

Neuniederlassung von Hausärzten im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern – eine qualitative Studie

New Practice Set-up of Family Practitioners in Rural Mecklenburg-Western Pomerania – a Qualitative Study

Barbara Kreiser¹, Juliane Riedel¹, Silke Völker¹, Anja Wollny¹, Celia Richter², Wolfgang Himmel², Jean-François Chenot³, Christin Löffler¹

Hintergrund: Ländliche, strukturschwache Regionen verzeichnen einen zunehmenden Hausärztemangel. Im Fokus dieser Studie steht die Frage, welche individuellen Beweggründe und Motivationen Hausärzte veranlassen, sich in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns niederzulassen und welche Erfahrungen sie dabei gesammelt haben.

Methoden: 20 Hausärzte, die sich in den vergangenen fünf Jahren im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern niedergelassen haben, wurden in offenen Gesprächen interviewt. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte auf Basis des theoretischen Samplings. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert und auf Grundlage der Grounded Theory kodiert und analysiert.

Ergebnisse: Die aus der bisherigen Forschung bekannten Motive für eine Niederlassung als Hausarzt, nämlich eine als belastend empfundene Arbeitssituation in der Klinik bei einem vergleichsweise geringen Grad an Autonomie, finden sich auch in den Interviews als ein Grund für die Niederlassung wieder. Darüber hinaus ergeben sich aus dem Material weitere Faktoren, die speziell für die Niederlassung im ländlichen Raum von Bedeutung sind. Diese wurden in der Forschung bisher kaum beschrieben. So betonen viele Hausärzte, dass sie sich auf dem Land „richtig gebraucht“ fühlen, eine echte kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung erleben und durch das breite Behandlungsspektrum sowie die Behandlung von jung bis alt immer wieder mit herausfordernden Situationen konfrontiert sind.

Diskussion: Die Studie zeigt, dass die Entscheidung für die Niederlassung im ländlichen Raum und die anschließenden Berufserlebnisse trotz gegenläufiger Faktoren (wie z.B. einem höheren Anteil multimorbider Patienten und

Background: Rural and structurally weak regions increasingly witness a shortage of Family Practitioners (FPs). This study focuses on individual reasons and motivations of FPs to set up a practice in rural areas of Mecklenburg-Western Pomerania, as well as on the experiences they have gained.

Methods: Narrative interviews were conducted with 20 FPs who set up a practice in rural Mecklenburg-Western Pomerania. Interviewee selection was based on theoretical sampling. All interviews were recorded and transcribed verbatim. For coding and analysis Grounded Theory was used.

Results: Reasons and motives for practice set-up of FPs as known from previous research are also present in the interviews: For example the labour situation in hospitals that is perceived as burdensome as well as a comparatively low level of autonomy. From the interview material further factors emerge that are particularly relevant for setting up a FP practice in rural areas and which have been hardly described in research so far. FPs emphasized that they perceive their work in rural areas as needed, and that they experience a real and continuous doctor-patient relationship. Also, they appreciate challenges related to the variety of reasons for doctor-patient consultations in primary care as well as the treatment of patients from young to old.

Discussion: Despite opposing trends (e.g. a comparatively high number of multimorbid patients and a comparatively low number of specialists), the study provides evidence that deciding for setting up as a FP in rural areas as well as related job experiences are largely perceived as positive. The high job satisfaction of FPs working in rural areas needs to be communicated to students

¹ Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock

² Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen

³ Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald

Peer reviewed article eingereicht: 28.11.2013, akzeptiert: 24.01.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0158-0164

einem weniger gut ausgebauten Netz an spezialisierten Fachärzten) als positiv bewertet wird. Die hohe Berufszufriedenheit der auf dem Land tätigen Hausärzte sollte stärker an den Nachwuchs in medizinischen Fakultäten und in die Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt für Allgemeinmedizin kommuniziert werden.

Schlüsselwörter: Hausärzte; ärztliche Versorgung und Ärzteverteilung; Berufswahl; Einstellungen von medizinischem Personal; Entscheidungsfindung im ländlichen Gesundheitswesen

in the medical faculties as well as to physicians completing their training as medical specialist in General Practice.

Keywords: Family Physicians; Supply and Distribution of Physicians; Career Choice; Attitude of Health Personnel; Decision Making Rural Health Services

Hintergrund

Trotz einer im internationalen Vergleich sehr hohen Dichte an Hausärzten [1] gibt es in ländlichen, strukturschwachen Gebieten Deutschlands einen Hausarztmangel. Eine unausgewogene Verteilung der niedergelassenen Hausärzte führt zu einer hausärztlichen Überversorgung in Ballungsgebieten, während in ländlichen Räumen oft keine adäquate Primärversorgung mehr gewährleistet werden kann [2]. Ein sehr hoher Anteil von Ärzten im Alter von über 60 Jahren [3] sowie die kontinuierliche Zunahme von alten und sehr alten Menschen [4] werden diese Entwicklung in Zukunft noch verschärfen. Gleichzeitig mangelt es an hausärztlichem Nachwuchs: Laut einer 2012 veröffentlichten Studie des Hartmannbundes sind lediglich 22 % der Medizinstudierenden im Falle einer Niederlassung an einer hausärztlichen Tätigkeit interessiert und nur 9 % können sich eine Tätigkeit auf dem Land bzw. 15 % eine Tätigkeit in einer Kleinstadt vorstellen [5].

Bisherige Studien v.a. aus dem europäischen Ausland zeigen, dass die Anzahl der Bereitschaftsdienste, die Zusammenarbeit mit Kollegen und die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie Einfluss auf die Entscheidung für eine Niederlassung haben [6, 7]. Einige wenige Untersuchungen in Deutschland fragten Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, welche Faktoren motivierend auf eine Niederlassung z.T. auch im ländlichen Raum wirken. Es sind v.a. die berufliche Autonomie, die Vielseitigkeit des Hausarztberufs und die intensive Arzt-Patienten-Beziehung. Neben der Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheint in Deutschland auch die eigene regionale Herkunft (ländlich vs. urban)

eine wichtige Rolle zu spielen [8–11]. Ein hohes Einkommen und finanzielle Unterstützung zeigten sich in einer Studie zwar als stärkster Anreiz für eine Niederlassung im ländlichen Raum [12], spielten jedoch in anderen Studien eine untergeordnete Rolle [8–10].

Während die bisherigen Studien nach motivierenden Faktoren für eine mögliche Niederlassung im ländlichen Raum vor der eigentlichen Entscheidungsfragen, gibt es in Deutschland kaum Erkenntnisse darüber, warum sich Hausärzte in ländlichen, strukturschwachen Gebieten niederlassen. Im Fokus dieser Untersuchung stehen deshalb die individuellen Beweggründe und Motivationen von Hausärzten, die sich tatsächlich in diesen Gebieten niedergelassen haben sowie ihre Erfahrungen bei diesem Schritt. Daraus könnten sich Anhaltspunkte für gezielte Maßnahmen gegen den Hausärztemangel ergeben.

Methode

Studiendesign

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Im Gegensatz zu quantitativen Forschungsansätzen ermöglichen qualitative Studien eine offene Herangehensweise, die besonders für wenig beforschte und komplexe Fragestellungen geeignet ist. Individuelle Sicht- und Handlungsweisen einzelner Personen können so differenziert erhoben und aus dem Blickwinkel der jeweils Betroffenen heraus betrachtet und analysiert werden [13, 14]. Im Rahmen der Studie wurden 20 narrative, biografische Interviews mit Hausärzten, die sich im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern (MV) niedergelassen haben, geführt. Die Aus-

wahl der Interviewpartner erfolgte entsprechend der Grounded Theory theoriegeleitet [13, 14], d.h., wann immer sich in den Interviews herausstellte, dass ein bestimmtes Merkmal (z.B. der Familienstand) Einfluss auf die Neuniederlassung hat, wurde das Sample sowohl um ähnliche als auch um maximal kontrastierende Fälle erweitert. Die zuvor mittels eines Kurzfragebogens gesammelten biografischen und sozio-demografischen Daten der Neuniedergelassenen im ländlichen MV vereinfachten dieses Vorgehen. Dazu wurden mithilfe der Kassenärztlichen Vereinigung MV alle Hausärzte ermittelt, die sich in den letzten fünf Jahren vor Durchführung der Interviews in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns niedergelassen haben. Im spezifischen Kontext Mecklenburg-Vorpommerns, das vorrangig aus ländlichen Regionen besteht, wurden alle Orte als ländlich definiert, die weniger als 30.000 Einwohner aufweisen. Die sechs größten Städte des Bundeslandes wurden somit ausgeschlossen, Kleinstädte hingegen eingeschlossen. Der Einbezug von Kleinstädten ist u.a. darauf zurückzuführen, dass v.a. auch Kleinstädte im stark alternden und dünn besiedelten Vorpommern mit Engpässen im hausärztlichen Bereich zu kämpfen haben. Die betreffenden 118 Hausärzte wurden schriftlich eingeladen, an der Studie teilzunehmen. 52 Hausärzte meldeten sich interessiert zurück. Von diesen füllten 43 Hausärzte den entsprechenden Fragebogen aus. Die sich aus dem theoretischen Sampling abgeleitete Gruppe von Interviewten ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Interviews dauerten zwischen 45–120 Minuten und fanden in der jeweiligen Hausarztpraxis statt. Eine Sättigung der Daten wurde nach 20 Interviews erreicht.

Geschlechterverteilung	Anzahl
Frauen	9
Männer	11
Alter	
35–44 Jahre	11
45–54 Jahre	7
55–64 Jahre	1
>64 Jahre	1
Soziale Herkunft	
Familie ohne akademischen Hintergrund	7
Akademikerfamilie	13
Regionale Herkunft	
MV	7
restl. Bundesgebiet	11
Ausland	2
Aufgewachsen	
im ländlichen Raum	10
in mittelgroßer Stadt	6
in Großstadt	1
unterschiedlich	3
Familienstand	
ledig	1
nichtehelich zusammenlebend	1
verheiratet	12
geschieden	3
geschieden, wieder verheiratet	3
Anzahl der Kinder	
keine	2
1 Kind	5
2 Kinder	6
3 oder mehr Kinder	7
Regionale Herkunft des Partners	
MV	8
restl. Bundesgebiet	10
Ausland	1
partnerlos	1
Partner aufgewachsen	
im ländlichen Raum	7
in mittelgroßer Stadt	8
in Großstadt	4
partnerlos	1
Berufsfeld des Partners	
im medizinischen Bereich tätig	12
im nichtmedizinischen Bereich tätig	7
partnerlos	1
Ausbildungsniveau des Partners	
Akademiker	16
Nichtakademiker	3
partnerlos	1

Tabelle 1 Sozio-demografische Merkmale der interviewten Hausärzte (n = 20)

Samplebeschreibung

Insgesamt wurden neun Frauen und elf Männer im Alter zwischen 35 und 68 Jahren interviewt. 13 Hausärzte praktizierten im ländlichen Raum, sieben Ärzte waren in einer Kleinstadt tätig. Das durchschnittliche Alter betrug 47 Jahre. Von den interviewten Hausärzten stammten sieben aus MV, elf aus dem restlichen Bundesgebiet und zwei aus dem Ausland. Erstaunlicherweise stammte der Großteil der Hausärzte, die sich zurückmeldeten und den Kurzfragebogen ausfüllten, nicht aus MV. Zehn der interviewten Hausärzte sind im ländlichen Raum aufgewachsen, sechs in einer mittelgroßen Stadt und einer in einer Großstadt. Drei Hausärzte sind an verschiedenen Orten mit unterschiedlichem Grad an Urbanisierung aufgewachsen. Bereits im Sample zeigt sich eine sehr starke Familienorientierung: Zwölf Hausärzte waren verheiratet, drei wiederverheiratet, einer nichtehelich zusammenlebend, drei geschieden aber in Partnerschaft lebend und ein Hausarzt ledig. Obwohl ein stärkerer Einbezug von ledigen Hausärzten wünschenswert gewesen wäre, war dies nicht möglich. Nahezu alle zum Interview bereiteten Hausärzte befanden sich in einer Partnerschaft bzw. waren verheiratet. Von den befragten Hausärzten hatten fünf Ärzte ein Kind, sechs Ärzte hatten zwei Kinder und sieben Ärzte hatten drei oder mehr Kinder. Nur zwei interviewte Hausärzte waren kinderlos. Die Lebenspartner der interviewten Hausärzte waren mehrheitlich Akademiker (16 von 19) und gingen einer Tätigkeit im medizinischen Bereich nach (zwölf von 19) (s.a. Tab. 1).

Datenauswertung

Alle Interviews wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Daten wurden auf Grundlage der Grounded Theory [13] mithilfe der Analyse-Software NVivo 9 (NVivo, QSR International, UK) von zwei Wissenschaftlern kodiert und kategorisiert. Die einzelnen Kodierschritte wurden regelmäßig in einem Team, bestehend aus Medizinerinnen, Soziologen und Gesundheitswissenschaftlern, diskutiert. Darüber hinaus wurden während des zirkulär verlaufenden Analyseprozesses entstehende Hypothesen in Form von Memos festgehalten.

Ethikvotum

Ein Ethikvotum war aus Sicht der zuständigen Ethikkommission nicht notwendig. Angaben, die Rückschlüsse auf die interviewte Person zulassen würden, wurden im Folgenden pseudonymisiert. Dazu zählen auch alle Ortsangaben.

Ergebnisse

Beweghintergründe für eine Niederlassung im ländlichen MV

In den Interviews zeigt sich, dass die Entscheidung für eine Niederlassung häufig vor dem Hintergrund einer Tätigkeit im stationären Bereich getroffen wurde: 13 der interviewten Hausärzte wechselten direkt von der Klinik in die Niederlassung; für sieben Hausärzte war die Niederlassung im ländlichen MV eine Folgeniederlassung. In der Analyse wird offensichtlich, dass die als hoch empfundene Arbeitsbelastung insbesondere durch Dienste und Überstunden sowie die hierarchischen Strukturen in den Kliniken die Entscheidung für eine Niederlassung maßgeblich beeinflussten. Interviewpartner betonten den wachsenden Wunsch nach Autonomie:

„Man ist ja fremdbestimmt von Oberärzten, Patienten und dem Apparat. Also es liegt in der Natur der Sache, dass im Krankenhaus kränkere Patienten sind. Die dann auch ihr Recht fordern. Speziell an der Uniklinik war das nicht zu schaffen, weil das eigentlich eine ständige Überlastung war. Und das war auf Dauer unbefriedigend. [...] Und die Arbeit hat damals auch Spaß gemacht, aber ja das war viel mehr Stress als jetzt. [...] Also hier bin ich einfach mein eigener Herr und das ist gut. [...] Und ich bin im Krankenhaus manchmal mehr ein Getriebener und hier bin ich mehr Akteur. Also hier kann ich mir selbst einteilen, wie viel ich arbeiten möchte.“ (Hausarzt, 42 Jahre)

Insgesamt spielte die autonome Ausübung des Arztberufes in den Erzählungen der interviewten Ärzte und Ärztinnen eine besondere Rolle. Dass es den interviewten Hausärzten wichtig ist, Arbeit und Freizeit selbstständig einteilen zu können, zeigt auch das folgende Zitat:

„Also ich will keinen Tag zurück in die Klinik, nicht einen einzigen. Auf keinen

Fall. [...] Da ist es hier schon ganz schön, bei aller Verantwortung, bei allem Schreib- und Papierkram, den du hast, aber heute ist Mittwochnachmittag. Ich hab mein Papierwerk im Griff. Ab 13 Uhr ist der Bereitschaftsdienst in Kraft, ich kann jetzt also mein Telefon ausstellen [...] Ich hab jetzt quasi Freizeit. Ich kann gleich nach Warin fahren und mich an' See setzen. Und das sind dann doch die Annehmlichkeiten, die Sie in dem Job haben, die Sie für sich entscheiden können.“ (Hausarzt, 38 Jahre)

Für einige Befragte war die Entscheidungsfindung für eine Niederlassung im ländlichen MV von einer Begeisterung für das Bundesland geprägt. Vor allem Hausärzte, die aus der Region stammen, betonten ihre Verbundenheit:

„Da ich eigentlich sofort von Anfang an eigentlich immer den Wunsch hatte, in meine Heimat zurückzugehen, weil ich also wirklich 'nen ausgesprochenen Mecklenburg-Fan bin. [...] Na ja, das ist halt meine Heimat und ich bin nicht der Großstadtmensch und ja, hier gefällt es mir halt [...]. Die Ostsee, das Wasser, die Seen, das ist halt was mir so, also auch so von der Landschaft, [...] gefällt mir besser.“ (Hausarzt, 43 Jahre)

Daneben spielten auch Hilfe und Unterstützung bei der Betreuung von Kindern durch Eltern bzw. Schwiegereltern eine wichtige Rolle. Einige Hausärzte bezogen diesen Umstand in ihre Entscheidung ein:

„Letztendlich um unsere Familie dann eben auch zusammenzuführen, sind wir dann dazu gekommen, hier in den Norden uns zu orientieren. (...) Weil meine Ehefrau eben aus Bützow stammt und wir hier die Schwiegereltern dann eben auch zur Hilfe und Unterstützung hatten.“ [Hausarzt, 40 Jahre]

Der größere Teil der interviewten Hausärzte stammte jedoch nicht aus MV; dennoch zeigte sich auch unter den Neuzugewanderten eine hohe Begeisterung für das Bundesland. Insbesondere der hohe Freizeitwert der Region, die Nähe zur Ostsee und das „Leben im Grünen“ waren Faktoren, die die Niederlassung im ländlichen Raum maßgeblich mitbestimmten:

„Seit 1990 bin ich eigentlich hier in Mecklenburg-Vorpommern immer an jedem Wochenende und in jeder freien Zeit. [...] Weil ich mich eigentlich schon immer in diese Gegend verliebt hab. Und auch diese, ja auch dieses abgeschiedene Wohnen. Ja, also wir wohnen so im Ausbau, da gibt's

nur zwei Häuser. Und find ich einfach toll.“ (Hausärztin, 52 Jahre)

„Mir tut das da oben so gut. Ja. Die Natur ist so schön. Die Ruhe. Das Meer. [...] Also ich wollte schon immer so ein bisschen in Seenähe arbeiten, weil [...] ich finde, wir sind so klein mit Hut, wenn man da so am Meer steht. Und das hat mir irgendwie immer gut getan [...]. Also, wenn man sieht, wie viele hier herziehen, dann als Rentner und die die Gegend genießen. Ich mein, ich war jetzt auch schon drei Tage nicht mehr am Meer, ne? Aber wenn ich Lust habe drauf, dann stell ich mein Auto ab, laufe ans Meer und geh mittags schwimmen. Das mache ich im Sommer auch. Und dann denke ich immer ‚Ach, ist schon alles gut, so wie es gekommen is‘.“ (Hausärztin, 51 Jahre)

Eng damit verbunden und ein wiederkehrendes Motiv in den Erzählungen der Interviewpartner war der Wunsch nach einer Reduktion des Alltagsstresses. Die Niederlassung im ländlichen MV wurde von vielen Interviewpartnern als erholsame Hinwendung zur Natur und Ursprünglichkeit empfunden. Eine Hausärztin, die zuvor in einer städtischen Umgebung lebte und niedergelassen war, untermauerte genau diesen Aspekt:

„Wir wollten uns entschleunigen. Das war ganz bewusst. [...] Und unser Sohn ist ja dann auch weggegangen, ne. Ist ja groß gewesen, dann waren wir beide alleine und dann war schon so die Frage, wie wollen wir die nächsten 20 Jahre arbeiten? Und haben bewusst nach Perspektiven gesucht. [...] Also die Altersgründe meiner Eltern waren ein Grund und mit dem Haus nen Grund, aber wir wollten uns entschleunigen. Garten, bisschen Zeit und so.“ (Hausärztin, 49 Jahre)

Anknüpfend an diesen Wunsch nach Ursprünglichkeit zeigte sich bei den interviewten Hausärzten auch der Wunsch, ihr Einkommen durch originär hausärztliche Tätigkeiten zu erzielen und nicht durch sonstige zusätzliche Leistungen. Insbesondere Hausärzte, die zuvor an anderen Standorten niedergelassen waren, betonten diesen Aspekt. Ihnen war es wichtig, ohne „individuelle Gesundheitsleistungen“ ein ausreichendes Einkommen erwirtschaften zu können und dabei nicht ausschließlich von Standortvorteilen und -nachteilen abhängig zu sein. Beides, steigende Fallzahlen und gesteigerte Fallwerte haben in den vergangenen Jahren dazu ge-

führt, dass Hausärzte in MV im Vergleich zum Bundesdurchschnitt das höchste Quartalseinkommen erzielen [15]. Individuelle Gesundheitsleistungen hingegen spielen in MV, wie in Ostdeutschland insgesamt, eine geringe Rolle. Eine originär hausärztliche Tätigkeit verbanden viele Hausärzte auch mit dem Gefühl, als Arzt noch gebraucht zu werden. Eine Hausärztin, die aus einem Ballungsgebiet ins ländliche MV wechselte, beschrieb diese Sichtweise:

„Und ich hab durch Zufall an einem Tag, an dem ich so gefrustet war, im Fernsehen ne Sendung gesehen ‚Mecklenburg-Vorpommern sucht Ärzte‘ und ich hab gedacht: Warum tu ich mir das eigentlich an? Mich hier in die Stadt zu setzen, wo's so viele gibt und nicht dort hin zu gehen, wo's mir eigentlich von der Landschaft her gefällt? Und wo man, ja denk ich, eigentlich auch noch echt gebraucht wird. Und wo's nicht drum ging, irgendwelche Zusatzsachen zu machen. Weil da ist ja wirklich ausreichend zu tun, da braucht man nicht irgendwelche Kinkerlitzchen irgendwie zu machen.“ (Hausärztin, 52 Jahre)

Erstaunlicherweise spielten Faktoren wie eine hohe Arbeitsbelastung durch hausärztliche Unterversorgung im ländlichen Raum sowie mangelnde Zeit durch administrative Vorgänge in den Interviews nur eine sehr geringe Rolle. Bei der Entscheidung für die Niederlassung im ländlichen MV wurden diese Aspekte von den Hausärzten kaum berücksichtigt.

Erfahrungen der Hausärzte in der Niederlassung

Insgesamt bewerteten die interviewten Hausärzte ihre Erfahrungen mit der Niederlassung im ländlichen Raum als sehr positiv. Insbesondere die kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung mit hausärztlicher Betreuung ganzer Familien von jung bis alt wurde als großer Zugewinn wahrgenommen:

„Und generell, dass immer mehr Familien über die Zeit hinweg entstehen. Und dann kommt irgendwie ein Bursche rein von fünf Jahren, den kennt man. Ich habe meinen Laden hier jetzt seit drei Jahren auf. Den kennt man schon seit seinem zweiten Lebensjahr, wo er noch nicht sprechen konnte. Jetzt redet er, spricht er völlig normal mit einem. [...] Dass man einfach so am Lauf der Dinge auch Teil hat, das ist schön.“ (Hausarzt, 44 Jahre)

Verbunden damit ist eine große Breite an Behandlungsanlässen auf dem Land. Gerade herausfordernde Situationen machten für viele interviewte Hausärzte den besonderen Reiz des Landarztdaseins aus. So betonte ein Hausarzt, der sich nach der Facharzt Ausbildung bewusst für eine Niederlassung im ländlichen Raum entschied, dass für ihn gerade diese Momente besonders spannend sind:

„Gerade hier aufm Dorf in der Praxis, du siehst ja alles. Die kommen selbst mit abgeschnittenen Fingern hier rein und sagen, erstmal gucken wir hier, ne? Lass dir mal was einfallen. Ja, und das ist eigentlich das, was's spannend macht. Siehste in der Stadt vielleicht nicht so häufig, aber hier aufm Dorfsiehst du alles. Von A bis Z. Und das is natürlich cool. Das is ne schöne Sache.“ (Hausarzt, 38 Jahre)

Vor allem Hausärzte mit kleineren Kindern unterstrichen die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit der hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land. Neben Zeit für Familie und Kinder blieb vielen Interviewten auch Raum für Hobbys und soziale Aktivitäten. Häufig wurde dies als Zugewinn an Lebensqualität wahrgenommen. Ein Hausarzt, der zuvor immer in städtischer Umgebung gelebt hatte, berichtete von den positiven Aspekten des Landlebens:

„Wir leben auf einem Dorf und das Landleben gefällt uns gut. Das Leben in der Stadt, das ich zuvor geführt habe, vermisse ich eigentlich eher nicht. Aber das liegt vielleicht daran, dass ich Hobbys gefunden habe, die mir viel Spaß machen. [...] Dinge, die man eher auf dem Land tut als in der Stadt. [...] Ich habe drei kleine Kinder. Die beschäftigen mich gut in meiner Freizeit und ansonsten habe ich eben auch zeitintensive Hobbys. Ich habe einen großen Garten, ich mache mein Holz selber, ich habe Schafe, Bienen. Ich gehe jagen, in dem Jagdgebiet um mein Dorf.“ (Hausarzt, 42 Jahre)

Die meisten Hausärzte berichteten sehr ausführlich über den Prozess der Niederlassung in MV. Während einige insbesondere die Hilfestellung von Gemeinden und einzelnen Institutionen positiv wahrnahmen und sich in ihrer Entscheidung bestärkt fühlten, berichteten andere Hausärzte von mangelnder Unterstützung im Vorfeld der Niederlassung und den damit einhergehenden bürokratischen und finanziellen Hürden.

Diskussion

In den narrativen, biografischen Interviews mit 20 Hausärzten im ländlichen MV spielten die Verbundenheit zum Bundesland, die Begeisterung für das Leben im Grünen bzw. an der Küste, der hohe Freizeitwert der Region, eine damit assoziierte Reduzierung des Alltagsstresses, die Ausübung einer originär hausärztlichen Tätigkeit und das Gefühl gebraucht zu werden eine maßgebliche Rolle für die Niederlassung auf dem Land. Diese Aspekte sind neu und wurden in vorangegangenen Studien nicht betrachtet. Zwei weitere Motive beeinflussten die hausärztliche Niederlassung im ländlichen Raum positiv: eine zuvor als hoch erlebte Arbeitsbelastung in der Klinik bei einem vergleichsweise geringen Grad an beruflicher Autonomie. Beide Motive wurden bereits in anderen Studien diskutiert [8–11]. Die Erfahrungen nach der Niederlassung wurden von den interviewten Hausärzten mehrheitlich als positiv beschrieben. Besonders die Betreuung von jung bis alt, die enge Patientenbindung, die Breite der Behandlungsanlässe und die gute Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit wurden hier betont. Erstaunlicherweise spielten eine hohe Arbeitslast bedingt durch eine hausärztliche bzw. fachärztliche Unterversorgung im ländlichen Raum sowie Zeitmangel durch administrative Vorgänge eine geringe Rolle.

Diese insgesamt sehr positive Sicht auf den Hausarztberuf konnte durch eine repräsentative Querschnittsstudie in MV bestätigt werden. Hier zeigte sich, dass der überwiegende Teil der befragten Hausärzte mit der hausärztlichen Tätigkeit zufrieden oder sehr zufrieden ist (73 % der Befragten). Die Analyse zeigte auch, dass einige Dimensionen hausärztlicher Berufszufriedenheit weitaus weniger bedeutsam sind als vielfach angenommen. So waren Hausärzte in MV sehr unzufrieden mit den administrativen Verpflichtungen; einen großen Anteil an der Gesamtberufszufriedenheit hatte diese Dimension jedoch nicht. Großen Einfluss auf die Berufszufriedenheit hatten in der Untersuchung hingegen das Arzt-Patienten-Verhältnis, die Vergütung, die Patientenversorgung, Freizeit sowie das Verhältnis zu Kollegen. Gerade mit dem Verhältnis zu den Patienten waren die befragten Hausärzte in der Querschnittsstudie sehr zufrieden [16].

Barbara Kreiser ...



... studierte Humanmedizin an der Universität Pécs (Ungarn) und an der Universität Rostock. Sie ist Assistenzärztin in Weiterbildung für Allgemeinmedizin und promoviert am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock. Sie beschäftigt sich mit dem Thema Neuniederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen.

Studien aus dem europäischen Ausland weisen z.T. in eine ähnliche Richtung. So zeigte eine Befragung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses in Großbritannien, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Hauptgrund dafür ist, dass sich Mediziner für die Hausarztztätigkeit entscheiden. Als weitere Faktoren werden hier Autonomie, negative Erfahrungen in der Klinik, als positiv erlebte Herausforderungen in der Allgemeinmedizin und der erhöhte Kommunikationsanteil genannt [7]. Eine Studie aus der Schweiz untermauert v.a. den Attraktivitätsverlust der Hausarztmedizin und sucht nach Wegen, diesen aufzufangen. Diskutiert wird hier u.a. eine bessere Vertretung der Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung sowie eine höhere Anerkennung seitens der spezialisierten Fachärzte [17].

Der Einschluss von sieben Hausärzten, die sich in Kleinstädten MVs niedergelassen haben, kann durchaus als Limitation dieser Studie verstanden werden. Da jedoch auch diese Gebiete, ähnlich wie die ländlichen Räume in MV, von Engpässen in der hausärztlichen Versorgung und einer insgesamt schwachen Infrastruktur betroffen sind, ist es wichtig, auch hier zu erfassen, welche Motive Hausärzte veranlasst haben, sich dort niederzulassen. Das Interviewen von Hausärzten, die sich in den vergangenen fünf Jahren im ländlichen MV niedergelassen haben, setzt den Fokus auf die Gruppe der Neuniedergelassenen. Hausärzte, die schon sehr viel länger einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land nachgehen, werden in der Studie nicht betrachtet. Parallel stattfindende

Interviews mit alt eingesessenen Landärzten in MV haben gezeigt, dass diese über die Jahre einen Verlust an beruflicher Autonomie beschreiben und erlebt haben. Nichtsdestotrotz bestätigt die repräsentative Querschnittstudie zur hausärztlichen Berufszufriedenheit in MV die Ergebnisse dieser Untersuchung. Gerade die offene Herangehensweise und der Einsatz narrativer, biografischer Interviews gibt den an der Studie teilnehmenden Hausärzten Raum, ihre persönliche Entscheidung für die Niederlassung im ländlichen MV im Kontext ihrer Biografie frei und ohne Zeitdruck zu erzählen. So hat dieser qualitative Ansatz Aspekte zutage gefördert, die in der Literatur so noch nicht diskutiert wurden, für die Interviewten jedoch höchst relevant waren. Zudem wurden in dieser Studie erstmals Hausärzte zeitlich *nach* ihrer Niederlassung zu ihren Motiven befragt. Diese Untersuchung basiert damit nicht auf hypothetischen Annahmen, sondern auf der Rekonstruktion tatsächlicher Entscheidungen und ihrer Gründe. Diese gedankliche Rekonstruktion des Entscheidungsprozesses erfolgte zeitnah nach der Niederlassung.

Zukünftige Studien sollten sich der Frage widmen, welche Faktoren die hausärztliche Niederlassung in anderen ländlichen Räumen, beispielsweise in anderen Bundesländern, beeinflussen und ob dort ähnliche oder andersartige Aspekte von Bedeutung sind. Neben Ärzten in MV werden im Rahmen dieser Studie auch Hausärzte im ländlichen Niedersachsen interviewt und auf diese Fragestellung untersucht.

Schlussfolgerung

Die hohe Berufszufriedenheit der auf dem Land tätigen Hausärzte sollte stärker betont werden. Es müssen Wege gefunden werden, wie die hier gewonnenen Erkenntnisse – die dem in den Medien und von Interessensvertretern postulierten Bild des unzufriedenen Landarztes deutlich widersprechen – dorthin transportiert werden können, wo sie von Bedeutung sind: an die medizinischen Fakultäten und in die Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Möglicherweise kann die aktuell erfolgende Ausweitung des Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin zusammen mit einer stärkeren Vermittlung von Blockpraktika auf dem Land dazu beitragen, diese positiven Impulse an Studierende heranzutragen. Entsprechende internationale Erfahrungen belegen diese Vermutung [18–20]. Daneben ist es von größter Bedeutung, gerade dem fachlichen Nachwuchs langfristige Perspektiven zu eröffnen und eine Langzeit-Bindung an den ländlichen Raum zu ermöglichen.

Danksagung: Unser herzlicher Dank gilt allen Hausärztinnen und Hausärzten, die an der Studie teilgenommen haben und die bereit waren, ihre Gedanken und Erfahrungen mit uns zu teilen. Wir bedanken uns außerdem für die konstruktiven Reviewerkommentare.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Förderung: Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der „Studien in der Versorgungsforschung“ gefördert (Förderkennzeichen BMBF 01GY1122).

Korrespondenzadresse

Barbara Kreiser
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsmedizin Rostock
 Doberaner Straße 142, 18057 Rostock
 Telefon: 0381 4942481
 barbara.kreiser@gmail.com

Literatur

1. OECD. OECD Health Data 2009 – comparing health statistics across OECD countries, 2009
2. Klose J, Rehbein I. Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem. In: Altenhofen L, Günster C (Hrsg.). Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 2011: 199–226
3. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung, 5. aktualisierte Aufl. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010
4. Fendrich K, Hoffmann W. More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. *J Public Health* 2007; 15: 345–51
5. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/233919/umfrage/taetigkeitsinteresse-deutscher-medizinstunden-bei-einer-niederlassung> (letzter Zugriff am 06.01.2014)
6. 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: 305–12
7. Watson J, Humphrey A, Peters-Klimm F, Hamilton W. Motivation and satisfaction in GP training: a UK cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2011; 61: 645–49
8. 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* 2012; 74: 12–20
9. Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 1715–19
10. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Z Allg Med* 2013; 89: 10–15
11. Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, Peters-Klimm F, Ledig T, Szecsenyi J, Joos S. „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *ZEFQ* 2011; 105: 89–96
12. Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH. The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 2010; 45: 212–29
13. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory, 3. Aufl. Los Angeles, Calif: Sage Publications, 2008
14. Wollny A, Marx G. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin, Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Z Allg Med* 2009; 85: 467–476
15. Ärztezeitung 11.10.2013, Die Gewinner und Verlierer unter den Ärzten. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/847740/honorar-vergleich-gewinner-verlierer-aerzten.html (letzter Zugriff am 06.01.2014)
16. Löffler C, Höck J, Hornung A, et al. Hausärztliche Berufszufriedenheit in Mecklenburg-Vorpommern, Abschlussbericht, 2012
17. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty E. Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin – Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten. *Prim Care* 2007; 7: 639–41
18. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rur Rem Health* 2009; 9: 1083
19. Hyer JL, Bazemore AW, Bowman RC, Zhang X, Petterson S, Phillips RL. Rural origins and choosing family medicine predict future rural practice. *Am Fam Physician* 2007; 76: 207
20. Rourke J, Incitti F, Rourke L, Kennard M. Keeping family physicians in rural practice – solutions favoured by rural physicians and family medicine residents. *Can Fam Physician* 2003; 49: 1142–1149



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den
„Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de