roos**  
Kompetenzzentrum Weiterbildung  
Allgemeinmedizin Bayern (KWAB)

Hausanschrift  
Gutenbergstraße 7  
86356 Neusäß  
Telefon +49 821 400 9560 (Sekretariat)  
marco.roos@med.uni-augsburg.de

Postadresse  
Stenglinstraße 2  
86156 Augsburg

---

Augsburg, den 04.05.23

---

### Einladung zur Teilnahme an einer qualitativen Studie

Sehr geehrte/r Ärztinnen und Ärzte,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie herzlich zur Teilnahme an der Studie „Wahrnehmung bürokratischer Prozesse im Zuge einer Niederlassung von Hausärzt:innen in Bayern“ einladen.

Der in den nächsten Jahren zu erwartende Mangel an niedergelassenen Hausärzt:innen hat viele Gründe. Wiederholt werden in der Literatur bürokratische Aspekte als Gründe gegen eine Niederlassung genannt. In dieser qualitativen Studie möchten wir verstehen was unter dem Begriff Bürokratie im Kontext der Niederlassung zu verstehen ist und wie diese im Alltag niedergelassener Hausärzt:innen erlebt werden.

Die Ergebnisse sollen helfen die Rolle bürokratischer Prozesse im Niederlassungsprozess besser zu verstehen. Dies wiederum kann einen Beitrag dazu leisten, Anstöße für veränderte und verbesserte Prozessabläufen zu geben.

Hierfür möchten wir mit Ärzt:innen die sich im Niederlassungsprozess befinden, sowie mit Ärzt:innen die sich im Verlauf der vergangenen vier Jahre in Bayern niedergelassen haben sprechen.

Wir sind an Ihren persönlichen Motivationen zur Niederlassung interessiert, möchten aber auch mehr darüber erfahren, wie Sie den Prozess der Niederlassung wahrnehmen und wahrgenommen haben. Im Rahmen des Interviews werden wir besonders auch auf bürokratische Aspekte und Prozesse im Zusammenhang mit Ihrer Niederlassung eingehen.

Die Teilnahme an der qualitativen Studie ist freiwillig. Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, werden wir gemeinsam mit Ihnen im Laufe der nächsten vier Wochen einen Termin für ein Einzelinterview (über die Plattform Zoom) vereinbaren, um die potenzielle zeitliche Belastung Ihrer Teilnahme so gering wie möglich zu gestalten. Der Zeitumfang wird pro Interview ca. 45 Minuten betragen. Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie einen Gutschein (z.B. Amazon) im Wert von 50€.

Das Interview wird digital aufgezeichnet und danach wort-wörtlich niedergeschrieben (transkribiert). Während des Transkriptionsprozesses werden jegliche persönliche Daten zu Ihrer Person (oder zuordenbare Aussagen zu anderen Personen) anonymisiert. Das bedeutet, dass nach der Transkription keine Zuordnung von Aussagen zu Ihrer Person (oder Aussagen über Dritte) zuordenbar sind.

Bitte wenden Sie sich im Regelfall an das Studienzentrum, denn allein das Studienzentrum kann aufgrund des Pseudonymisierungsprozesses vollumfänglich auf Ihre Daten zugreifen bzw. entsprechende Auskünfte geben. Der Initiator der Studie kann vor diesem Hintergrund nur sehr begrenzt helfen.“

Name und Kontaktdaten des zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Augsburg  
Universitätsklinikum Augsburg  
Stenglinstr. 2  
86156 Augsburg  
E-Mail: [datenschutz@uk-augsburg.de](mailto:datenschutz@uk-augsburg.de)

Es besteht ein Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde.

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 27  
91522 Ansbach  
Tel.: 0981 531300  
Fax: 0981 53981300

## VI Datenschutzerklärung für Studienteilnahme



### Mustertext zum Datenschutz in Informationsschriften bei Anträgen an die Ethikkommission zur Durchführung eines (bio-)medizinischen Forschungsvorhabens (außerhalb von § 40 AMG und § 20 MPG)

(Stand: Januar 2020)

*- Bitte drucktechnisch hervorheben -*

„Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO). Die Daten werden also nur dann erhoben, gespeichert, ausgewertet und weitergegeben, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Auch wenn Sie Ihre Einwilligung zunächst erteilen, können Sie sie ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist: *Prof. Dr. Marco Roos, Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Augsburg, [allgemeinmedizin@med.uni-augsburg.de](mailto:allgemeinmedizin@med.uni-augsburg.de), Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg*

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde von Ihnen in irreversibel anonymisierter Form verarbeitet

Zugriff auf die personenbezogenen Daten haben nur der Studienleiter sowie vom Studienleiter zur Verschwiegenheit verpflichtete Mitglieder des Studienteams.  
Die anonymisierten Daten werden nach 10 Jahren gelöscht.  
Die Daten werden zu jeder Zeit (auch im Falle der Veröffentlichung der Studienergebnisse) vertraulich behandelt.

#### **Sind mit der Datenverarbeitung Risiken verbunden?**

Bei jeder Erhebung, Speicherung, Nutzung und Übermittlung von Daten bestehen Vertraulichkeitsrisiken (z.B. die Möglichkeit, die betreffende Person zu identifizieren). Diese Risiken lassen sich nicht völlig ausschließen und steigen, je mehr Daten miteinander verknüpft werden können. Der Initiator der Studie versichert Ihnen, alles nach dem Stand der Technik Mögliche zum Schutz Ihrer Privatsphäre zu tun und Daten nur an Stellen weiterzugeben, die ein geeignetes Datenschutzkonzept vorweisen können. Medizinische Risiken sind mit der Datenverarbeitung nicht verbunden.

Sie können Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig.

Sollten Sie im Verlauf der Studie Ihre Einwilligung widerrufen, werden Sie gefragt, ob Sie mit der anonymisierten Weiterverwendung Ihrer Daten und ggf. Proben einverstanden sind oder ob eine Löschung der Daten bzw. Vernichtung der Proben erfolgen soll.

*[Hinweis: Sofern das Löschungsrecht, zumal aus forschungsbezogenen Gründen, eingeschränkt werden soll, sind Ausführungen zu dem jeweiligen Rechtfertigungsgrund im Studienprotokoll erforderlich, vgl. Art. 17 Abs. 3 Buchst. c) und d) DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 Buchst. i) DSGVO. Die Nichtlöschung der Daten trotz Lösungsverlangens stellt jedoch die Ausnahme dar. Im Regelfall ist von dem Recht, die Löschung verlangen zu können, auszugehen.]*

*Falls zutreffend:* [Gemäß Art. 17 Abs. 3 Buchst. c und d DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 Buchst. i kann Ihr Recht auf Löschung der Daten aus forschungsbezogenen Gründen eingeschränkt werden. Die jeweiligen Rechtfertigungsgründe wurden im Studienprotokoll dargelegt und von einem unabhängigen Gremium zustimmend bewertet.

Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich einer kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen.

Bitte wenden Sie sich im Regelfall an das Studienzentrum, denn allein das Studienzentrum kann aufgrund des Pseudonymisierungsprozesses vollumfänglich auf Ihre Daten zugreifen bzw. entsprechende Auskünfte geben. Der Initiator der Studie kann vor diesem Hintergrund nur sehr begrenzt helfen.“

Name und Kontaktdaten des zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Augsburg  
Universitätsklinikum Augsburg  
Stenglinstr. 2  
86156 Augsburg  
E-Mail: [datenschutz@uk-augsburg.de](mailto:datenschutz@uk-augsburg.de)

Es besteht ein Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde.

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 27  
91522 Ansbach  
Tel.: 0981 531300  
Fax: 0981 53981300

## VII Einverständniserklärung zur Studienteilnahme



### Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Studie

„Wahrnehmung bürokratischer Prozesse im Zuge einer Niederlassung von Hausärzt:innen in Bayern“

Befragung in Interviews (Dauer ca. 45 Min.)

Name, Vorname:	
----------------	--

- Ich habe Informationen über die Studie verstanden.
- Ich nehme freiwillig an der obengenannten Studie teil. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von der Studie zurücktreten kann und der Rücktritt von der Studie keinen Einfluss oder Nachteil für meine weitere Ausbildung haben wird.
- Hiermit bestätige ich, dass ich die schriftliche Studieninformation erhalten habe, und dass ich zusätzlich mündlich aufgeklärt worden bin.
- Hiermit bestätige ich, dass die Möglichkeit bestand Fragen zu stellen und alle Fragen zufrieden stellend beantwortet wurden.
- **Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form aufgezeichnet (Audioaufzeichnungen) werden. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.**
- Ich kann diese Teilnahme- und Einverständniserklärung gegenüber dem Allgemeinmedizinischen Institut jederzeit, ohne Angabe von Gründen zurückziehen.
- Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienarzt in Verbindung.
- Nach Beendigung der Studie werden die digitalen Aufzeichnungen und jeder Praxisbezug unwiederbringlich gelöscht.

Ort / Datum

Name und Unterschrift

Kontaktadresse für Rückfragen:

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Augsburg  
Medizinische Fakultät der Universität Augsburg  
Prof. Dr. Marco Roos  
Postanschrift: Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg  
Hausanschrift: Gutenbergstr. 7, 86356 Neusäß  
E-Mail: [marco.roos@med.uni-augsburg.de](mailto:marco.roos@med.uni-augsburg.de)

Bei weiteren Rückfragen zum Datenschutz steht Ihnen auch die Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Augsburg zur Verfügung. E-Mail: [datenschutz@uk-augsburg.de](mailto:datenschutz@uk-augsburg.de)

Seite 5 von 5

## **VIII Versionen des Interviewleitfadens**

### **Leitfaden Gruppen 1: Ärzt:innen im Niederlassungsprozess**

#### **Stufe 1: Begrüßung und Vorstellung, kurze Darstellung Zweck des Interviews**

Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben.

Mein Name ist... Ich bin ....

Gemeinsam mit mir interviewt sie heute ..... Ist hauptsächlich in einer beobachtenden Rolle hier, wird Ihnen aber vielleicht im Laufe des Interviews die eine oder andere Frage stellen.

Wie wir Ihnen bereits in unserem Anschreiben mitgeteilt haben, möchten wir gerne mehr über ihre Erfahrung mit dem Niederlassungsprozess hören. Besonders interessiert sind wir an bürokratischen Aspekten der Niederlassung.

Hierzu möchte ich sie gerne heute interviewen. Ich habe dafür einige Fragen zum Thema Niederlassung und Bürokratie vorbereitet. Für die spätere Analyse des Interviews wäre es auch wichtig Ihnen ein paar Fragen zu Ihrem Hintergrund und Werdegang zu stellen.

Wir sind für diese Forschung an Ihren persönlichen Erfahrungen und Ansichten interessiert.

Ihre Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können Sie mir einfach sagen „ich möchte diese Frage nicht beantworten“. Sollten Sie während des Interviews entscheiden, dass Sie keine weiteren Fragen mehr beantworten möchten oder sie ihre Teilnahme widerrufen möchten, steht es Ihnen frei, das Interview jederzeit abubrechen.

Mit ihrem Einverständnis werden wir das Interview aufzeichnen. Nach dem Interview werden wir die Aufzeichnung an einen externen, professionellen Transkriptionsanbieter übermitteln. Für die weitere Analyse und zur Veröffentlichung der Ergebnisse werden wir Informationen, die Sie identifizieren könnten, wie zum Beispiel ihren Namen oder den Ort ihrer Praxis, entfernen.

Stimmen Sie der Teilnahme an dem Interview zu?

Dann starte ich jetzt die Aufnahmefunktion.

Dürfte ich Sie zu Datensicherungszwecken bitten mir nochmals zu bestätigen, dass Sie ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie „Wahrnehmung bürokratischer Prozesse im Zuge einer Niederlassung von Hausärzt:innen in Bayern“ geben?

**Stufe 2: Hintergrundinfos:**

Darf ich zu Beginn nach Ihrem Alter fragen?		
Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? Männlich/Weiblich		
In welchem Jahr haben Sie Ihre FA-Prüfung absolviert?		
Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?		
In welcher Form sind Sie niedergelassen/planen Sie sich niederzulassen?	Einzelpraxis? Gemeinschaftspraxis?	Ist ihre Praxis im ländlichen oder städtischen Raum angesiedelt
	Haben/werden Sie die Praxis übernommen oder neu gegründet?	
	Beschreiben Sie doch bitte wie Sie ihren Niederlassungsprozess erlebt haben	
An welchem Zeitpunkt nach dem Studium haben Sie sich für die Allgemeinmedizin entschieden?	War die Allgemeinmedizin Ihr primäres Ziel oder sind Sie über eine andere Fachrichtung zu unserem Fach gekommen?	

**Stufe 3: Hauptthemen des Interviews**

Jetzt würde ich gerne mehr über ihre Niederlassungspläne erfahren

**1) Motivation:**

Was waren Gründe/Beweggründe für die Niederlassung?	Gibt es Vorbilder/ Mentoren?	Erfahren Sie Unterstützung?	
	Hat sich der Stellenwert der ursprünglichen Gründe/Beweggründe seit dem Beginn des Niederlassungsprozess verändert?		

## 2) Bürokratie:

Wir möchten heute ja auch über Bürokratie sprechen.

Können Sie mir zunächst beschreiben, was sie unter dem Begriff „Bürokratie“ verstehen?	Was verstehen Sie unter Bürokratie im Arbeitskontext?		
Wie erleben sie/ Welche Rolle spielt „Bürokratie“ in ihrem Arbeitsalltag?	Gibt es noch andere Aspekte?	Wie gehen Sie mit diesen bürokratischen Prozessen um?  Was ist daran so anstrengend?	Wie geht es Ihnen mit der Gematik? Abrechnung? Verordnung? Personal, Gehälter der MFAs, Praxisorganisation?

## 3) Niederlassung & Bürokratie

Wenn Sie an ihren Niederlassungsprozess denken ...

Welche Rolle hat Bürokratie/ haben bürokratische Aspekte in diesem Prozess gespielt?	Gibt es bürokratische Aspekte die besondere Aufmerksamkeit erfordert haben? Wie z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eintrag ins Arztregister,</li> <li>• Warteliste,</li> <li>• Antragstellung Zulassung,</li> <li>• Tagung des Ausschusses,</li> </ul> Beantragung abrechenbarer Leistungen?)	Gibt es bürokratische Aspekte die sich als weniger aufwendig als erwartet empfunden haben?	Gibt es Aspekte die sie als eher abschreckend empfunden haben?
Wie haben sind sie diesen Aspekt/ diese Aspekte angegangen?	Haben Sie Unterstützung erfahren?	Wie sind Sie zu dieser Unterstützung gekommen?	
Gibt es Aspekte, vor denen man Sie besonders gewarnt hat?	Wie haben Sie diese empfunden?	Wie sind Sie diese angegangen?	

## 4) Rückblick auf bereits gewonnene Erfahrungen

Sie haben ja bereits Erfahrungen mit x gesammelt. Inwieweit haben die Erfahrungen, die sie in diesem Prozess bereits gesammelt haben ihre Einstellung zur Niederlassung verändert?	Sie haben zuvor x als einen Aspekt genannt, vor dem Sie gewarnt wurden, wie ordnen Sie diesen Aspekt aus ihrer eigenen Erfahrung heraus nun ein?	Gab es Aspekte die eine größere/ weniger große Herausforderung darstellen als zunächst angenommen?	
--	--	--	--

#### Stufe 4: Ausblick/ Verbesserung:

Wir kommen nun zum Ende unseres Interviews. Abschließend würde mich noch interessieren ...

Wie blicken Sie in Ihre Zukunft?	Gibt es aktuell berufliche Pläne?		
Haben Sie Wünsche/ Vorschläge wie man bürokratischen Aspekte/bestimmte/einige der Aspekte, die wir heute besprochen haben in der Niederlassung verändern/verbessern könnte?			
Was würden Sie einem jungen Kollegen mit Niederlassungswunsch raten?			

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben und ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben.

Haben Sie an dieser Stelle noch Fragen an mich?

Dann werde ich jetzt die Aufzeichnung beenden.

Sollten noch Fragen auftreten dürfen Sie sich gerne an mich wenden.

Verabschiedung

## **Leitfaden Gruppen 2 & 3: Ärzt:innen mit Niederlassungserfahrung**

### **Stufe 1: Begrüßung und Vorstellung, kurze Darstellung Zweck des Interviews**

Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben.

Mein Name ist... Ich bin ....

Gemeinsam mit mir interviewt sie heute ..... Ist hauptsächlich in einer beobachtenden Rolle hier, wird Ihnen aber vielleicht im Laufe des Interviews die eine oder andere Frage stellen.

Wie wir Ihnen bereits in unserem Anschreiben mitgeteilt haben, möchten wir gerne mehr über ihre Erfahrung mit dem Niederlassungsprozess hören. Besonders interessiert sind wir an bürokratischen Aspekten der Niederlassung.

Hierzu möchte ich sie gerne heute interviewen. Ich habe dafür einige Fragen zum Thema Niederlassung und Bürokratie vorbereitet. Für die spätere Analyse des Interviews wäre es auch wichtig Ihnen ein paar Fragen zu Ihrem Hintergrund und Werdegang zu stellen.

Wir sind für diese Forschung an Ihren persönlichen Erfahrungen und Ansichten interessiert.

Ihre Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können Sie mir einfach sagen „ich möchte diese Frage nicht beantworten“. Sollten Sie während des Interviews entscheiden, dass Sie keine weiteren Fragen mehr beantworten möchten oder sie ihre Teilnahme widerrufen möchten, steht es Ihnen frei, das Interview jederzeit abubrechen.

Mit ihrem Einverständnis werden wir das Interview aufzeichnen. Nach dem Interview werden wir die Aufzeichnung an einen externen, professionellen Transkriptionsanbieter übermitteln. Für die weitere Analyse und zur Veröffentlichung der Ergebnisse werden wir Informationen, die Sie identifizieren könnten, wie zum Beispiel ihren Namen oder den Ort ihrer Praxis, entfernen.

Stimmen Sie der Teilnahme an dem Interview zu?

Dann starte ich jetzt die Aufnahmefunktion.

Dürfte ich Sie zu Datensicherungszwecken bitten mir nochmals zu bestätigen, dass Sie ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie „Wahrnehmung bürokratischer Prozesse im Zuge einer Niederlassung von Hausärzt:innen in Bayern“ geben?

**Stufe 2: Hintergrundinformationen:**

Darf ich zu Beginn nach Ihrem Alter fragen?			
Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? Männlich/Weiblich			
In welchem Jahr haben Sie Ihre FA-Prüfung absolviert?			
Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?			
Wie lange sind sie schon niedergelassen?	In welcher Form sind Sie niedergelassen?	Einzelpraxis? Gemeinschaftspraxis?	Ist ihre Praxis im ländlichen oder städtischen Raum angesiedelt
	Haben/werden Sie die Praxis übernommen oder neu gegründet?		
	Beschreiben Sie doch bitte wie Sie ihren Niederlassungsprozess erlebt haben		
An welchem Zeitpunkt nach dem Studium haben Sie sich für die Allgemeinmedizin entschieden?	War die Allgemeinmedizin Ihr primäres Ziel oder sind Sie über eine andere Fachrichtung zu unserem Fach gekommen?		

**Stufe 3: Hauptthemen des Interviews**

Jetzt würde ich gerne mehr über ihre Niederlassung erfahren.

**5) Motivation:**

Was waren Gründe/ Beweggründe für die Niederlassung?	Sie haben als Grund für ihre Niederlassung x genannt. Gab es noch andere Gründe die bei Ihrer Überlegung sich niederzulassen eine Rolle gespielt haben?	Gab es Vorbilder/ Mentoren? Unterstützung?	
Wie bewerten sie diese Gründe heute?	Haben sich diese Gründe bestätigt?	Sie haben auch x als Motivator für die Niederlassung genannt... Wie bewerten Sie diesen Aspekt heute?	Wenn zeitlicher Aspekt Teil der ursprünglichen Motivation: Wie sieht es aktuell mit Ihrer zeitlichen Flexibilität aus?

## 6) Bürokratie:

Wir möchten heute ja auch über Bürokratie sprechen.

Können Sie mir zunächst beschreiben, was sie unter dem Begriff „Bürokratie“ verstehen?	Was verstehen Sie unter Bürokratie im Arbeitskontext?		
Wie erleben sie/ Welche Rolle spielt „Bürokratie“ in ihrem Arbeitsalltag?	Gibt es noch andere Aspekte?	Wie gehen Sie mit diesen bürokratischen Prozessen um?  Was ist daran so anstrengend?	Wie geht es Ihnen mit der gematik? Abrechnung? Verordnung? Personal, Gehälter der MFAs, Praxisorganisation?

## 7) Niederlassung & Bürokratie

Wenn Sie an ihren Niederlassungsprozess denken..

Welche Rolle hat Bürokratie/ haben bürokratische Aspekte in diesem Prozess gespielt?	Gab es bürokratische Aspekte die besondere Aufmerksamkeit erfordert haben? Wie z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eintrag ins Arztregister,</li> <li>• Warteliste,</li> <li>• Antragstellung Zulassung,</li> <li>• Tagung des Ausschusses,</li> </ul> Beantragung abrechenbarer Leistungen?)	Gab es bürokratische Aspekte die sich als weniger aufwendig als erwartet empfunden haben?	Gab es Aspekte die sie als eher abschreckend empfunden haben?
Wie haben sich diese Aspekte angefangen?	Haben Sie Unterstützung erfahren?	Wie sind zu dieser Unterstützung gekommen?	
Gibt es Aspekte, vor denen man Sie besonders gewarnt hat?	Wie haben Sie diese empfunden?	Wie sind Sie diese angegangen?	

## 8) Rückblick (für Ärzt:innen mit Niederlassungserfahrung)

Die Niederlassung liegt bei Ihnen ja schon x Jahr(e) zurück.

Wie hat sich Ihre Sichtweise auf die von Ihnen genannte Bürokratie in den letzten Monaten/ seit Ihrer Niederlassung verändert?	Sie haben zuvor x genannt. Welche Rolle spielt dieser Aspekt für Sie heute?	Gibt es anderen Aspekte, die in den Vordergrund getreten sind?	
Wie gehen Sie nach ihrer Erfahrung der Niederlassung mit Bürokratie/ bürokratischen Herausforderungen um?			
Von welcher Unterstützung oder welchem Wissen hätten Sie rückblickend im Niederlassungsprozess profitiert?			

**Stufe 4: Ausblick/ Verbesserung:**

Wir kommen nun zum Ende unseres Interviews. Abschließend würde mich noch interessieren...

Wie blicken Sie in Ihre Zukunft?	Gibt es aktuell berufliche Pläne?		
Haben Sie Wünsche/Vorschläge wie man bürokratischen Aspekte/bestimmte/einige der Aspekte, die wir heute besprochen haben in der Niederlassung verändern/verbessern könnte?			
Was würden Sie einem jungen Kollegen mit Niederlassungswunsch raten?			

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben und ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben.

Haben Sie an dieser Stelle noch Fragen an mich?

Dann werde ich jetzt die Aufzeichnung beenden.

Sollten noch Fragen auftreten dürfen Sie sich gerne an mich wenden.

Verabschiedung

## IX COREQ-Checkliste

### COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	13
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	17
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	17
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	17
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	13
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	13
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	13
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	10
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	13
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	13
Sample size	12	How many participants were in the study?	18
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	-
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	14
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	13
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	18
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	12
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	-
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	13
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	yes
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	-
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	11
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	-

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	16
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	-
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	20
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	14
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	-
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	20
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	17
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	20ff
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	20ff

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**

## **X Deduktive Codes**

### ***Niederlassungsmotivationen/barrieren***

- Wenig Freizeit
- Familiäre Unterstützung
- Eltern sind bereits Hausärzt:innen
- Eigene Lebensqualität
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Möglichkeit der flexiblen Zeiteinteilung
- Unternehmerische Selbstständigkeit
- Hohe Arbeitsbelastung
- Breite des Fachs Allgemeinmedizin
- Langzeitbetreuung von Patient:innen
- Dankbarkeit der Patient:innen
- Dienstbelastung im Vergleich zum stationären Bereich
- Negative berufliche Erfahrungen im Krankenhaus
- Wegfall des Schichtdienstes
- Hierarchisches Arbeitsumfeld
- Autonomie in der Behandlung der Patient:innen
- Berufliche Kooperationsmöglichkeiten (z.B. Berufsausübungsgemeinschaft)
- Fachlicher Austausch mit Kolleg:innen
- Enges Behandlungsspektrum
- Therapiefreiheit bei der Behandlung
- Entscheidungsfreiheit in der Mitarbeiter:innenauswahl
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Fehlende Arbeit im Team
- Unternehmerisches Risiko

- Streitigkeiten mit potenziellen Praxispartner:innen
- Juristischen Konsequenzen bei der Behandlung von Patient:innen

### **Bürokratie**

- Drohende Regressforderungen
- Komplexe Abrechnung
- Honorierung ärztlicher Leistung
- Erhöhtes Maß an medizinfremden Tätigkeiten/ bürokratische Aufgaben
- (Langer kassenärztlicher) Zulassungsprozess
- Telematikinfrastruktur
- Anfragen von privaten Versicherungen
- Sozialmedizinische Formulare von Krankenkassen
- Reha-Anträge
- Verordnungen (Arbeitsunfähigkeit, Hilfsmittel, Rezepte)/ Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- Konsiliarbericht
- Abgabeprozess der Praxis
- Mangelnde Vorbereitung auf Prozesse
- Genehmigungen
- Ausstellungen Bescheinigungen
- Finanzielle Themen
- Abstimmung mit Praxispartner
- Regelungen Arzneimittelbereich

## **XI Danksagung**

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung einiger Personen, welche ich im Folgenden nenne, nicht zustande gekommen. Ihnen gilt mein innigster Dank.

Als erstes möchte ich mich bei Prof. Dr. Marco Roos bedanken, der mir die Chance gegeben hat, an seinem Lehrstuhl dieses Promotionsschrift zu verfassen und der mich während der gesamten Arbeit unterstützt hat.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Dr. Klara Lorenz-Dant für ihre hervorragende Betreuung von der Studienvorbereitung bis zur Fertigstellung dieser Schrift. Danke für die umfangreiche Einarbeitung in die Methoden der qualitativen Forschung und für das immer offene Ohr und die zeitliche Flexibilität. Ebenfalls möchte ich mich bei Fabian Walter bedanken, der insbesondere bei der Vorbereitung und der Durchführung der Interviews durch den anderen Blickwinkel äußerst wertvoll war.

Danke auch der Medizinischen Fakultät Augsburg, die es mir durch die digitalen Formate des strukturierten Promotionsprogramms ermöglichte, den Prozess extern zu absolvieren.

Ebenso möchte ich mich bei den Ärzt:innen bedanken, die mir für die Studie gewinnen konnten. Ohne ihre Zeit, ihr Engagement an den Interviews teilzunehmen und ihre persönlichen Erfahrungen mit mir zu teilen, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken. Danke für die Rücksichtnahme, die Zeit und die Unterstützung, diese Arbeit zu schreiben.

## **XII Lebenslauf**

### **XIII Veröffentlichungen**

#### Poster DKVF

Fabian Walter<sup>1</sup>, Katharina Maier<sup>1</sup>, Klara Lorenz-Dant<sup>1</sup>, Marco Roos<sup>1</sup>

„Niederlassungsprozesse von Hausärzt:innen in Bayern mit besonderem Fokus auf bürokratische Vorgänge (BÜRO)“

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Augsburg

#### Originalarbeit

eingereicht bei der Fachzeitschrift „Das Gesundheitswesen“ (Georg Thieme Verlag KG) und nach dem Begutachtungsprozess akzeptiert (Datum der Veröffentlichung noch offen; Stand 10.05.2025)

Manuskript-ID: GESU-2024-09-2144-OA.R1

Fabian Walter<sup>1</sup>, Katharina Maier<sup>1</sup>, Marco Roos<sup>1</sup>, Klara Lorenz-Dant<sup>1</sup>,

„Niederlassungsprozesse von Hausärztinnen und Hausärzten in Bayern mit besonderem Fokus auf bürokratische Vorgänge / Establishment processes of general practitioners in Bavaria with a special focus on bureaucratic processes“

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Augsburg