

Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung

Approaches to reduce shortage of general practitioners in rural areas – results of an online survey of trainee doctors

Autoren

J. Steinhäuser^{1,2} N. Annan^{1,2} M. Roos^{1,2} J. Szecsenyi^{1,2} S. Joos^{1,2}

Institut

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
² Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg

Zusammenfassung

Hintergrund: Angesichts des Allgemeinartzmangels insbesondere in ländlichen Regionen ist es wichtig, Erwartungen und Einstellungen der nachrückenden Ärztegeneration zu ihrer zukünftigen Tätigkeit zu kennen. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Niederlassungsbereitschaft sowie Erwartungen und Vorstellungen zur späteren ärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum bei Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu erheben.

Methoden: Von April bis Oktober 2010 wurde eine Online-Befragung bei Ärzten in Weiterbildung durchgeführt. Neben soziodemographischen Daten wurden Vorstellungen zur zukünftigen Tätigkeit, zu Einflussfaktoren für eine Niederlassung und zum Image eines auf dem Land praktizierenden Arztes erhoben.

Ergebnisse: Über die Hälfte der aus ganz Deutschland stammenden 528 Teilnehmer waren weiblich und über 40% waren älter als 35 Jahre. 89% der Befragten konnten sich eine Niederlassung grundsätzlich vorstellen, 77% auf dem Land. Die drei wichtigsten Einflussfaktoren für eine Niederlassung waren ein familienfreundliches Umfeld, der Ort und die Zusammenarbeit mit Kollegen. Für den Weg zur Arbeit war die Mehrheit der Befragten bereit, bis zu 30 Minuten zu investieren.

Folgerung: Bei grundsätzlich hoher Bereitschaft zur Niederlassung auf dem Land sollten zukünftig verstärkt relevante Einflussfaktoren wie familienfreundliches Umfeld, Notdienstregelungen und Arbeitsmodelle, die die Möglichkeit mit mehreren Kollegen zusammenzuarbeiten, berücksichtigt werden.

Beruf und Ausbildung

Schlüsselwörter

- ▶ Hausarztmangel
- ▶ Weiterbildung
- ▶ Nachwuchssicherung

Keywords

- ▶ primary care physician shortage
- ▶ vocational education
- ▶ personnel selection

Einleitung

In einer zunehmend alternden Gesellschaft steigt der Bedarf an ärztlicher Versorgung. Schon jetzt besteht in einigen Regionen und Fachgebieten im stationären und im ambulanten Sektor ein Engpass in der ärztlichen Versorgung [11, 12, 13]. Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung droht ein Ärztemangel, bedingt durch die Altersstruktur der Allgemeinärzte, einer Fehlverteilung und einem Ausbleiben von Nachwuchs [10, 16]. Der ärztliche Nachwuchs ist Teil jener Generation, für die Flexibilität ein hohes Gut ist. Eine Tätigkeit im Ausland oder außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung wird zunehmend als Option gesehen. Ein Grund für den mangelnden Nachwuchs in der Allgemeinmedizin könnte das schlecht geredete Image des Berufsbildes Allgemeinarzt sein [14, 15]. Insgesamt ist daher die Prognose für die allgemeinmedizinische Versorgung im ländlichen Raum und zunehmend in sozial schwächeren Regionen von Städten alarmierend.

Strategien gegen den Allgemeinartzmangel werden immer dringlicher gesucht. Zusätzlich zur Frage, wie mehr Studierende für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin motiviert werden können, stellt sich die Herausforderung, wie Ärzte in Weiterbildung für eine Niederlassung insbesondere im ländlichen Raum zu gewinnen sind. Studien, die die Erwartungen und Vorstellungen bei Studierenden untersuchen, haben eine Unschärfe, da die Arbeitsrealität der ersten Weiterbildungsjahre einen maßgeblichen Einfluss auf die endgültige Gebietswahl hat [18]. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Niederlassungsbereitschaft sowie Erwartungen und Vorstellungen zur späteren ärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum bei Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu erheben.

Korrespondenz

Dr. med. Jost Steinhäuser
Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin
und Versorgungsforschung
Voßstraße 2, Geb. 37
69115 Heidelberg
Tel. 06211/56 8295
Fax 06211/56 1927
eMail jost.steinhaeuser@
med.uni-heidelberg.de

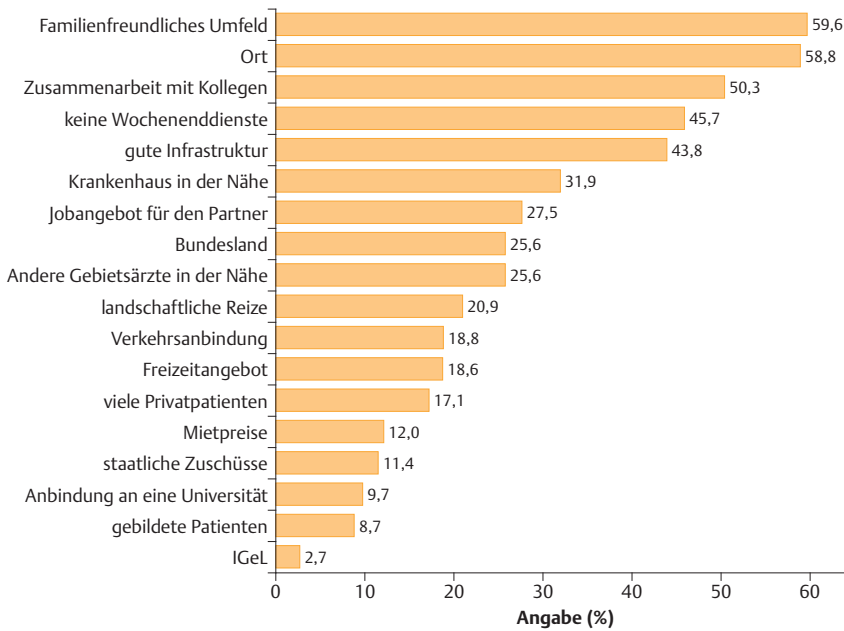


Abb. 1 Faktoren, die für die spätere Niederlassung eine Rolle spielen.

Methode

Zielgruppe der vorliegenden Befragung waren Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland. Der Fragebogen wurde basierend auf den Ergebnissen einer selektiven Literaturrecherche und Erfahrungen aus dem Programm Verbundweiterbildung^{plus} des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg erstellt [1, 2, 19, 20]. Anschließend wurde der Fragebogen mit drei Ärzten in Weiterbildung pilotiert. Hierbei wurde die Eindeutigkeit und Relevanz der Fragen überprüft und der Fragebogen daraufhin angepasst.

Der Fragebogen umfasst 25 Fragen zu folgenden Themenbereichen: Vorstellungen zur zukünftigen Tätigkeit, Einflussfaktoren in Bezug auf eine spätere Niederlassung, Image eines „Landarztes“, Bereitschaft, Zeit für verschiedene Alltagstätigkeiten zu investieren und soziodemographischen Angaben.

Die Fragen konnten mehrheitlich auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten von 1 „stimme voll zu“ bis 5 „stimme gar nicht zu“ beantwortet werden. Für die Einflüsse auf eine spätere Niederlassung konnten aus einer vorgegebenen Liste von 18 Faktoren 5 ausgewählt sowie Freitextangaben gemacht werden. Ergänzend wurden soziodemographische Merkmale erfasst. Der Fragebogen kann bei den Autoren angefordert werden.

Der Fragebogen wurde von April bis Oktober 2010 online (www.surveymonkey.com) gestellt. Über das Diskussionsforum der „Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands“ (www.jungeallgemeinmedizin.de) sowie Verlinkung auf verschiedenen Homepages von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen wurden Ärzte in Weiterbildung auf die Befragung aufmerksam gemacht. Die Gesamtzahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin kann nur geschätzt werden, da es keine zentrale Registrierung von Ärzten in Weiterbildung in Deutschland gibt. Grobe Schätzungen bewegen sich zwischen 1300 und 4000 Ärzten in Weiterbildung [4, 8]. Die Befragung war anonym.

Die rein deskriptive Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL/USA). Es werden gültige Prozente ausgegeben, die sich auf 100% summieren. Zur Auswertung wurden aus den fünf Antwortmöglichkeiten 1 „stimme voll zu“ bis 5 „stimme gar nicht zu“ drei neue Kategorien gebildet: „Stimme voll zu“ und „Stimme eher zu“ wurde zu „Zustimmung“ („1“), „teils / teils“ („2“) wurde belassen und „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ wurde zu „Ablehnung“ („3“).

Ergebnisse

Insgesamt füllten 528 Ärzte in Weiterbildung den Fragebogen aus. Die Teilnehmer waren zu 55% weiblich mit Herkunft aus allen Bundesländern. 43% waren zum Zeitpunkt der Umfrage über 35 Jahre alt. Rund die Hälfte der Befragten gaben an, Hauptverdiener zu sein und 86% lebten in einer festen Partnerschaft. Jeweils die Hälfte der Teilnehmer kam ursprünglich vom Land oder aus der Stadt. Die durchschnittliche Abiturnote betrug 1,9 (Tab. 1).

89% der Befragten konnten sich zukünftig eine Niederlassung grundsätzlich vorstellen, 77% grundsätzlich auch auf dem Land. Die zukünftige Tätigkeit als angestellter Arzt auf dem Land konnten sich 32% vorstellen.

Das unternehmerische Risiko einer Niederlassung schreckt 63% ab (Tab. 2). Für die Frage, welche Faktoren bei der eigenen Niederlassung eine Rolle spielen, konnten aus einer Liste von 18 vorgegebenen Antworten maximal fünf ausgewählt werden sowie bei Bedarf Freitext angegeben werden. Die führenden drei Faktoren sind das familienfreundliche Umfeld (60%), der Ort selbst (59%) und die Zusammenarbeit mit Kollegen (50%) (Abb. 1). Von den 29 abgegebenen Freitextkommentaren bezogen sich die meisten (n = 14) auf den Themenkomplex „finanzielle Sicherheit/ kalkulierbares Einkommen“.

Tab. 1 Beschreibung der Stichprobe. N = 528; N variiert aufgrund fehlender Angaben.

	n	%
Geschlecht		
Weiblich	267	54,7
Männlich	221	45,3
Alter		
bis 30 Jahre	110	22,5
31 – 35 Jahre	170	34,8
36–40 Jahre	109	22,3
über 40 Jahre	99	20,3
Herkunft Stadt	238	45,2
Herkunft Land	250	47,4
Herkunft nach Bundesland		
Baden-Württemberg	95	18,0
Bayern	142	26,9
Berlin	21	4,0
Brandenburg	6	1,1
Bremen	4	,8
Hansestadt Hamburg	7	1,3
Hessen	28	5,3
Mecklenburg-Vorpommern	4	,8
Niedersachsen	45	8,5
Nordrhein-Westfalen	70	13,3
Rheinland-Pfalz	19	3,6
Saarland	3	,6
Sachsen	8	1,5
Sachsen-Anhalt	5	,9
Schleswig-Holstein	6	1,1
Thüringen	8	1,5
Abiturnotenschnitt	1,9	
Hauptverdiener		
Ja	246	50,8
Nein	108	22,3
Ausgeglichen	130	26,9
Weiterbildungsjahr		
Erstes	74	16,7
Zweites	46	10,4
Drittes	64	14,4
Viertes	85	19,1
Fünftes	175	39,4

Tab. 2 Spätere Tätigkeit (MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum).

	Zustimmung n (%)	teils-teils n (%)	Ablehnung n (%)
Ich kann mir eine Niederlassung grundsätzlich vorstellen.	399 (76)	67 (13)	56 (11)
Ich kann mir eine Niederlassung auf dem Land grundsätzlich vorstellen.	277 (53)	126 (24)	117 (23)
Ich kann mir die Arbeit auf dem Land als angestellter Arzt (z.B. in einer Praxis oder einem MVZ) vorstellen.	86 (17)	75 (15)	351 (69)
Das unternehmerische Risiko einer Niederlassung schreckt mich ab.	326 (63)	117 (23)	73 (14)

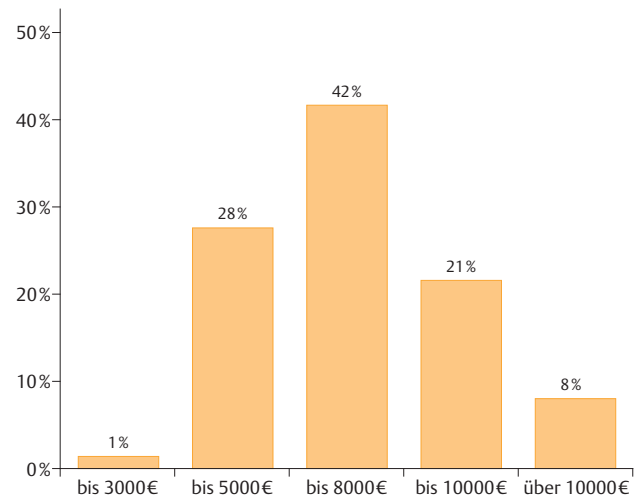


Abb. 2 Angemessenes Nettoeinkommen für eine Vollzeitätigkeit.

Bei den Antwortmöglichkeiten zum Image eines Arztes, der im ländlichen Bereich arbeitet („Landarzt“), wurden positive und negative Aspekte abgefragt. 78% glaubten, dass ein Landarzt ein hohes soziales Ansehen in seinem sozialen Umfeld genießt und 72% meinten, dass man als Landarzt weniger Konkurrenz hat als ein Allgemeinarzt in der Stadt (Tab. 3).

Allerdings glaubten 70%, dass ein Landarzt unter ständiger sozialer Kontrolle steht. 81% meinten, dass die Arbeitsbelastung eines auf dem Land Praktizierenden höher sei als die eines Allgemeinarztes in der Stadt. 66% glaubten, dass ein Landarzt rund um die Uhr für seine Patienten verantwortlich ist. 76% glaubten, dass ein Landarzt wenige Gebietsärzte für eine Zweitmeinung in erreichbarer Nähe hat.

Dass ein Landarzt zu wenig Geld verdient, glaubten 73%. Das verfügbare Nettoeinkommen wurde von der Mehrheit (53%) bei bis zu 5000 Euro vermutet. Die Frage „wäre Geld für Sie ein Motivation auf dem Land zu arbeiten“ beantworteten 66% mit „Ja“. 42% der Teilnehmer hielten ein Nettoeinkommen von 8000 Euro für eine Vollzeitätigkeit angemessen (Abb. 2). Dass auf dem Land der Lebenspartner/die Lebenspartnerin ggf. keinen passenden Job finden würde, glaubten 70%.

Um Rückschlüsse auf die von den Ärzten in Weiterbildung erwartete Infrastruktur eines Ortes ziehen zu können, wurde nach der Bereitschaft gefragt, Zeit für verschieden Aspekte des Alltags zu investieren. Jeweils die Mehrheit war bereit bis zu 10 Minuten für den Weg zum Einkauf, Kindergarten oder Schule, bis zu 30 Minuten für den Weg zur Arbeit, zum Hausbesuch und zu Freizeitangeboten sowie bis zu 60 Minuten für kulturelle Angebote oder Fortbildung aufzuwenden (Tab. 4).

Diskussion

Über die Hälfte der Teilnehmer waren weiblich und über 40% älter als 35 Jahre. Annähernd 90% konnten sich eine Niederlassung grundsätzlich vorstellen, etwas mehr als zwei Drittel auch auf dem Land. Unter den wichtigsten Einflussfaktoren für eine Niederlassung rangierten ein familienfreundliches Umfeld, der

Tab. 3 Image eines Landarztes.

	Zustimmung n (%)	teils-teils n (%)	Ablehnung n (%)
Ein Landarzt genießt ein hohes Ansehen in seinem sozialen Umfeld.	399 (78)	87 (17)	27 (5)
Ein Landarzt hat weniger Konkurrenz als ein Hausarzt in der Stadt.	369 (72)	97 (19)	44 (9)
Die Patienten nehmen den Arzt nicht unnötig in Anspruch.	51 (10)	161 (32)	298 (58)
Ein Landarzt ist rund um die Uhr für seine Patienten verantwortlich.	339 (66)	89 (17)	84 (16)
Ein Landarzt hat eine höhere Arbeitsbelastung als ein Hausarzt in der Stadt.	412 (81)	78 (15)	21 (4)
Ein Landarzt verdient zu wenig Geld.	369 (73)	103 (20)	36 (7)
Ein Landarzt hat wenig Gebietsärzte in erreichbarer Nähe (z.B. für eine Zweitmeinung).	385 (76)	104 (20)	21 (4)
Ein Landarzt steht unter ständiger sozialer Kontrolle	355 (70)	105 (21)	47 (9)

Tab. 4 Bereitschaft Zeit zu investieren.

	bis 10 min n (%)	bis 30 min n (%)	bis 60 min n (%)	über 60 min n (%)
Arbeitsplatz	73 (14)	365 (72)	68 (13)	4 (1)
Kindergarten/ Schule	272 (54)	226 (45)	3 (1)	1(1)
Einkauf	319 (63)	177 (35)	9 (2)	4 (1)
Kulturelles Angebot	24 (5)	210 (41)	228 (45)	45 (9)
Freizeitangebot	67 (13)	282 (56)	132 (26)	26 (5)
Fortbildung	8 (2)	121 (24)	194 (38)	183 (36)
Hausbesuch	209 (41)	273 (54)	19 (4)	6 (1)

Ort selbst und die Zusammenarbeit mit Kollegen. Ein Nettoeinkommen von 8000 Euro wurde als angemessen für einen Allgemeinarzt angesehen. Für deutlich über die Hälfte der Teilnehmer wäre Geld ein Anreiz auf dem Land zu arbeiten. Für den Weg zur Arbeit war die Mehrheit bereit, bis zu 30 Minuten zu investieren. Wesentlich für die Überlegung, wo später praktiziert wird, waren auch das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes für den Partner sowie finanzielle Planungssicherheit.

Nach Angaben des Branchen Reports für Allgemeinmediziner der Sparkasse 2009 lag der durchschnittliche Gewinn vor Steuern und Altersvorsorge für Hausärzte in Ostdeutschland bei 117186 Euro und bei 115228 Euro in Westdeutschland [9]. Allerdings divergieren Angaben zum Gewinn eines Allgemeinarztes erheblich um bis zu ca. 14000 Euro pro Jahr. Grundsätzlich unterliegen die Angaben zum Reinertrag eines Allgemeinarztes verschiedenen Einflüssen. Neben dem Umsatzpotenzial aus der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter sowie dem der Privatversicherten einer Region gehen z.B. auch die Konkurrenzsituation und das individuelle Talent, Betriebskosten zu minimieren mit ein. Vor diesem Hintergrund liegen die Wunschvorstellungen zum Nettogehalt der Teilnehmer durchaus im Bereich des Möglichen.

Die Ergebnisse zu den wichtigsten Einflussfaktoren für eine Niederlassung decken sich mit denen einer aktuellen Publikation von Roick et al., in der ebenfalls Rahmenbedingungen für die Familie die höchste Wichtigkeit bei den niederlassungsrelevanten Faktoren hat [17]. Der überraschend hohe Anteil von Teilnehmern über 35 Jahre könnte darauf hinweisen, dass die Weiterbildungsdauer zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland wesentlich länger als die erforderlichen 5 Jahre dauert. Ähnliche Ergebnisse bezüglich des Alters der Ärzte in Weiterbildung wurden in weiteren aktuellen Erhebungen gefunden [9,18]. In Zeiten eines Hausarztmangels könnte hier eventuell durch strukturierende Maßnahmen der Weiterbildung wertvolle Zeit gewonnen werden.

Lediglich jeder zweite Teilnehmer gab an, Hauptverdiener zu sein. Dies könnte einerseits auf den Frauenanteil von über 50% zurückzuführen sein, andererseits auch auf ein verändertes Rollenverständnis. Beispielsweise zeigt eine Umfrage aus der Schweiz bei 543 Ärzten in Weiterbildung, dass die weiblichen und die männlichen Befragten ein Lebens-/Familienmodell favorisieren, in dem beide Partner Teilzeit arbeiten [3]. Hierzu passt die angegebene Relevanz, einen Arbeitsplatz für den Partner auf dem Land finden zu wollen. Vor dem Hintergrund, dass 86% der Ärzte angeben, in einer festen Partnerschaft zu leben, zeichnen sich hier wesentliche Ansatzpunkte, aber auch Herausforderungen für die Kommunen ab. Ebenso die Erwartungen, innerhalb von 10 Minuten die Möglichkeiten für den Einkauf, Kindergarten oder Schule vorzufinden, beinhalten einen Auftrag an die Kommunen. Hierbei liefert die Bereitschaft bis 30 Minuten für den Weg zur Arbeit oder Hausbesuch aufzuwenden, Anhaltspunkte, welche Orte es zukünftig besonders schwer haben könnten, einen Allgemeinarzt zu finden. Relevante Faktoren wären demnach neben der Infrastruktur eines Ortes die geographischen Besonderheiten einer Region. Die komfortable Situation für den Nachwuchs, unter ungleich mehr Orten für eine Niederlassung als vor 15 Jahren auswählen zu können, erfordert „positive Steuerungsfaktoren“ durch spezifische Anreize wie die Schaffung von ausreichend Kinderbetreuungseinrichtungen, gezielte Notdiensten und die Möglichkeit mit mehreren Kollegen zusammenzuarbeiten.

Mehr als jeder vierte Teilnehmer konnte sich auch eine Tätigkeit als Angestellter vorstellen. Dies könnte neben dem sich wandelnden Rollenverständnis des ärztlichen Nachwuchses ein Symptom der in Bezug auf eine selbstständige Tätigkeit erlebten finanziellen Planungsunsicherheit sein. Hier könnten einerseits begleitende Schulungen zu übergeordneten Themen wie Betriebswirtschaft während der Weiterbildungszeit eventuell „ent-ängstigend“ wirken. Andererseits müssen neue Möglichkeiten der familienfreundlichen Teilzeit-Berufsausübung für den Arztberuf auch in der ambulanten Versorgung erdacht werden. Dieser Aspekt gemeinsam betrachtet mit dem Wunsch nach Berufsausübung in Kooperation, reduziert die zukünftige Anzahl von Praxen mutmaßlich in einem größeren Umfang als bisher angenommen. Darauf könnten bereits praktizierende Allgemeinärzte, die in einer Einzelpraxis tätig sind insofern reagieren, als dass sie lokal ihre Praxen zusammenlegen könnten. In solchen Praxen könnten attraktive Arbeitsmodelle für nachrückende Kolleginnen und Kollegen angeboten werden. Ob dieser Schritt die Wahrscheinlichkeit einer Übernahme erhöht und damit die verbundenen Investitionen wirtschaftlich sinnvoll sind, sollte Gegenstand weiterer Studien sein. Dass die durch-

schnittliche Abiturnote der Teilnehmer 1,9 beträgt, könnte die Diskussion, welcher „Kriterienmix“ bei der Vergabe von Studienplätzen zukünftig angewendet werden sollte, ergänzen.

Die vorliegende Studie liefert zu einem Bereich, zu dem es viele Behauptungen gibt, Daten von einer Zielgruppe, die mangels zentraler Listen schwer zu erreichen ist. Bei einer Online-Befragung wie im vorliegenden Design ist eine Angabe der Rücklaufquote nicht möglich. Je nachdem von welcher Schätzung der Gesamtzahl an Ärzten in Weiterbildung in Deutschland ausgegangen wird, ergibt sich bei der vorliegenden Studie eine Teilnehmerquote von ca. 12–39%. Der Anteil an weiblichen Teilnehmerinnen lag mit knapp 55% zwischen dem von bereits praktizierenden Fachärztinnen für Allgemeinmedizin (40%) und dem der Medizinstudierenden (64%) [5, 6]. Die Teilnehmer kamen zwar aus ganz Deutschland, jedoch stammten annähernd 50% der Teilnehmer aus Süddeutschland (Bayern und Baden-Württemberg), was zu einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnte. Insgesamt sollten daher die hier vorliegenden Ergebnisse vor dem Hintergrund eines möglichen Selektionsbias interpretiert werden. Nicht erhoben in der vorliegenden Studie wurden die explizite Dauer der Weiterbildung und mögliche Gründe für Unterbrechungen der Weiterbildung. Diese Aspekte sollten in folgenden Studien explizit miteingefasst werden. Durch das Querschnittsdesign der Studie und vor dem Hintergrund der explorativ-deskriptiven Analyse können keine kausalen Schlüsse aus den Ergebnissen gezogen werden.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Zukünftige Allgemeinärzte haben Ansprüche hinsichtlich der Infrastruktur ihres zukünftigen Niederlassungsortes, auf die die Kommunen positive Antworten werden finden müssen.
- ▶ Positive Steuerungsfaktoren wie ein familienfreundliches Umfeld, geregelte Notdienste und die Möglichkeit mit mehreren Kollegen zusammenzuarbeiten sollten bei der Gewinnung von Ärzten verstärkt berücksichtigt werden.

Autorenklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine Verbindung mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Beitrag eine Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Abstract

Approaches to reduce shortage of general practitioners in rural areas – results of an online survey of trainee doctors

Background: In times of shortage of general practitioners (GPs), especially in rural areas, it is of particular interest to explore expectations and interests of GP trainees relating to their future work. The aim of this study was, to survey the willingness of trainee doctors to work in or open a general practice, as well as their expectations and plans concerning future work as a GP in a rural area.

Methods: The survey was conducted online between April to October 2010 with trainee doctors. The questionnaire contained 25 questions about the trainees' sociodemographic status, expectations and conception of their future work, factors influencing setting up a GP practice and their ideas about working in a rural area.

Results: 528 trainee doctors from across Germany responded. More than half of them were female, more than 40% older than 35 years. 89% could imagine themselves settling in a GP practice, 77% in a rural area. The three most important factors influencing working in a rural practice were family friendly surrounding, the rural village itself and cooperation with colleagues. Most trainees would accept having to travel 30 minutes to work.

Conclusion: As the basic willingness to set up practice in rural areas is quite high, relevant influencing factors such as family friendly surroundings, out-of-hour services arrangements and working models offering the opportunity to work in group handed practices should be emphasized in recruitment.

Literatur

- 1 Bennett KL, Phillips JP. Finding, recruiting, and sustaining the future primary care physician workforce: a new theoretical model of specialty choice process. *Acad Med* 2010; 85: 81–88
- 2 Buddeberg-Fischer B, Ebeling I, Stamm M. Karriereförderliche und karrierehinderliche Erfahrungen in der Weiterbildungszeit junger Ärztinnen und Ärzte Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: 2451–2457
- 3 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians – career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly* 2008; 138: 305–312
- 4 Deutsche Krankenhausgesellschaft 2010. Programm zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin – 4. Quartalsbericht 2008. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/93/aid/6782/title/Programm_zur_Foerderung_der_Weiterbildung_in_der_Allgemeinmedizin_-_4_Quartalsbericht_2009 (Zugriff 15. Februar 2011)
- 5 Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010 <http://www.gbe-bund.de> (Zugriff 15. Februar 2011)
- 6 Hibbeler B. Medizinstudium: Bewerberzahlen steigen weiter. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: A-2140/B-1860/C-1832
- 7 Hibbeler B, Korzilius H. Evaluation der Weiterbildung: Ein erster Schritt. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: A-417/B-369/C-361
- 8 Huenges B, Weismann N, Osenberg D, Klock M, Rusche H. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen. *Z Allg Med* 2010; 10: 369–378
- 9 Jankowski P. Allgemeinmediziner Branchenreport 2009. Stuttgart: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, 2009
- 10 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2010. Die Versorgungsberichte der KV BW. <http://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht/> (Zugriff 15. Februar 2011)
- 11 Kopetsch T. Bedarfsplanung: Lücken bei Haus- und Fachärzten. *Dtsch Arztebl* 2009; 106: A-2290/B-1961/C-1913
- 12 Malzahn J, Stosch C. Diagnose Ärztemangel: Freie Stellen und steigende Arzttzahlen. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: 2223–2224
- 13 Martin W. Ärztlicher Stellenmarkt: Der Ärztemangel verfestigt sich. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: 161–162
- 14 Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S. Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? Eine qualitative Befragung von Hausärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 1011–1015
- 15 Natanzon I, Szecsenyi J, Ose D, Joos S. Future potential country doctor: the perspectives of German GPs. *Rural Remote Health* 2010; 10: 1347
- 16 Niehus H, Berger B, Stamer M, Schmacke N. Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte. 2008; <http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapiere.php> (Zugriff 15. Februar 2011)
- 17 Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH. Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2010 [Epub ahead of print]
- 18 Roos M, Blauth E, Steinhäuser J, Ledig T, Joos S, Peters-Klimm F. Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *ZEFQ* 2011 (im Druck)
- 19 SenfjH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 502–512
- 20 Weiß J. Hausärztemangel: Mit strukturierter Weiterbildung gegen die Krise. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 26