

Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2)

The Results of Six Years Postgraduate Vocational Training for Primary Medical Care in Germany – Results of the KarMed-study (Part 2)

Hendrik van den Bussche, Sigrid Boczor, Stephanie Siegert, Sarah Nehls, Susan Selch, Rüja-Daniela Kocalevent, Martin Scherer

Hintergrund: Hintergrund der KarMed-Studie ist der drohende Nachwuchsmangel im hausärztlichen Bereich. Das Ziel ist die längsschnittliche Untersuchung der Berufsvorstellungen von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums des Jahrgangs 2009 während eines darauffolgenden sechsjährigen Follow-ups in Bezug auf eine hausärztliche Tätigkeit. Dieser Zeitraum ist ein Jahr länger als die minimale Weiterbildungsdauer von fünf Jahren gemäß Weiterbildungsordnung. Untersucht wurde die Frage, welche Faktoren die Wahl einer hausärztlichen Tätigkeit beeinflussen. Ferner wurde analysiert, inwiefern eine hausärztliche Tätigkeit außerhalb der großen Städte beabsichtigt wird.

Methoden: Jährliche standardisierte postalische Befragungen der Absolventinnen und Absolventen von sieben medizinischen Fakultäten vom Praktischen Jahr bis maximal sechs Jahre nach abgeschlossener Weiterbildung. Rücklaufquoten: 48 % im ersten Befragungsjahr, danach in allen Befragungen 85 % und mehr. Längsschnittliche Auswertung mit deskriptiven statistischen Verfahren und Regressionsanalysen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen eine beträchtliche Zunahme der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit bei Ärztinnen über die sechs Jahre. Auffällig hierbei sind a) der zunehmende Wunsch, in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten und dies b) zunehmend in Teilzeit. Dass 14 % der hausärztlich Interessierten nach sechs Jahren Weiterbildung „in einer ländlichen Region“, weitere 24 % „in einer Kleinstadt“ tätig werden wollen, zeigt eine zunehmende Präferenz für eine hausärztliche Tätigkeit in kleineren Ortsgrößen. Regressionsanalytisch findet sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Präferenz für eine hausärztliche Tätigkeit und einer Elternschaft.

Background: The background to the KarMed-study is the impending shortage of junior family physicians (FPs). The aim of the study is the longitudinal investigation of the career aspirations of graduates of medical undergraduate education in 2009 during the six-year postgraduate training phase for family medicine. This time span of investigation is one year longer than the minimum requirement of five years. We examined which factors influence the choice of family medicine. It was also analyzed to what extent future FPs intend to work outside the major cities.

Methods: Annual standardized postal surveys of graduates of seven medical faculties from the practical year to a maximum of six years of further education. Response rates: 48 % in the first survey year, then 85 % and more in all surveys. Longitudinal analysis with descriptive statistical methods and regression analyses were applied.

Results: The results show a considerable increase in the attractiveness of family medicine by female residents over the six years. The most striking features here were a) the increasing intention to work in an employment relationship instead of private practice, and b) the increasing tendency to work part-time. A growing preference for a FP-activity in smaller towns and the countryside was shown (14 % of doctors after vocational training preferred work in a rural area and a further 24 % in small towns). Regression analysis shows a clear correlation between the preference for family practice and parenthood.

Conclusions: Some 70 % of future FPs will probably be female doctors. FP care will not only become a female sector, but also a parent sector. To ensure the provision of primary care will be more difficult in the future because the majority of interested female doctors would like to work part-time and as salaried employees. Alternative or-

Schlussfolgerungen: Die Entwicklung geht vermutlich dahin, dass 70–75 % der künftig hausärztlich Tätigen Ärztinnen sein werden. Die hausärztliche Versorgung wird aber nicht nur ein weiblicher, sondern auch ein Eltern-Sektor. Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wird aber künftig dadurch schwieriger, dass die interessierten Ärztinnen mehrheitlich in Teilzeit und im Angestelltenverhältnis arbeiten möchten. Alternative Organisationsmodelle sollten entwickelt und praktisch geprüft werden, nicht zuletzt unter ökonomischen Aspekten.

Schlüsselwörter: ärztliche Weiterbildung, Berufswahl, hausärztliche Versorgung, Hausarzt, Ärztinnen

ganizational models should be developed and tested in practice for this sample, not least from an economic point of view.

Keywords: Postgraduate medical education, career choice, primary care, family medicine, gender differences

Hintergrund

Die vom Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführte KarMed-Kohortenstudie untersucht die beruflichen Präferenzen und den Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (abgekürzt: ÄiW) vom Berufseinstieg bis zur fachärztlichen Anerkennung (abgekürzt: FäA) im Längsschnitt, u. a. um belastbare Daten über das künftige Angebot an Ärztinnen und Ärzten in der hausärztlichen Versorgung zu gewinnen. Die KarMed-Untersuchung umfasste sieben Erhebungszeitpunkte im Zeitraum 2009–2016, einem Zeitraum, der länger ist als die gemäß Weiterbildungsordnung vorgeschriebene Mindestzeit von fünf Jahren.

In der September-Ausgabe der ZFA wurde der erste Teil der Ergebnisse für die Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin ohne Schwerpunkt veröffentlicht [für die Gründe dessen Einbeziehung vgl. Teil 1 [1]].

In diesem Aufsatz wird untersucht, welchen Einfluss das Geschlecht bzw. der Elternstatus und die Präferenzen bezüglich der Arbeitszeit (Vollzeit oder Teilzeit) auf das Interesse an einer hausärztlichen Tätigkeit haben. Ferner wird geprüft, welche Ortsgröße für die hausärztliche Tätigkeit (großstädtische oder ländliche Umgebung) nach der FäA angestrebt wird. Alle genannten Faktoren könnten einen wichtigen Einfluss auf die Planung der hausärztlichen Weiterbildung bzw. Berufsausübung haben.

Methoden

Die Attraktivität bzw. die Präferenz für eine Fachrichtung wird definiert als der Anteil derjenigen, die angaben, diese Fachrichtung als erste Priorität für die FäA anzustreben. Da die Zahl der Männer, die eine FäA in Allgemeinmedizin anstreben bzw. hausärztlich tätig werden wollen, so gering ist, sind die entsprechenden Zahlen lediglich als Tendenzangaben zu verstehen.

Für eine detaillierte Beschreibung der Methodik wird auf den veröffentlichten ersten Teil dieser Untersuchung verwiesen [1]. Die deskriptiven statistischen Analysen wurden mit SPSS für Windows Version 25 durchgeführt. Zur Vorhersage von Faktoren für die Präferenz hausärztliche Tätigkeit wurden logistische Regressionen berechnet.

Für eine Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der KarMed-Kohorte wird auf Teil 1 [1] verwiesen.

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt (PV3063).

Ergebnisse

Freiberuflichkeit oder Angestelltenstatus

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass der Anteil der an einer hausärztlichen Tätigkeit interessierten ÄiW im Vergleich zu den PJ-Studierenden von 10 % auf 17 % anstieg (+ 67 %; $p < 0,001$). Dieser Zuwachs an hausärztlich Interessierten war stärker auf die Entwicklung

bei den Ärztinnen im Vergleich zu den Ärzten zurückzuführen. Insbesondere zwischen T4 und T6 fand ein großer Sprung des Interesses an einer hausärztlichen Tätigkeit statt (T4–T6: + 41 %; $p < 0,001$).

Bei den hausärztlich interessierten Ärztinnen nahm die Präferenz für eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis über die Zeit deutlich zu (T2: 32 % vs. T6: 43 %), entsprechend sank das Interesse an einer Niederlassung (vgl. Abbildung 1). Künftige Hausärzte hingegen bevorzugten tendenziell die Niederlassung (74 % zu T6).

Elternstatus und Geschlecht

Das Interesse an einer Anerkennung im Fach Allgemeinmedizin war bei Ärztinnen mit Kind deutlich größer als bei Ärztinnen ohne Kind (T6: 67 % mit Kind vs. 33 % ohne Kind; $p = 0,002$); Im Vergleich dazu betrug der Anteil der Ärztinnen mit Kind in allen anderen Disziplinen zusammen 42 % ($p = 0,06$).

Präferiertes Arbeitszeitmodell

Tabelle 2 zeigt in der Addition der Zeilen 2 und 4, dass 71 % der Ärztinnen, die zu T6 eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, unmittelbar nach der FäA in Teilzeit arbeiten möchten (T4: 62 %). Wenn ein Kind vorhanden ist, steigt dieser Prozentsatz zu T6 auf 93 % (T4: 82 %). Die Unterschiede zwischen Ärztinnen mit und ohne Kind waren statistisch signifikant ($p < 0,001$; ebenso zu T4: $p < 0,005$; vgl. Abb. 1).

		Gesamt				Ärztinnen				Ärzte			
		T0	T2	T4	T6	T0	T2	T4	T6	T0	T2	T4	T6
1	Niederlassung als Hausärztin/-arzt	-	50 (7,7)	45 (7,7)	42 (10,4)	-	34 (7,7)	30 (7,7)	28 (9,9)	-	16 (7,5)	15 (7,9)	14 (11,9)
2	Angestellt als Hausärztin/-arzt in Praxis/MVZ	-	17 (2,6)	25 (4,3)	26 (6,5)	-	16 (3,6)	22 (5,6)	21 (7,4)	-	1 (0,5)	3 (1,6)	5 (4,2)
3	Hausärztliche Tätigkeit insgesamt	91 (10,0)	67 (10,3)	70 (12,0)	68 (16,9)	55 (9,4)	50 (11,4)	52 (13,3)	49 (17,4)	35 (11,1)	17 (8,0)	18 (9,5)	19 (16,1)
4	Niederlassung als Gebietsarzt/-ärztin	-	132 (20,2)	100 (17,2)	61 (15,1)	-	78 (17,8)	56 (14,3)	38 (13,5)	-	54 (25,3)	44 (23,3)	23 (19,5)
5	Angestellt als Spezialist/-in in Praxis/MVZ	-	78 (12,0)	83 (14,3)	55 (13,6)	-	64 (14,6)	71 (18,1)	53 (18,8)	-	14 (6,6)	11 (5,8)	2 (1,7)
6	Gebietsärztliche Tätigkeit insgesamt	255 (28,3)	210 (32,2)	183 (31,4)	116 (28,8)	177 (30,3)	142 (32,3)	127 (32,4)	91 (32,3)	77 (24,5)	68 (31,9)	55 (29,1)	25 (21,2)
7	Vertragsärztliche Tätigkeit insgesamt	345 (38,3)	277 (42,5)	253 (43,5)	184 (45,7)	232 (39,7)	192 (43,7)	179 (45,7)	140 (49,6)	112 (35,7)	85 (39,9)	73 (36,9)	44 (37,3)
8	Andere beruflichen Ziele (Krankenhaus-tätigkeit etc.)	555 (61,7)	375 (57,5)	329 (56,5)	219 (54,3)	353 (60,3)	247 (56,3)	213 (54,3)	142 (50,4)	202 (64,3)	128 (60,1)	116 (63,1)	74 (62,7)
9	Alle beruflichen Ziele	900 (100)	652 (100)	582 (100)	403 (100)	585 (100)	439 (100)	392 (100)	282 (100)	314 (100)	213 (100)	189 (100)	118 (100)

* in allen Erhebungen: ohne Unentschiedene

Tabelle 1 Angestrebte Varianten vertragsärztlicher Tätigkeit nach der fachärztlichen Anerkennung nach Geschlecht und Befragungszeitpunkt (absolute Häufigkeiten*, Spaltenprozentage in Klammern)

Ortspräferenz in der vertragsärztlichen Versorgung

14 % der hausärztlich Interessierten möchten nach sechs Jahren Weiterbildung „in einer ländlichen Region“, weitere 24 % „in einer Kleinstadt

(< 20.000 Einwohner)“ tätig werden. Es sind vor allem Ärztinnen, die zu 41 % eine Tätigkeit in diesen Ortsgrößenklassen anstreben, während Ärzte dies in beiden Klassen zusammen nur zu 29 % tun (p < 0,001; vgl. Tab. 3).

Das Interesse, in einer Kleinstadt (mit 24 %) bzw. auf dem Lande (mit 14 %) hausärztlich tätig zu werden, ist – insgesamt gesehen – größer als in jüngerer Zeit gemeinhin vermutet wird, auch wenn die kleinen absoluten Zahlen zur Vorsicht mahnen. Da es sich andererseits um Befragungen nach mehrjähriger Weiterbildung handelt, kann eine prognostische Validität dieser Aussagen jedoch angenommen werden.

Im Vergleich zu den Vorstellungen zu Weiterbildungsbeginn (T0 und T1) nahm das Interesse an einer Arbeit in den Orten < 20.000 Einwohnern deutlich zu (T0: 18 % bzw. T1: 15 % vs. T6: 37 % der hausärztlich Interessierten), was einer Verdopplung des Interesses an einer Tätigkeit außerhalb der Städte mit > 20.000 Einwohnern über die Weiterbildungsdauer gleichkommt.

Regressionsrechnung für eine hausärztliche Tätigkeit (T5)

Für den Zeitpunkt T6 konnten mit den in Tabelle 4 vorgestellten Parametern in die Regression nur n = 155 Fälle einbezogen werden. Mit diesem Sample zeigte nur der Wunschort „ländliche/kleinstädtische Region“ eine signifikante Assoziation [p < 0,001; Exp. (B) = 6,64

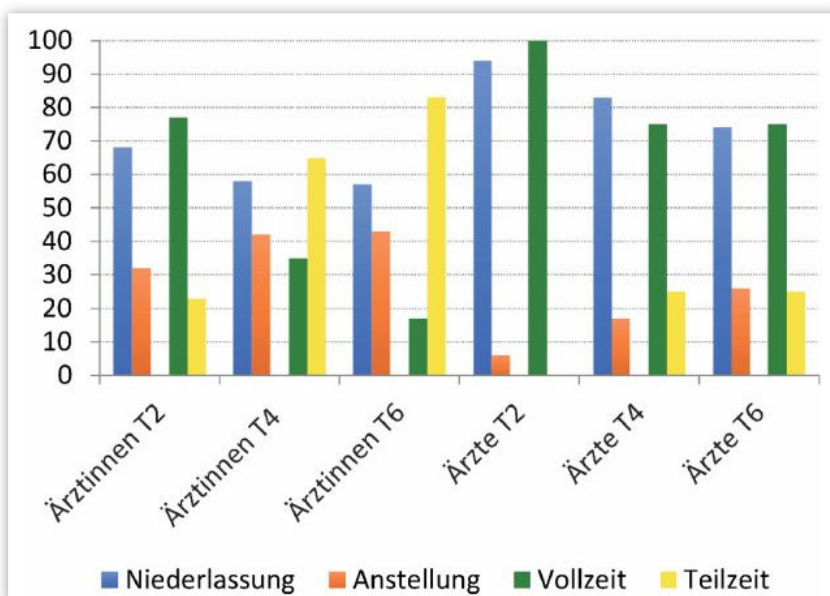


Abbildung 1 Prozentualer Anteil der Statuspräferenzen (links) und Arbeitszeitvorstellungen (rechts) von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung mit dem Ziel einer hausärztlichen Tätigkeit, differenziert nach Weiterbildungsdauer (T2/T4/T6) und Geschlecht

		Ärztinnen T4	Ärztinnen T6	Ärztinnen mit Kind T4	Ärztinnen mit Kind T6	Ärztinnen ohne Kind T4	Ärztinnen ohne Kind T6
1	Nur Vollzeit	8 (15,4)	7 (14,6)	2 (7,1)	2 (6,7)	6 (25,0)	5 (27,8)
2	Nur Teilzeit	13 (25,0)	14 (29,2)	6 (21,4)	9 (30,0)	7 (29,2)	5 (27,8)
3	Zunächst einige Jahre Vollzeit, danach Teilzeit	12 (23,1)	7 (14,6)	3 (10,7)	0 (0,0)	9 (37,5)	7 (38,9)
4	Zunächst einige Jahre Teilzeit, danach Vollzeit	19 (36,5)	20 (41,7)	17 (60,7)	19 (63,3)	2 (8,3)	1 (5,6)
5	Gesamt	52 (100)	48 (100)	28 (100)	30 (100)	24 (100)	18 (100)

Tabelle 2 Präferiertes Arbeitszeitmodell für die Zeit nach der fachärztlichen Anerkennung bei Ärztinnen, die zu T4 und T6 eine hausärztliche Tätigkeit anstrebten, in absoluten Zahlen (und Spaltenprozent in Klammern)

	Hausärztlich Interessierte			Gebietsärztlich Interessierte		
	Alle	Ärztinnen	Ärzte	Alle	Ärztinnen	Ärzte
In einer Großstadt (> 100.000 Einwohner)	14 (23,7)	9 (21,4)	5 (29,4)	54 (52,4)	40 (49,4)	14 (63,6)
In einer mittleren Stadt (20.000–100.000 Einwohner)	23 (39,0)	16 (38,1)	7 (41,2)	41 (39,8)	34 (42,0)	7 (31,8)
In einer Kleinstadt (< 20.000 Einwohner)	14 (23,7)	12 (28,6)	2 (11,8)	6 (5,8)	6 (7,4)	0 (0,0)
In einer ländlichen Region	8 (13,6)	5 (11,9)	3 (17,6)	2 (1,9)	1 (1,2)	1 (4,0)
Gesamt	59 (100 %)	42 (100 %)	17 (100 %)	103 (100 %)	81 (100 %)	22 (100 %)

Ohne „Weiß noch nicht“ (13 % der hausärztlich und 10 % der gebietsärztlich Interessierten)

Tabelle 3 Gegen Weiterbildungsende (T6) angestrebte vertragsärztliche Tätigkeit nach der fachärztlichen Anerkennung nach Ortsgrößen und Geschlecht (Spaltenprozent in Klammern)

	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95 % KI für Exp (B)
Wunschort ländliche Region nach Abschluss der FäA	1,333	0,000	3,79	1,871–7,681
Weibliches Geschlecht	-0,326	0,453	0,72	0,308–1,692
Ein oder mehrere Kinder im Haushalt lebend	0,946	0,007	2,58	1,30–5,096
(Vorerst) Teilzeit angestrebt	0,069	0,861	1,07	0,495–2,318
Abgeschlossene Promotion	-0,670	0,046	0,51	0,265–0,989
Konstante	-1,162	0,006	0,31	-

Pseudo-R² (Nagelkerke) = 0,207; Exp (B) = Odds-Ratio; KI = Konfidenzintervall

Tabelle 4 Regressionsrechnung auf die Präferenz für eine hausärztliche Tätigkeit zu T5

(95 % KI für Exp (B): 2,62–16,86)]. Hin- gegen konnte für den Zeitpunkt T5 ein deutlich größeres Sample (n = 205) in das Regressionsmodell einbezogen werden (vgl. Tab. 4).

Neben dem Wunschort zeigte sich zu T5 außerdem das Zusammenleben mit Kindern im Haushalt als wichtiger Ein-

flussfaktor auf die Präferenz für eine haus- ärztliche Tätigkeit: Es ist nach sechs Wei- terbildungsjahren 2,6-mal wahrscheinli- cher, dass ein Arzt oder eine Ärztin in der hausärztlichen Versorgung arbeiten möchte, wenn ein Kind im Haushalt lebt (p = 0,007). Dieser Zusammenhang war bereits zu T4 gegeben [2]. Es sei betont,

dass das Geschlecht unter Kontrolle der anderen Variablen hierbei keine Rolle spielt. Dass der hohe Anteil der Teilzeit- interessierten in der logistischen Regressi- on dennoch keinen signifikanten Einfluss im Modell zeigt, ist vermutlich darauf zu- rückzuführen, dass dies auch bei den Ge- bietsärztlichen der Fall ist (Chi² = 0,119).

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ...

... war von 1993–2011 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, von 2003–2006 zugleich Prodekan für Lehre der Hamburger Medizinischen Fakultät.

Diskussion

Aus diesem zweiten Teil der Untersuchung über die Rekrutierung künftig hausärztlich tätiger ärztlicher Arbeitskräfte lassen sich – zusammen mit den Resultaten aus dem bereits veröffentlichten Teil 1 [1] – folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- In Anbetracht der „Feminisierung“ der hausärztlichen Versorgung gehört die Weiterbildung qua Dauer, Inhalten und Didaktik auf den Prüfstand. Ein diesbezüglicher Anstoß folgt in absehbarer Zeit in dieser Zeitschrift.
- Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die sich für eine Tätigkeit außerhalb der Städte interessieren, ist am Ende der Weiterbildung deutlich größer als zu Beginn. Es ist zu prüfen, ob diese Zu-

nahme nicht dennoch weit unter dem Ersatzbedarf außerhalb der größeren Städte bleibt.

- Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wird künftig noch dadurch schwieriger, dass die interessierten Ärztinnen mehrheitlich in Teilzeit arbeiten wollen. Darüber hinaus will tendenziell die Hälfte sich nicht niederlassen, sondern in einem Angestelltenverhältnis arbeiten. In den Regionen, in denen jetzt schon Praxen fehlen, kommt über eine Anstellung keine Verbesserung des Versorgungsangebots zustande. Alternative Organisationsmodelle sollten entwickelt und praktisch geprüft werden, nicht zuletzt unter ökonomischen Aspekten.
- Es gibt mehrere Studien, die die Ergebnisse der KarMed-Studie in einzelnen

Aspekten bestätigen, aber keine die diesen widerspricht [3–10].

Zu den Stärken und Schwächen haben wir bereits in Teil 1 dieser Untersuchung Stellung bezogen [1].

Förderung: Die KarMed-Studie wurde im Zeitraum 2008–2014 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Europäischen Sozialfonds gefördert (Förderkennzeichen 01FP0803 und 01FP0804). Seit 2015 wird die Studie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt.

Danksagung: Wir danken den langjährig an den Befragungen teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen.

Interessenkonflikt: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 0151 15640854
bussche@uke.de

Literatur

1. van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Nehls S, Kocalevent R-D, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Teil 1. *Z Allg Med* 2018; 94: 362–366
2. van den Bussche H, Ziegler S, Rakebrandt A, Keim R, Pietsch B, Scherer M. Ändert sich die Einstellung zur hausärztlichen Tätigkeit im Laufe der Weiterbildung im Krankenhaus? *Z Allg Med* 2016; 92: 314–319
3. Schäfer M, Donnachie E, Schneider A. Über den Zusammenhang von Geburtsort, Studienort und hausärztlicher Tätigkeit. *Z Allg Med* 2018; 94: 345–349
4. Kaplan M. Wer oder was motiviert zur Niederlassung in MVZ oder Praxis? In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hg.). *Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung*. Report Versorgungsforschung Bd. 6, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2013, S. 213–217
5. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Wo sind sie geblieben? – Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. *GMS Z Med Ausbild.* 2012; 29: Doc19
6. Bußhoff S, Becka D, Rusche H, Huenges B. Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? Analyse der Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe. *Z Allg Med* 2015; 91: 440–445
7. Broermann M, Messemaker A, Pauscher L, Wunder A, Gerlach F, Sennekamp M. Spät entschieden und jetzt Allgemeinmedizin: Über Umwege zur gemeinschaftlichen Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2017; 93: 369–378
8. Stengler K, Heider D, Roick C, Günther O, Riedel-Heller S, König H-H. Weiterbildungsziel und Niederlassungsentcheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland – Eine genderspezifische Analyse. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55:121–128
9. Barth N, Linde K, Schneider A. Niederlassungsmotive – Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 638–644
10. Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, et al. „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG)* 2011; 105: 89–96