

**Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**

**Einfluss eines klinischen Wahlpflichtfachs „Landärztliche Medizin“ auf die
Einstellung Medizinstudierender zu einer späteren hausärztlichen Tätigkeit
auf dem Land**

**D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. med.
(doctor medicinae)**

**an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**

**vorgelegt von Oliver Alexander Normann
aus Kyritz
Magdeburg 2020**

Dokumentationsblatt

Bibliographische Beschreibung:

Normann, Oliver Alexander: Einfluss eines klinischen Wahlpflichtfachs „Landärztliche Medizin“ auf die Einstellung Medizinstudierender zu einer späteren hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land. – 2020 – 105

Bl.: 6 Abb., 4 Tab., 6 Anl.

Kurzreferat

Vor dem Hintergrund des bereits heute manifesten und sich in Zukunft noch weiter verstärkenden Mangels an Ärztinnen und Ärzten in einigen ländlichen Regionen, stellt sich die Frage nach neuen Optionen, um Studierende für eine solche spätere Tätigkeit zu gewinnen.

Ein klinisches Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ soll als neuer Ansatzpunkt dienen und wurde hierzu am Institut für Allgemeinmedizin Magdeburg etabliert. Um den Einfluss des Wahlpflichtfachs auf die Einstellung der Teilnehmenden, sowie attraktivitätsfördernde und -hemmende Faktoren für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu untersuchen, wurden mit den Teilnehmenden des ersten Wahlfachdurchlaufs 2014 teilstrukturierte Interviews und ein Jahr später Follow-Up-Interviews geführt. Die Interviews und Follow-Up-Interviews wurden anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Ergänzend erfolgte eine Fragebogenerhebung unter den Studierenden der medizinischen Fakultät Magdeburgs.

Neben der ländlichen Sozialisation finden sich auch bisher kaum in der Literatur beschriebene Faktoren, wie die von den Studierenden vermutete Anerkennung durch Patienten und Patientinnen auf dem Land, welche attraktivitätsfördernd wirkt oder die fehlende Anerkennung durch Kollegen anderer Fächer, welche attraktivitätshemmend wirkt. Ebenso befürchten die Studierenden eine Schwierigkeit bei der Integration und Abgrenzung in einer dörflichen Gemeinschaft. Das Wahlpflichtfach, welches von allen Teilnehmenden als positive Erfahrung empfunden wird, ist nicht ausschlaggebend für die Entscheidungsfindung, später auf dem Land ärztlich tätig werden zu wollen. Es konnte die Teilnehmenden aber in einer bereits getroffenen Entscheidung bestärken.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1. Verzeichnisse	4
1.1. Abkürzungsverzeichnis	4
1.2. Abbildungsverzeichnis	4
1.3. Tabellenverzeichnis	4
2. Einführung	5
3. Material und Methoden	12
3.1. Studiendesign	12
3.2. Datenerhebung	14
3.2.1. Qualitative Interviews	14
3.2.2. Das leitfadengestützte Interview	15
3.2.3. Transkription	17
3.3. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	17
3.4. Auswertung der Interviews	20
3.5. Quantitative Ergänzung	22
4. Ergebnisse	25
4.1. Ergebnisse der qualitativen Studie	25
4.1.1. Das Wahlpflichtfach	25
4.1.2. Die attraktivitätsfördernden und attraktivitätshemmenden Faktoren	31
4.1.3. Vergleich mit den Follow-Up Interviews	47
4.1.4. Schematisches Konzept der Kategorien	56
4.2. Ergebnisse der quantitativen Ergänzung	57
5. Diskussion	63
5.1. Betrachtung der Ergebnisse im Kontext der nationalen und internationalen Literatur ...	63
5.2. Integration der Ergebnisse und der aktuellen Forschung in ein Rekrutierungsmodell	74
5.3. Kritische Beurteilung des Materials und der angewandten Methodik	77
6. Zusammenfassung	80
7. Literaturverzeichnis	82
8. Danksagung	88
9. Ehrenerklärung	89
10. Darstellung des Bildungsweges	90
11. Veröffentlichungen	91
12. Anhang	92

1. Verzeichnisse

1.1. Abkürzungsverzeichnis

BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
IALM	Institut für Allgemeinmedizin Magdeburg
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVSA	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
WONCA	World Organization of Family Doctors

1.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Prozessmodell induktiver Kategorienbildung“ (Mayring 2015)

Abbildung 2: Schematisches Konzept der Kategorien

Abbildung 3: Gründe der Studierenden für die Nicht-Teilnahme am Wahlpflichtfach

Abbildung 4: Bedeutung einer speziellen Lehrveranstaltung Landärztlicher Medizin

Abbildung 5: Selbsteinschätzung der Studierenden für die Wahrscheinlichkeit, später auf dem Land ärztlich tätig zu sein

Abbildung 6: Schematisch dargestelltes Konzept der „rural pipeline“ mit Beispielen zu den einzelnen Bausteinen

1.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitfaden erste Interview-Serie Themenübersicht

Tabelle 2: Festlegung von Kategoriendefinition, Abstraktionsniveau und Analyseeinheiten

Tabelle 3: Auszug zur induktiven Kategorienbildung und Revision eines Interviews (P06-01)

Tabelle 4: Charakteristik der Wahlpflichtfachteilnehmenden

2. Einführung

Durch zunehmende Überalterung und Ungleichverteilung der Hausärztinnen und Hausärzte zu Ungunsten der strukturschwächeren ländlichen Gebiete¹, zeichnet sich bereits heute ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen Regionen ab, der sich in den kommenden Jahren noch verschärfen wird (Kopetsch 2010; Arentz 2017). Besonders betroffen sind hiervon die ländlichen Gebiete der neuen Bundesländer, wie das ländliche Sachsen-Anhalt (Kopetsch 2010). Grund hierfür ist unter anderem eine deutliche Diskrepanz zwischen dem erwarteten Abgang von Hausärztinnen und Hausärzten und der Anzahl der Facharztprüfungen im Fach Allgemeinmedizin (SVR Gesundheit 2014, 2018), sowie eine Tendenz des ärztlichen Nachwuchses, weniger im ländlichen und mehr im urbanen Bereich arbeiten zu wollen (Arentz 2017).

Obwohl über dieses Thema momentan viel in Medien und Politik diskutiert wird, gibt es nur wenig nationale Forschung zu den Themenkomplexen „Ursachen des Ärztemangels auf dem Land“ und „Lösungsstrategien gegen den Ärztemangel auf dem Land“. Es finden sich allerdings eine Vielzahl unterschiedlichster Projekte von verschiedenen Akteuren, die auf mannigfachen Ebenen versuchen, dem Ärztemangel in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken. Als Beispiele im Bereich des Medizinstudiums seien hier in Sachsen-Anhalt das auf den Weg bringen einer Landarztquote (Deutsches Ärzteblatt 2019) genannt, die Einführung einer „Klasse Allgemeinmedizin“ in Halle an der Saale (Samos et al. 2017), die Implementierung des Wahlfachs „Landärztliche Medizin“ in Magdeburg (Jansen et al. 2015) und das Bereitstellen von verschiedenen Stipendien für Medizinstudierende.

International wird zu dem Themenkomplex intensiver geforscht. Besonders in Australien ist der ärztliche Mangel auf dem Land gut untersucht. Australische Studien zeigen, dass es mehrere Einflussfaktoren auf die spätere Spezialisierung und Ortswahl von Ärztinnen und Ärzten gibt. Neben der primären ländlichen Sozialisation ist als weiterer Faktor gerade auch die zielgerichtete Einbindung der haus- und landärztlichen Medizin in das medizinische Curriculum (Walker et al. 2012; Brooks et al. 2002) bis hin zur Entwicklung einer „rural pipeline“ (s.u.) zu nennen.

In Howard S. Beckers Abhandlung „Boys in white“ zur Kultur Medizinstudierender und Transformation von Laien zu Ärzten während des Medizinstudiums wird in Kapitel 18 der Blick der Studierenden auf mögliche, spätere Karriereoptionen und ihre Perspektive auf die verschiedenen Fachrichtungen thematisiert (Becker 2007). Es wird unterschieden zwischen

¹ Für die Abgrenzung des Begriffs „ländlicher Raum“ oder „ländliches Gebiet“ wurde sich in dieser Arbeit an der Definition des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (o.J.) orientiert.

„general practice“, vergleichbar mit unserer Allgemeinmedizin und den „specialties“, vergleichbar mit den anderen Fachrichtungen. Dabei kristallisierten sich vier Hauptkriterien heraus, die die Hauptargumente für oder gegen eine spätere Tätigkeit als Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner bilden: Als erstes wird die Länge der Weiterbildung genannt, zweitens das breit aufgestellte Behandlungs- und Wissensspektrum, das eine Allgemeinmedizinerin oder ein Allgemeinmediziner für ihre/seine Patienten braucht, drittens die im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen als höher eingestufte Arbeitsbelastung und viertens ein intimeres Arzt-Patienten-Verhältnis. Im Bereich Arbeitsmodell, also wie sich Studierende ihr späteres Arbeiten und Arbeitsumfeld vorstellen, überwiegt mit großer Mehrheit der Wunsch, im Team arbeiten zu können und nicht in der Einzelpraxis. In „Boys in white“ wird allerdings nicht explizit auf die Unterscheidung zwischen ärztlicher Tätigkeit auf dem Land und in der Stadt eingegangen.²

Auf nationaler Ebene gibt es verschiedene Erhebungen unter Medizinstudierenden. Das Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014) untermauert für Deutschland den Einfluss der Herkunft auf die spätere Präferenz des Arbeitsortes. Ebenso zeigte sich eine Abneigung eines großen Teils der Studierenden (41,3 %), später in kleinen Landgemeinden mit bis zu 5000 Einwohnern zu arbeiten. Ein weitaus verheerenderes Bild zeigt das Studi-Barometer des Marburger Bundes von 2016 (IQME GmbH 2016), in welchem auf die Frage „Wo möchtest du in Zukunft tätig sein?“ nur 4 % der an der Umfrage teilgenommenen Studierenden Landgemeinden bis 5000 Einwohner als Wunscharbeitsort angaben.

Dass Sozialisation eine Rolle spielt, es aber auch andere Entscheidungskriterien zu geben scheint und es unter deutschen Studierenden der Humanmedizin eine Abneigung gegen das spätere Arbeiten auf dem Land gibt, wissen wir. Welche weiteren Faktoren und Aspekte genau in diese Entscheidungsfindung hineinspielen und wie man diese positiv beeinflussen könnte, ist hingegen in Deutschland und speziell für die deutschen Verhältnisse bisher wenig untersucht.

Meist befassen sich in Deutschland Untersuchungen und Studien generell mit dem Thema „Hausärztemangel“, die spezifische Problematik des Landärztemangels wird dabei eher wenig oder gar nicht tangiert. In einer Online-Umfrage des Jahres 2011 untersuchten Steinhäuser et al. (2011a) mit einem Fragenkatalog die grundsätzliche Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten

² Die Kansas Medical School, an der die Medizinstudierenden interviewt und befragt wurden, hatte sich auf die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern für die ländlichen Gebiete des US-amerikanischen Bundesstaates Kansas spezialisiert, was den Studierenden bereits bei der Bewerbung bekannt war. Es fanden sich zudem in den Interviews viele Hinweise darauf, dass die Studierenden ihre Zukunft als Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner eher im ländlichen Raum, als in einer Großstadt sehen.

in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin, sich auf dem Land niederzulassen, sowie Faktoren, die für eine Niederlassung eine entscheidende Rolle spielen. Ebenfalls wurden Fragen zum Image der Landärztin bzw. des Landarztes und zu infrastrukturellen Voraussetzungen gestellt. Die Autoren gehen von einer „grundsätzlich hohen Bereitschaft zur Niederlassung auf dem Land“ (Steinhäuser et al. 2011a: 1715) aus und rücken als wichtigste Einflussfaktoren eine ausgeglichene Work-Life-Balance, infrastrukturelle Voraussetzungen und Arbeitsmöglichkeiten für die Partnerin oder den Partner in den Mittelpunkt. Die Studie geht nicht auf Fragen nach möglichen Einflussfaktoren bezüglich der Sozialisation und des Studiums ein.

Qualitativ empirische Studien aus Deutschland gibt es bisher überwiegend zum generellen Themenkomplex Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner-Mangel, wie von Steinhäuser et al. (2011b). In dieser Studie wurden halbstrukturierte Interviews mit Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin geführt. Eine stärkere Präsenz der Allgemeinmedizin innerhalb des Medizinstudiums wird hier als vorteilhaft für die spätere Entscheidung zur Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin oder zum Allgemeinmediziner angesehen. Eine qualitative Arbeit zum Themenkomplex Allgemeinmediziner-Mangel unter Medizinstudierenden der Medizinischen Fakultät Magdeburg aus dem Jahr 2017 kommt zu dem Schluss, dass sowohl universitäre Sozialisation, außeruniversitäre Sozialisation und der Kontakt zur Allgemeinmedizin selbst einen Einfluss auf die Studierenden in ihrer Entscheidung für eine spätere Tätigkeit in der Allgemeinmedizin haben (Jahn et al. 2017). Ein Bogen zur landärztlichen Medizin wird nicht geschlagen, aber die Vermutung liegt nahe, dass diese Faktoren ebenfalls die Entscheidung zu einer späteren ärztlichen Tätigkeit auf dem Land beeinflussen.

Eine qualitative Arbeit aus Deutschland, die sich stärker dem Thema Landärztemangel widmet, ist die Arbeit von Kreiser et al. (2014). In dieser Studie wurden 20 Hausärztinnen und Hausärzte, die sich in den letzten 5 Jahren im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern niedergelassen haben, interviewt und die narrativ-biografischen Interviews mit Hilfe der „Grounded Theory“³ ausgewertet. Neben bereits bekannten Beweggründen für eine Niederlassung, insbesondere im allgemeinmedizinischen Bereich, zeigten sich in dieser Studie auch bisher kaum berücksichtigte Faktoren, wie die vielfältigeren Herausforderungen im Behandlungsspektrum auf dem Land, das Erleben einer engeren Arzt-Patienten-Bindung und

³ Auswertungsmethode der qualitativen Forschung, siehe hierzu auch Kapitel 3.3.

das Gefühl auf dem Land stärker gebraucht zu werden. Ein Bogen zum Medizinstudium wird aber auch in dieser Arbeit nicht geschlagen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die quantitativ empirischen Untersuchungen das Desinteresse der Studierenden für eine spätere landärztliche Tätigkeit lediglich dokumentieren, aber nicht tiefgreifend nach Ursachen fragen. Qualitative Untersuchungen unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Allgemeinmedizin gehen hier weiter, können die Ursachen aber nicht befriedigend klären und weisen keine Lösungsansätze auf, die das Medizinstudium tangieren.

Das Studium als Ansatzpunkt für die Steigerung des Interesses an einer späteren Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt auf dem Land, fand nun bereits mehrfach Erwähnung. Von folgenden Institutionen gibt es konkrete Vorstellungen, wie man dies in den Curricula realisieren könnte: Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)⁴ betrachtet die Allgemeinmedizin beispielsweise als zentrales Fach im Medizinstudium. Sie fordert ein Fach Allgemeinmedizin, welches das gesamte Curriculum durchspannt und ab dem ersten Studienjahr bis zum Ende des Praktischen Jahres angeboten wird (DEGAM 2012). Im Zuge des Masterplans Medizinstudium 2020⁵ empfiehlt auch die eingesetzte Expertenkommission des Wissenschaftsrates eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium durch eine longitudinale Einbettung in das Curriculum und die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten (Wissenschaftsrat 2018). Der Entwurf zur neuen Approbationsordnung sieht ebenfalls eine longitudinale Einbettung der Allgemeinmedizin ins Curriculum vor, unter anderem durch ein längeres Blockpraktikum Allgemeinmedizin, welches bereits ab dem 2. Semester und über mehrere Semester verteilt abgeleistet werden soll. Der Entwurf zur neuen Approbationsordnung geht aber noch einen Schritt weiter und nimmt die landärztliche Medizin in den Fokus: „Die Fakultäten sollen verstärkt Lehrpraxen im ländlichen Raum in die Ausbildung einbeziehen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

International gibt es neben kurzfristig angelegten Wahlfach-Angeboten, welche das Interesse von Studierenden an der landärztlichen Medizin steigern können (Kane et al. 2013), ebenfalls längerfristig angedachte Konzepte.

⁴ Die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) vertritt als Fachgesellschaft die wissenschaftlichen und fachlichen Interessen der Allgemeinmedizin in Deutschland.

⁵ Auf Grundlage des im März 2017 vom Bundestag verabschiedeten Masterplans Medizinstudium 2020 soll eine neue Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte erarbeitet werden, wodurch das Medizinstudium umstrukturiert werden wird.

So sollte man insbesondere der „rural pipeline“ Beachtung schenken, welche das in der Forschung bisher etablierteste Konzept darstellt. Erstmals wird der Begriff der „rural pipeline“ 1998 in den USA erwähnt: “The key seems to be the creation of a pipeline that reaches out to rural communities to encourage the selection and success of rural students, gives them opportunities throughout medical school and residency to work in rural settings, and supports them in practice after they do settle in rural areas” (Council on Graduate Medical Education 1998: 23).

Henry et al. (2009) formulierten später 12 Punkte, um eine erfolgreiche Nachwuchsgewinnung für ländliche Gebiete zu ermöglichen und die „rural pipeline“ zu definieren. Die 12 Punkte gliedern sich in vier Phasen. Die erste Phase betrifft die voruniversitären Bildungsangebote: Schülerinnen und Schüler in ländlichen Gegenden sollen bereits vor der Qualifizierungsphase mit den medizinischen Hochschulen und dem Fach Medizin in Kontakt kommen, um mehr Schülerinnen und Schüler mit einer ländlichen Sozialisation für ein späteres Medizinstudium zu sensibilisieren. In der zweiten Phase wird empfohlen, die Auswahl der Studierenden hin zu mehr Studierenden mit ländlicher Sozialisation zu selektieren. Es wird ein „Rurality Index“ vorgeschlagen. Ähnlich einer „Landquote“ sollen Bewerberinnen und Bewerber aus ländlichen Gebieten einen Vorzug erhalten können. Ebenso sollte das Bewerbungsverfahren um Interviews ergänzt werden, in denen auch die Prüfung zur Motivation und andere Fähigkeiten für eine spätere landärztliche Tätigkeit Eingang finden können. Landärztinnen, Landärzte und ländliche Kommunen sollten in die Gestaltung eines solchen Interview-Leitfadens mit einbezogen werden. In der dritten Phase, welche die meisten Punkte umfasst, geht es um die Implementierung von Maßnahmen in das eigentliche Curriculum. Die Studierenden sollten alle – oder zumindest die interessierten – kontinuierlich in ihrem Studium mit der landärztlichen Medizin in Kontakt gebracht werden. Es wird angeraten, Praxisphasen in ländlichen Gebieten stattfinden zu lassen und diese mit hochqualitativer Lehre von motivierten Dozentinnen und Dozenten zu verknüpfen. Die Studierenden sollten während dieser Phasen auch an das Leben auf dem Land herangeführt werden. Hierzu wird empfohlen, die Studierenden in soziale und kulturelle Angebote der jeweiligen Region einzubinden. Möglichkeiten des späteren Wohnens, Karriereoptionen sowie Informationen über Infrastruktur und Bildungsangebote für spätere Kinder sollten aufgezeigt werden. Das Ganze sollte aber keinesfalls nur in eine Richtung verlaufen. Vielmehr sollten auch Landärztinnen und Landärzte sowie Dozentinnen und Dozenten aus ländlichen Gebieten an den Hochschulen miteinbezogen werden. In der vierten Phase geht es schlussendlich darum, die fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte, die sich für eine Tätigkeit auf dem Land entschieden haben, auch dort zu halten. Hierzu sollten

hochqualitative Weiterbildungsangebote und Zugang zu modernstem medizinischem Wissen sichergestellt werden, inklusive einer Option zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Abwesenheit (Henry et al. 2009).

Für verschiedene ländliche Regionen Nordeuropas wurde das Konzept der „rural pipeline“ bereits untersucht und ein positiver Effekt nachgewiesen, nicht nur im Hinblick auf die Rekrutierung, sondern auch auf das längerfristige Halten von „health professionals“ im ländlichen Raum (Carson et al. 2015).

Die WONCA⁶ spricht sich in ihrem „Rural Medical Education Guidebook“ dafür aus, dass Medizinstudierende möglichst viele Abschnitte ihres Studiums in ländlichen Gebieten verbringen sollen, um frühzeitig die Bedeutung einer ärztlichen Tätigkeit vermittelt zu bekommen und das Interesse für eine mögliche spätere Tätigkeit auf dem Land zu wecken. Hierfür könnten zum einen spezielle medizinische Hochschulen in ländlichen Gebieten geschaffen werden oder die Hochschulen in städtischen Gebieten ihre Lehre zu möglichst großen Teilen und für möglichst viele Studierende in ländliche Gebiete verlagern (World Organization of Family Doctors 2016).

Für die Integration dieses komplexen Sachverhaltes in das deutsche Curriculum erscheinen kurze, landärztlich orientierte Wahlfächer im vorklinischen Studienabschnitt (Deutsch et al. 2013) vielversprechend. Möglich sind auch Wahlfächer, die sich durch das ganze Studium ziehen, wie das Projekt der „Klasse Allgemeinmedizin“ der Universität Halle (Samos et al. 2017) zeigt.

Als deutschlandweites Pilotprojekt startete das IALM ein klinisches Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ im Sommersemester 2014 (Jansen et al. 2015). Ziel dieses Wahlpflichtfachs ist es, die Einstellung der Studierenden zu einer möglichen späteren Tätigkeit auf dem Land positiv zu beeinflussen und den Kontakt zu Landärztinnen und Landärzten sowie der Bevölkerung auf dem Land herzustellen. Hierzu soll die Attraktivität des hausärztlichen Betätigungsfeldes aufgezeigt, wichtige Kompetenzen vermittelt und ein Reflexionsprozess der Studierenden zu ihren Meinungen, Werten und Vorurteilen bezüglich der späteren Berufswahl angestoßen werden. Das erste Wahlpflichtfach fand an zwei Wochenenden in einem Dorfprojekt in einer ökologischen und sozialen Modellsiedlung im ländlichen Raum im Norden Sachsen-Anhalts (Altmark) statt, um dort das Leben, Arbeiten und die hausärztliche

⁶Die WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians oder Kurzform World Organization of Family Doctors) agiert als internationale Interessenvertretung der Allgemein- und Familienmedizin.

Versorgung auf dem Land aus erster Hand kennenzulernen. Inzwischen findet das Wahlpflichtfach einmal jährlich, an zwei Wochenenden, an zwei unterschiedlichen Seminarorten statt.

In der vorliegenden Dissertation soll ergründet werden, ob und eventuell wie sich die Einstellung Studierender durch ein Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ verändert und wie nachhaltig sich die Erfahrungen aus dem Wahlpflichtfach für die Studierenden und ihre Sicht auf eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zeigen.

Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden: Kann das Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ als möglicher Ansatzpunkt im Curriculum dienen, um dem Problem des Landärztemangels zu begegnen? Welche attraktivitätsfördernden und welche attraktivitätshemmenden Faktoren gibt es für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land? Ergeben sich hieraus mögliche weitere Anknüpfungspunkte für Initiativen zur Landärzterekrutierung?

3. Material und Methoden

3.1. Studiendesign

Zu Beginn des Forschungsvorhabens erfolgte eine systematische Literaturrecherche (Pubmed und Google Scholar; Februar bis April 2014), um einen größtmöglichen Überblick über das Themenfeld zu erhalten. Die Fragestellung betreffend, wurde auf Deutsch und Englisch zu folgenden Stichworten gesucht: Landärztemangel, Rekrutierung von Landärzten, Wahlpflichtfach/Wahlfach und landärztliche Medizin, Image Landärztliche Medizin, Nachwuchs landärztliche Medizin sowie Allgemeinmedizin und ländlicher Raum. Es fanden sich in der deutschen Forschungslandschaft kaum Studien, die versuchen, die Nachwuchsproblematik der Landärztinnen und Landärzte tiefgreifender zu ergründen und auf eine qualitative Methodik setzen. Es zeigten sich überwiegend quantitative Erhebungen, die einer bloßen Beschreibung der „Ist“-Situation gleichkommen beziehungsweise vorgefasste Theorien überprüften und dabei weitere Einflussfaktoren, wie das Studium, außer Acht ließen. Gerade in diesem Punkt kommt die qualitative Herangehensweise ins Spiel. So ist ein Haupteinsatzgebiet der qualitativen Forschung die Hypothesengenerierung und Theorienbildung. Sie beinhaltet zum einen „die Aufdeckung der für den jeweiligen Gegenstand relevanten Einzelfaktoren, zum anderen die Konstruktion von möglichen Zusammenhängen dieser Faktoren“ (Mayring 2015: 22).

Des Weiteren ist die qualitative Forschung durch „die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie die Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis“ (Flick 2017: 26) gekennzeichnet. Durch die Vorteile der qualitativen Forschung, wie die Möglichkeit der Erforschung von subjektiven Perspektiven, nimmt diese eine wichtige Stelle in den Sozial- und Versorgungswissenschaften ein und hat auch einen festen Platz in der allgemeinmedizinischen Forschung gefunden (Flick und Herrmann 2009).

Um die bereits bekannten Einflussfaktoren zur Rekrutierung von Landärztinnen und Landärzten, wie ländliche Sozialisation und Kontakt mit landärztlicher Medizin während des Studiums, zu überprüfen und gerade im Hinblick auf die Situation in Deutschland ergänzen zu können, braucht es ein qualitatives Forschungsdesign um einen vertieften Einblick in die subjektiven Wahrnehmungswelten der Studierenden und ihrem Entscheidungsfindungsprozess zu erhalten und somit neue Erkenntnisse und Zusammenhänge aufdecken zu können. Das qualitative Vorgehen erlaubt es bereits vorhandene Theorien zu überprüfen und zu vertiefen, ermöglicht aber gleichzeitig auch neue Theoriebildung und Hypothesenfindung (Mayring

2015). Die subjektiven Sichtweisen der Interviewten spielen hierbei eine große Rolle, den komplexen Ursachen für den Landärztemangel auf den Grund zu gehen. Vorgefertigte Kategorien, wie in standardisierten Fragebögen, limitieren die Offenbarungsmöglichkeiten der Studierenden, ihre persönlichen Motive und Beweggründe für die Planung ihrer medizinischen Laufbahn und ihres späteren Wunscharbeitsortes in ihrer Vielschichtigkeit wiedergeben zu können.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurde als Auswertungsmethode gewählt, da sie sich als wirkungsvoll erweist, um die jeweiligen relevanten Einzelfaktoren des Untersuchungsgegenstandes aufzudecken und eine Theorie über deren Zusammenhang konstruieren zu können (Mayring 2015). Das induktive Vorgehen (vgl. Kapitel 3.3.) ermöglicht eine „naturalistische, gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrung durch Vorannahmen des Forschers“ (Mayring 2015: 86), wodurch neue Faktoren und Zusammenhänge eines zu untersuchenden Gegenstandes tiefgreifend und vorurteilsfrei erfasst werden können.

Um einen breiten Überblick der Einflussfaktoren auf Medizinstudierende zu einer späteren ärztlichen Tätigkeit auf dem Land und ihre Beeinflussung durch das Wahlpflichtfach abbilden zu können, wurden alle teilnehmenden Studierenden des ersten Durchlaufs des Wahlpflichtfachs interviewt. Da das Wahlpflichtfach möglicherweise zu einer kurzfristigen Begeisterung für die landärztliche Medizin führen würde, gerade vor dem Hintergrund einer Gruppendynamik unter Gleichgesinnten in einem abgegrenzten Rahmen zum restlichen Universitätsbetrieb, wurde sich im Forschungskolloquium des IALM dafür entschieden, Follow-Up-Leitfaden-Interviews ein Jahr nach dem ersten Durchlauf des Wahlpflichtfachs mit den ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu führen. Ein möglicher längerfristiger Effekt des Wahlpflichtfachs auf die Studierenden sollte somit untersucht und ebenso eventuelle Widersprüche in den Interviews besser verstanden werden. Von den 14 Teilnehmenden 2014 erklärten sich alle zu der ersten Interview-Serie bereit, 10 Studierende erklärten sich ebenfalls bereit, an den Follow-Up-Interviews teilzunehmen.

Die an der Studie teilnehmenden Studierenden wurden vor den Interviews umfassend aufgeklärt. Außerdem wurden Einverständniserklärungen⁷ (siehe Anhang A) eingeholt, um die Daten pseudonymisiert weiter verwenden zu dürfen. Der Ethik-Kodex der Deutschen

⁷ Anmerkung: Da die erste Interview-Serie in einem sehr frühen Stadium der Studie geführt wurde, findet sich auf den Einverständniserklärungen noch der Arbeitstitel „Beeinflussung der Einstellung Medizinstudierender zu einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Lande durch ein klinisches Wahlfach Landärztliche Medizin“.

Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen (BDS)⁸ diente hierbei als Orientierungshilfe. Aufgrund dieses Vorgehens und da es sich weder um eine klinische, epidemiologische, tierexperimentelle oder um eine auf entnommenem Körpermaterial beruhende Studie handelt, wurde auf das Einholen eines Ethikvotums verzichtet.

Bei den teilnehmenden Studierenden handelte es sich um eine durch das Wahlpflichtfach selbst vorselektionierte Gruppe, da zum einen ein gewisses Interesse an landärztlicher Medizin vorausgesetzt werden kann, um an einem Wahlpflichtfach „landärztliche Medizin“ teilzunehmen. Zum anderen mussten sich die Studierenden einem Vorauswahlverfahren unterziehen, um am Wahlpflichtfach teilnehmen zu können. Dieses beinhaltete unter anderem das Verfassen eines Motivationsschreibens (Jansen et al. 2015). Zur Kontrastierung dieser vorselektionierten Gruppe wurde eine quantitative Erhebung der Gesamtkohorte des 5. Studienjahrs im Wintersemester 2014/2015 durchgeführt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv (siehe Kapitel 3.5.).

Qualitative und Quantitative Forschungsmethoden schließen sich gegenseitig nicht aus, sie ergänzen einander vielmehr (Frommer 1996) und ermöglichen gerade im Hinblick auf komplexe Fragestellungen eine detailliertere Beschreibung, wenn sie kombiniert werden (Malterud 2001).

3.2. Datenerhebung

3.2.1. Qualitative Interviews

Die Daten der ersten Interview-Serie wurden während des ersten Wochenendes des Wahlpflichtfachs vom 11. - 13.04.2014 und in der darauffolgenden Woche erhoben. Neun der 14 Interviews wurden direkt am Seminarort Sieben Linden durchgeführt, drei bei den Interviewten zu Hause und zwei in Seminarräumen der medizinischen Fakultät Magdeburg. Es konnten nicht alle Interviews direkt am Seminarort geführt werden, da zwischen den einzelnen Seminareinheiten wenig Zeit für die Interviews blieb.

Die Interviews wurden mittels der Diktierfunktion eines Smartphones aufgenommen und anschließend transkribiert (vgl. Kapitel 3.2.3). Hiernach erfolgte der erste Auswertungsschritt, die Festlegung des Selektionskriteriums und des Abstraktionsniveaus. Rund ein Jahr später

⁸ <http://www.sozioologie.de/de/die-dgs/ethik/ethik-kodex.html>, zuletzt überprüft am 01.08.2017.

wurden die Interviewteilnehmenden noch einmal bezüglich der zweiten Interview-Serie angeschrieben. Zehn der 14 damals interviewten Studierenden erklärten sich für ein Follow-Up-Interview bereit. Die zweite Interview-Serie erfolgte im Juni 2015. Sechs der zehn Interviews wurden bei den Interviewten zu Hause und vier der zehn Interviews erneut in Seminarräumen der medizinischen Fakultät Magdeburgs durchgeführt. Hier kam ebenfalls die Diktierfunktion eines Smartphones zum Einsatz, die Follow-Up-Interviews wurden anschließend transkribiert.

3.2.2. Das leitfadengestützte Interview

Die Dissertation zielt darauf ab herauszufinden, welchen Einfluss das Wahlpflichtfach auf die Einstellung der teilnehmenden Studierenden auf eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land hat. Zudem sollen Faktoren aufgedeckt werden, die die Studierenden in ihrer Entscheidungsfindung beeinflussen. Um diesen Komplex sinnvoll abzubilden, benötigt es ein Werkzeug der Datenerhebung, welches den Studierenden eine große Offenheit zugesteht und andererseits durch gezieltes Nachfragen an uneindeutigen Stellen eine tiefere Erkenntnis zum Forschungsgegenstand erlaubt. „Leitfaden-Interviews (...) eignen sich, wenn einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet sein soll, und wenn andererseits von den Interviewenden Themen eingeführt werden sollen und so in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen werden soll“ (Helfferich 2004: 179).

Weitere Vorteile eines Leitfadeninterviews sind, dass ein Abweichen auf Thematiken, die für die Forschungsfrage irrelevant sind, verhindert wird, sowie die gute Vergleichbarkeit innerhalb der untersuchten Gruppe. Besondere Themen, wie die eigene Zukunftsgestaltung vor dem Hintergrund der Option auf dem Land ärztlich tätig zu werden, werden durch den Leitfaden ebenfalls gezielt in das Interview eingebaut (Flick 2017).

Der Leitfaden setzte sich inhaltlich zum einen aus den offen gebliebenen Fragen nach der Literaturrecherche zusammen, wie zum Beispiel den Einfluss des Studiums auf die spätere Präferenz des Arbeitsortes. Zum anderen wurden gezielt Fragen entwickelt, die auf den Einfluss des Wahlpflichtfachs auf die Teilnehmenden abzielen.

Die Fragen wurden im Forschungskolloquium des IALM besprochen und ein vorläufiger Interviewleitfaden entwickelt. Mit diesem ersten Entwurf wurde ein Probeinterview an einem nicht am Wahlpflichtfach teilnehmenden Studierenden geführt, aufgezeichnet, transkribiert und im Anschluss nachbesprochen, um mögliche Unklarheiten zu erörtern. Das Transkript wurde

im Forschungskolloquium besprochen und der Leitfaden auf die Relevanz hinsichtlich der Forschungsfragen diskutiert. Hierauf erfolgte eine Anpassung des Leitfadens; inhaltlich noch nicht zur Gänze erfasste Sachverhalte fanden Eingang in die Fragen und sich Wiederholendes wurde gestrichen.

Mit diesem Leitfaden wurde das erste Interview während des Wahlpflichtfachs mit einem Teilnehmenden des Wahlpflichtfachs geführt. Es erfolgten minimale Anpassungen und die Interviews mit diesem endgültigen Leitfaden erfolgten reibungslos (während des Forschungsprozesses wurden nur noch einige Teilaspekte des Leitfadens verändert, damit einzelne Fragestellungen tiefergehender betrachtet werden konnten). Der Leitfaden findet sich in voller Länge in Anhang B. Tabelle 1 fasst die behandelten Themenbereiche der ersten Interview-Serie zusammen:

Teil 1: „Warm Up“

- Alter

- Sozialisation

- Universitärer Werdegang

- Partnerschaft

Teil 2: Wahlpflichtfach

- Teilnahmegrund

- Erwartungen

- Feedback

- Attraktivitätssteigernde Maßnahmen für die landärztliche Medizin

Teil 3: Erfahrungen und Ansichten zur landärztlichen Tätigkeit

- Erfahrungen im Bereich landärztliche Medizin

- Darstellung Thematik im Studium

- Perspektiven zu Leben auf dem Land und Arbeiten auf dem Land

- Attraktivitätsförderndes und Attraktivitätshemmendes einer landärztlichen Tätigkeit

Tabelle 1: Übersicht der abgefragten Themen des Leitfadens der ersten Interview-Serie

Für die Follow-Up-Interviews wurde ebenfalls ein Leitfaden erstellt. Dieser war deutlich kürzer gehalten, um eine höhere Motivation der Studierenden im Hinblick auf ein nochmaliges Interview zu erzeugen. Der Follow-Up-Leitfaden leitete sich aus den bei der ersten Interviewerhebung offen gebliebenen Fragen ab, die im Forschungskolloquium diskutiert wurden und auf die noch einmal gezielt eingegangen werden sollte. Zudem sollte ein möglicher längerfristiger Effekt des Wahlpflichtfachs auf die Studierenden untersucht werden.

Während beider Interview-Serien wurde darauf geachtet, dass keine „Leitfadenbürokratie“ (Hopf 1978: 101) stattfindet. Hierunter wird verstanden, dass ein Leitfaden nicht einfach strikt von der ersten bis zur letzten Frage abgearbeitet wird, sondern auf den Interviewten individuell in der Abfolge angepasst wird. Darüber hinaus kann auf aus dem Interview entstehende, wichtige, neue oder interessante Aspekte genauer eingegangen werden. So konnte den Studierenden genug Raum für die Darstellung ihrer eigenen Sichtweisen gegeben werden.

3.2.3. Transkription

Sobald die Interviews aufgenommen waren, wurden sie möglichst zeitnah transkribiert. Hierzu wurde die Hilfe des Computerprogrammes f4 (Version 7, deutsche Version) in Anspruch genommen. Die Regeln zur Transkription erfolgten in Anlehnung an die Ulmer Textbank (Mergenthaler 1992) sowie Kuckartz et al. (2008), da für die Forschungsfrage der Fokus auf die linguistische Komponente der Interviews und die Wiedergabe eines Dialekts als nicht relevant eingestuft wurden. Die detailliert beschriebenen Transkriptionsregeln finden sich im Anhang C.

Die Transkripte wurden anschließend pseudonymisiert und ausgewertet.

3.3. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Philipp Mayring geht in seinem Buch „Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken“ auf verschiedene qualitative Analysetechniken ein. Als Grundformen werden die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung aufgeführt (Mayring 2015: 67). Diese Grundformen werden noch weiter aufgeschlüsselt. Die Zusammenfassung wird beispielsweise weiter in „Zusammenfassung“ und „induktive Kategorienbildung“ unterteilt (Mayring 2015: 68). Aus einer Vielzahl an Analysetechniken kann je nach Eignung der jeweiligen Technik nun die passendste qualitative Analyseform für die Fragestellung des jeweiligen Projektes ausgewählt werden.

Ein induktives Vorgehen, bei dem Kategorien ohne zuvor formulierte Theoriekonzepte direkt aus dem Material abgeleitet und somit Verzerrungen durch vorgefasste Theorien vermieden

werden, scheint als besonders fruchtbar für dieses Forschungsvorhaben zu sein, sodass es hier zum Einsatz kam. Dieses Konzept fußt im Besonderen auf der „Psychologie der Textverarbeitung“. Hierzu eine kleine Einführung: Die Psychologie des Verstehens untersucht die psychischen Prozesse bei der Textverarbeitung und dem Verstehen von Texten in besonderem Hinblick auf die Nutzbarkeit in der Pädagogik. Das Vorwissen des Lesers spielt hierbei eine selektive und organisierende Rolle und wird mit dem Begriff des kognitiven Schemas beschrieben. Der Text wird durch subsemantische und semantisch-syntaktische Verarbeitung als Netzwerk von Bedeutungseinheiten erkannt. Der Leser fügt mit seinem Vorwissen über den Text hinausgehende Bedeutungseinheiten hinzu und fasst den Text dann in einer reduzierenden Art und Weise zu einem kleineren Netzwerk von Bedeutungseinheiten zusammen. Invers stellt sich dieser Prozess bei der Wiedergabe eines Textes dar (Mandl 1981; Ballstaedt und Mandl 1981).

Im Gegensatz zur deduktiven Kategoriendefinition (psychologische Forschungsgrundlagen bieten hierfür beispielsweise die verschiedenen Kategorisierungstheorien (Murphy 2004; Müsseler 2005)) leiten sich in der induktiven Kategoriendefinition die Kategorien direkt durch einen Verallgemeinerungsprozess aus dem Material ab. Hier gibt Mayring einen Verweis auf das „offene Kodieren“ innerhalb der „Grounded Theory“ (Mayring 2015: 86).

Auf vorformulierte Theoriekonzepte muss sich nach Mayring bei der induktiven Kategorienbildung nicht bezogen werden, allerdings muss das Thema der Kategorienbildung zuvor theoriegeleitet festgelegt werden, um ein Selektionskriterium zu haben (Mayring 2015: 85/86). Hierdurch soll Belangloses und nicht zum Thema Gehörendes ausgeschlossen werden. Wie bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse muss das Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien bestimmt werden. Nach Mayring erfolgt das weitere Vorgehen, indem das Material Zeile um Zeile durchgearbeitet wird. Sobald das erste Mal das Selektionskriterium zutrifft, wird möglichst nah am Text unter Berücksichtigung des Abstraktionsniveaus die erste Kategorie als Begriff oder als Kurzsatz formuliert. Sobald die nächste Textstelle das Selektionskriterium erfüllt, entscheidet man, ob diese unter die bereits gebildete Kategorie eingeordnet werden kann oder man eine neue Kategorie bilden muss. Auf diese Weise wird das Material Stück für Stück durchgearbeitet. Wenn nur noch wenige neue Kategorien gebildet werden müssen, wird eine Revision des bisher bestehenden Kategoriensystems durchgeführt. Je nach Materialmenge kann dieser Zeitpunkt bereits „bei zehn Prozent des Textes“ (Mayring 2015: 87) erreicht sein.

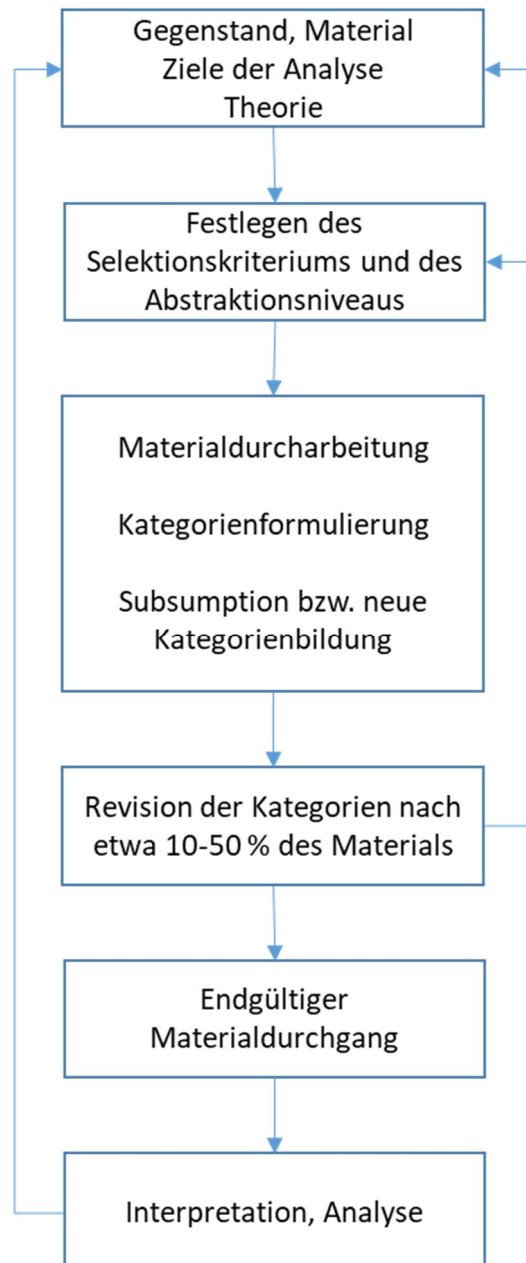


Abbildung 7: „Prozessmodell induktiver Kategorienbildung“ (Mayring 2015)

In der Revision wird überprüft, ob die Kategorien dem Analyseziel entgegenkommen und ob das Selektionskriterium sowie das Abstraktionsniveau klug ausgewählt sind. Bei Zufriedenheit wird fortgefahren, ansonsten muss den Anpassungen nach mit der Analyse des Materials von vorne begonnen werden. Als Ergebnis entsteht ein Kategoriensystem zum jeweiligen Thema, welches mit konkreten Textauszügen verbunden ist. Im weiteren Analyseprozess werden das Kategoriensystem interpretiert und induktiv Hauptkategorien gebildet (Mayring 2015: 86/87).

3.4. Auswertung der Interviews

Das Interviewmaterial sowohl der ersten, als auch der zweiten Interview-Serie wurde anhand des im vorherigen Kapitel beschriebenen und nach Mayring vorgegebenen Prozessmodells zur induktiven Kategorienbildung in mehreren Prozessphasen ausgewertet. Hierzu erfolgte eine erste Materialdurcharbeitung mit Kategorienformulierung anhand zweier kompletter Interview-Transkripte. Da am Ende des zweiten Interviews nur noch wenige neue Kategorien gebildet werden mussten, erfolgte hieraufhin eine Revision der Kategorien. Mit diesem vorläufigen Kategoriensystem wurde unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA (Version 12, deutsche Version) das komplette Textmaterial analysiert. Dieses Vorgehen wurde ebenfalls für die zweite Interview-Serie angewandt.

Um den Auswertungsprozess besser nachvollziehen zu können und die geforderte Transparenz des Auswertungsprozesses als Gütekriterium qualitativer Forschung zu erbringen, werden anhand von Textbeispielen die einzelnen Prozessphasen der Auswertung veranschaulicht (Mayring 2015; Kuckartz 2016).

Damit mit der induktiven Kategorienbildung begonnen werden kann, werden zunächst aus der Fragestellung die Kategoriendefinition und das Abstraktionsniveau festgelegt. Zusätzlich werden auch die Analyseeinheiten (Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit), mit welchen die erste Materialerarbeitung erfolgt, bestimmt. Tabelle 2 zeigt die jeweiligen Festlegungen für die erste Interview-Serie.

Kategoriendefinition: Subjektive Faktoren, die eine Rolle zur Einstellung für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land spielen sowie die Auswirkungen des Wahlpflichtfachs.
Abstraktionsniveau: Konkrete Faktoren für die Person, Faktoren die auch bei anderen Personen auftreten können, aber keine allgemeine Situationseinschätzung.
Kodiereinheit: klar bedeutungstragendes Element im Text
Kontexteinheit: Gesamtes Interview des Teilnehmenden mit dazugehörigen Protokollnotizen des Interviewers.
Auswertungseinheit: Komplettes Material, alle Interviews der jeweiligen Interview-Serie

Tabelle 2: Festlegung von Kategoriendefinition, Abstraktionsniveau und Analyseeinheiten

Anhand der festgelegten Analyseeinheiten erfolgte die Auswertung der Interviews. Nach zwei Interviews mussten bereits nur noch wenige neue Kategorien gebildet werden, somit konnte sich die Revision anschließen. Nach Abschluss der Revision wurde ein vorläufiges Kategoriensystem festgelegt. Anhand dieses Kategoriensystems wurden alle Interviews der

ersten Interview-Serie durchgearbeitet, neue Kategorien konnten direkt aus dem Text ähnlich des „offenen Kodierens“ in das bestehende System integriert werden. Nach dem Durchgang aller Interviews stand das endgültige Kategoriensystem fest. Tabelle 3 gibt die einzelnen Schritte am Beispiel einer Interviewpassage wieder:

Interviewpassage	Erste Kategorienformulierung	Endgültige Kategorie nach Revision
<p>„I: Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt?“</p> <p>P5: „So als wäre es was absolut Fürchterliches, was deswegen keiner machen möchte.</p> <p>Es geht ja nicht nur um die landärztliche - also ich find landärztliche Medizin klingt auch furchtbar bescheuert. Das klingt ja schon total abschreckend. Prinzipiell hat man oft den Eindruck, dass es irgendwie Einzelkämpfer sind, vollkommen überfordert mit der Patientenmasse und der Verantwortung. Wenn man dann ein bisschen genauer hinguckt, stellt man fest, viele Leute haben andere Konzepte entwickelt, mit denen sie viel besser klarkommen.</p> <p>Aber das kommt ja so auf dem ersten Blick nicht an. Allgemeinmediziner, das sind halt eben Ansprechpartner für alle, wenn die keinen Dokortitel haben, dann ist ja auch von der Gesellschaft her gleich so gesehen, als</p>	<p>Schlechtes Image der landärztlichen Medizin</p> <p>Negative Konnotation des Begriffs landärztliche Medizin</p> <p>Anscheinende Überforderung der Landärzte</p> <p>Von Gesellschaft her schlechter angesehen als fachärztliche Kollegen</p>	<p>Schlechtes Image der landärztlichen Medizin</p> <p>Gesamtgesellschaftliche Abwertung der landärztlichen Medizin</p>

<p>könnten die halt nichts. So werden die ja auch irgendwie dargestellt, als die Dummdödel, die halt eben nichts so richtig können und deswegen machen sie Allgemeinmedizin. Da braucht man ja auch gar keinen Facharzt für, sondern das ist man ja sozusagen direkt nach dem Studium schon.</p> <p>Also muss man ja auch noch mal unterscheiden, wie ist das in der Gesellschaft dargestellt und wie ist es im Studium dargestellt. Im Studium gehts da einfach nicht drum. Das sind wir hauptsächlich an der Uni. (...)“ (P06-01, Z:281 -298)</p>	<p>Landärztliche Medizin spielt im Studium keine Rolle</p>	<p>Unzureichende Thematisierung im Studium</p>
---	--	--

Tabelle 3: Auszug zur induktiven Kategorienbildung und Revision eines Interviews (P06-01)

Anschließend wurden im Kategoriensystem induktiv Hauptkategorien gebildet und das Kategoriensystem interpretiert (Mayring 2015).

3.5. Quantitative Ergänzung

Um die Wahlpflichtfachteilnehmenden in Bezug auf soziodemografischen Daten, Vorerfahrungen im Bereich landärztlicher Medizin und Einstellungen zur landärztlichen Medizin gegenüber der Gesamtgruppe des Studienjahrgangs abgrenzen zu können, wurde eine Fragebogenerhebung mit quantitativer Herangehensweise im gesamten Studienjahrgang des 5. Studienjahres durchgeführt.

Die quantitative Erhebung in der Gesamtkohorte der Medizinstudierenden des 5. Studienjahrs des Wintersemesters 2014/2015 (Erhebungszeitraum Dezember 2014 bis Januar 2015) wurde mittels teilstandardisierter Fragebögen durchgeführt. Hierzu wurden die Fragebögen zu Beginn eines Pflichtseminars der insgesamt 11 Seminargruppen des gesamten Studienjahrs mit vorheriger Genehmigung der Seminarleiterin oder des Seminarleiters verteilt.

Die Erstellung der Fragebögen erfolgte im Aufbau und in der Formulierung der Fragen in Anlehnung an Krosnick und Presser (2010). So wurde darauf geachtet, dass der Fragebogen

einfach und angenehm zu beantworten ist, zusammengehörige Themenbereiche hintereinander abgefragt wurden und die Fragen eindeutig, konkret und nicht mehrdimensional gestellt waren.

Inhaltlich orientierten sich die Fragen an denen zur Charakteristik der interviewten Studierenden (Abfrage soziodemografischer Daten in den Items 1 bis 4) sowie zur Vorerfahrung und Einstellung der Studierenden zur landärztlichen Medizin (Items 5 bis 10) und einer möglichen späteren Präferenz des Arbeitsortes im ländlichen Raum (Item 11). Bei den Items 1 bis 10 handelte es sich um Eingruppierungsfragen, bei den Items 6 und 7 war hierbei eine Mehrfachauswahl möglich. Bei Item 11 (Frage: „Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Du nach der Ausbildung im ländlichen Bereich als Arzt/Ärztin tätig sein wirst?“) konnten die Studierenden ihre Antwort anhand einer Numerischen-Rating-Skala geben (Zahlen von 1= gar nicht bis 10= auf jeden Fall). Es bestand zudem die Möglichkeit die Auswahl in Frage 11 in einem sich darunter befindlichen Freitextfeld zu begründen.

Der Fragebogen wurde nach der Erstellung im Forschungskolloquium zusammen mit Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der medizinischen Fakultät Magdeburg besprochen und angepasst. Der komplette Fragebogen findet sich in Anhang D. Aufgrund der Einfachheit des Fragebogens und der lediglich deskriptiv geplanten Auswertung wurde auf einen Pretest verzichtet.

Die Erhebungsdaten der Fragebögen wurden in das Tabellenkalkulationsprogramm Excel (Version 16.0, Version für Windows) eingegeben.

Da es in dieser quantitativen Ergänzung um den Vergleich zur eigentlichen Studiengruppe geht und lediglich dazu noch Tendenzen der Gesamtkohorte erfragt werden sollten, erfolgte ausschließlich die rein deskriptive Auswertung der Daten (Weiß 2013). Hierzu wurde ebenfalls das Tabellenkalkulationsprogramm Excel genutzt und die einfachen und relativen Häufigkeiten berechnet und miteinander verglichen.

Aus den Skalenwerten der Numerischen-Rating-Skala von Item 11 wurden drei Cluster gebildet. Im ersten Cluster wurden die Studierenden gefasst, bei denen nach eigener Einschätzung die Wahrscheinlichkeit gering ist, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden (Skalenwerte 1 bis 3). Im zweiten Cluster wurden die Studierenden gefasst, die noch unsicher sind, ob sie später auf dem Land ärztlich tätig werden wollen (Skalenwerte 4 bis 7). Im dritten Cluster wurden die Studierenden gefasst, bei denen nach eigener Einschätzung es eher wahrscheinlich ist, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden (Skalenwerte 8 bis 10). Anschließend wurden die Kommentare der Freitextfelder den zugehörigen Clustern zugeordnet

und im Hinblick auf Unterschiede dieser drei Cluster sowie dem Kategoriensystem aus der qualitativen Auswertung analysiert.

4. Ergebnisse

Nachfolgend finden sich die Ergebnisse des qualitativen Teils der Studie und daran anschließend die Ergebnisse der quantitativen Befragung.

4.1. Ergebnisse der qualitativen Studie

4.1.1. Das Wahlpflichtfach

Das deutschlandweite Pilotprojekt eines klinischen Wahlpflichtfachs „Landärztliche Medizin“ startete im Sommersemester 2014. Ein erstes Treffen für interessierte Studierende gab es bereits im Januar 2014. Auf diesem Informations- und Vorbereitungstreffen, an dem ca. 30 Studierende des 4. und 5. Studienjahres teilnahmen, wurden die Studierenden unter anderem gefragt, was ihnen im Curriculum an Grundlagen zu einer späteren Tätigkeit auf dem Land fehle. Das Wahlpflichtfach wurde daraufhin in seinen Inhalten auf die Wünsche und Bedürfnisse der Studierenden zugeschnitten. Die finalen Teilnehmenden wurden schließlich mit Hilfe von Motivationsschreibern ausgewählt. Insgesamt 14 Studierende, 13 Studentinnen und 1 Student des 4. und 5. Studienjahres der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität, nahmen im Sommersemester 2014 erstmals am Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ teil.

Während der beiden Wochenenden konnten die Studierenden verschiedene Praxismodelle der ambulanten, hausärztlichen Versorgung auf dem Land kennenlernen. Es wurde von Expertenseite (Mitarbeitende der apo-Bank und Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt) über die Möglichkeiten der Niederlassung sowie deren Finanzierungsmöglichkeiten informiert. Innerhalb mehrerer Seminareinheiten zu Fragetechniken und emphatischer Gesprächsführung im klinischen Kontext wurden den Studierenden konkrete Instrumente, die in einer späteren ambulanten Tätigkeit unersetzlich sind, mit an die Hand gegeben. Um auf die Möglichkeit der eigenen Gestaltungsspielräume und Freiheiten im Bereich der allgemeinärztlichen Versorgung auf dem Land aufmerksam zu machen, wurde ebenfalls ein kurzer Workshop zur Einführung in die manuelle Medizin angeboten. Landärztinnen und Landärzte gaben Anregungen vor Ort zum Umgang mit Arbeitsbelastungen sowie Anstöße zum Hinterfragen von stereotypen Rollenmodellen, was durch Filmsequenzen mit anschließenden Diskussionsrunden noch ergänzt wurde.

Die Interviews der ersten Interview-Reihe während oder kurz nach dem ersten Wochenende des Wahlpflichtfachs hatten eine Länge zwischen 24:29 min und 47:17 min und eine Wortanzahl zwischen 3453 und 6884 Wörtern (vgl. Tabelle 4).

Die Follow-Up-Interviews hatten eine Länge zwischen 06:29 min und 13:25 min und eine Wortanzahl zwischen 1008 und 1733 Wörtern.

In Tabelle 4 erfolgt ein kurzer Überblick über die Gruppe der interviewten Studierenden.

Nr.	Pseudonym	Alter ⁹	Geschlecht ¹⁰	Beziehungsstatus	Partner Medizin	Sozialisation	Beruf Eltern	Studienjahr	Ausbildung	Wortanzahl ¹¹
1	P1	23	W	P	N	Land	Beide Akademiker	5.	N	5126
2	P2	25	W	S	-	Land	Beide Nicht-Akademiker	5.	N	6362
3	P3	24	W	P	N	Land	Akademiker / Nicht-Akademikerin	5.	N	5142
4	P4	25	W	P	N	Land	Beide Nicht-Akademiker	4.	N	4436
5	P5	23	W	P	N	Land	Beide Akademiker	4.	N	4977
6	P6	22	W	P	N	Land	Beide Akademiker	4.	N	5143
7	P7	23	W	P	J	Land	Allgemeinmediziner / Psychotherapeutin	4.	N	3453
8	P8	29	W	S	-	Land	Beide Nicht-Akademiker	5.	J	5777
9	P9	24	M	P	N	Land	Beide Nicht-Akademiker	5.	N	5938
10	P 10	27	W	S	-	Land/ Stadt	Beide Akademiker	4.	J	6170
11	P 11	22	W	P	N	Land	Beide Akademiker	4.	N	5163
12	P 12	27	W	P	N	Land	Akademiker / Allgemeinmedizinerin	4.	N	5285
13	P 13	23	W	P	N	Land	Beide Nicht-Akademiker	4.	N	6815
14	P 14	29	W	P	N	Land/ Stadt	Akademikerin/ Allgemeinmediziner	4.	J	6884

Tabelle 4: Charakteristik der Wahlfachteilnehmenden

⁹ Zum Zeitpunkt der Datenerhebung: Beziehungsstatus, Partnerin/Partner in der Medizin tätig und Beruf der Eltern

¹⁰ Abkürzungen: W=weiblich; M=männlich; N=Nein; J=Ja; P=in einer Partnerschaft; S=Single

¹¹ Anzahl der Wörter in den einzelnen Interview-Transkripten der 1. Interviewserie

Kategorie: Positive Erfahrung

Das Wahlpflichtfach wird von den Studierenden insgesamt als angenehm und gelungen empfunden. Insgesamt wird es in allen 14 Interviews als positive Erfahrung gewertet.

I: „Wie könnte man das Wahlfach verbessern?“

P8: „Inhaltlich ist es ziemlich toll so wie es ist. Das finde ich richtig gut. Da würde ich gar nicht so viel verändern. Organisatorisch ist es auch echt gut organisiert, ich bin ganz überrascht.“ (P8; Z: 133-135)

„Also erstmal finde ich vieles sehr, sehr gut. Auch dafür, dass es das erste Mal ist.“ (P9; Z:176-177)

Daneben gibt es aber auch Verbesserungsvorschläge und Anmerkungen zum Wahlpflichtfach. Verschiedene weitere Aspekte, auch gerade im Hinblick darauf, welche Elemente des Wahlpflichtfachs für die Studierenden besonders unterstützend für ihre weitere Entscheidungsfindung sind, werden nachfolgend näher aufgeschlüsselt.

Kategorie: Attraktivitätsfördernder Einfluss

Zum Zeitpunkt des ersten Wahlfachwochenendes empfinden insgesamt 13 der 14 Studierenden das Wahlpflichtfach als attraktivitätsfördernd für eine mögliche spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land.

„Wenn das zweite Wochenende jetzt auch noch gut ist, denke ich, es hat gut dazu beigetragen, es hat mir Sicherheit gegeben und Verständnis und nen Weitblick, ...“ (P14; Z:602-603)

Kategorie: Positives Rollenvorbild

Die Studierenden gaben in sechs der 14 Interviews an, dass sie das Wahlpflichtfach nutzen wollten, um in den Austausch mit praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten zu kommen, um möglichst authentische Erfahrungsberichte hören zu können. Die Studierenden waren sehr daran interessiert, wie die Ärztinnen und Ärzte mit ihren täglichen Anforderungen in der landärztlichen Medizin umgehen.

„Am meisten begeistern mich eigentlich Menschen, die das gemacht haben, davon berichten und das glaubwürdig, also nicht einfach nur Floskeln sagen, sondern das genau beschreiben, wie sie dazu gekommen sind und warum. Und wenn ich denen das glauben kann, dann kann ich mir auch vorstellen, ob das für mich was wäre.“ (P1; Z: 229-232)

Die Ärztinnen und Ärzte des Wahlpflichtfachs konnten verschiedene Arbeits- und Lebensgestaltungsmodelle auf dem Land aufzeigen und somit Vorurteile und Verunsicherungen bei den Studierenden abbauen. Sie wirkten somit als positive

Rollenvorbilder attraktivitätsfördernd auf die Studierenden für eine spätere landärztliche Tätigkeit.

„Mich hat vor allem überzeugt, dass diese Ärzte, die wir als Beispiel hatten, die waren so vielseitig und irgendwie alle auf ihre Weise, ... die haben mir halt eigentlich gezeigt, dass es auf verschiedenste Art und Weise, egal wie, ganz gut machbar ist. Was halt für jeden das Richtige ist, muss er selbst rausfinden, aber einfach so, dass man megaviele Möglichkeiten hat, das irgendwie aufzuziehen, das hat mich auf jeden Fall überzeugt. Man ist nicht so eingeschränkt, wie man es sich vielleicht vorstellt und ja, das ist eigentlich so ein Grund, dass man da mal so Einblicke gekriegt hat und sieht, die kommen alle ganz gut klar, es ist nicht so, dass die irgendwie am Hungertuch nagen oder da irgendwie den Patienten keinen Hustensaft mehr verschreiben können, weil sie halt irgendwie durch sind mit dem Budget, ...“ (P13; Z: 250-261)

Kategorie: Gleichgesinnte

In drei der 14 Interviews wird der Aspekt angesprochen, dass man durch das Wahlpflichtfach mit Gleichgesinnten zusammenkommt. Mit Gleichgesinnten sind Studierende gemeint, die sich ebenfalls vorstellen können, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden. Der Austausch mit Gleichgesinnten wirkt bestärkend auf die Studierenden, sich für eine mögliche spätere Tätigkeit auf dem Land zu entscheiden.

„Und dann auch zu sehen, dass es auch andere machen wollen, dass man vielleicht gar nicht so alleine ist. Ich kenne jetzt ein paar, die auch aus Sachsen-Anhalt kommen, die sich auch hier niederlassen wollen würden, wo man sagt: Ey, mit dem könntest du doch später noch kommunizieren und so. Das ist mir wichtig. Und da hab ich jetzt die Leute zum Beispiel dann getroffen...“ (P4; Z: 110-115)

Zu diesen sich kurzfristig positiv auf die Einstellung der Studierenden zu einer späteren ärztlichen Tätigkeit auf dem Land ausübenden Effekte des Wahlpflichtfachs erfolgte bereits eine Veröffentlichung unter Mitarbeit des Autors dieser Arbeit (vgl. Holst et al. (2015)).

Kategorie: Teilnahmegründe

Unterkategorie: Allgemeines Interesse an Allgemeinmedizin

Ein wichtiger Teilnahmegrund am Wahlpflichtfach stellt für die Studierenden das allgemeine Interesse an der Allgemeinmedizin dar, bzw. auch der schon bestehende Wunsch, nach dem Studium in die Allgemeinmedizin zu gehen.

I: „Warum hast du dich für dieses Wahlfach gemeldet“?

P14: „Weil das Interesse besteht, in die Allgemeinmedizin zu gehen und dort auch den Facharzt zu machen, und ich wollte einfach mal gucken, welche Optionen dieses Fach mir ermöglicht für meine spätere Zukunft.“ (P14; Z:162-164)

Unterkategorie: Entscheidungshilfe

Das Wahlpflichtfach wird von den Studierenden auch belegt, um eine bessere Entscheidung bezüglich der späteren Spezialisierung und Ortspräferenz treffen zu können. Dabei geht es einigen Studierenden um eine allgemeine Orientierungshilfe, bei anderen Studierenden auch darum, einen schon weiter fortgeschrittenen Entscheidungsprozess zu festigen.

„Prinzipiell hab ich das Gefühl, es wär angenehm, wenn man sich so langsam mal so ein bisschen zumindest, grob entscheiden könnte, was würde mich denn so interessieren. Zumindest mal auf zwei Fachrichtungen oder so einschränken. Und da hat ja das Wahlfach auch ne Chance, so ein bisschen schubsend zu wirken halt.“ (P5; Z: 114-118)

Unterkategorie: Erfahrungswerte von Niedergelassenen

Da die meisten Famulaturen, Pflegepraktika und Blockpraktika im stationären Bereich erfolgen und auch ein Großteil der Lehrveranstaltungen an der Universitätsklinik stattfindet, wirkt der klinische Alltag für viele Studierende recht vertraut, der ambulante Sektor hingegen eher unvertraut. Über diesen Sektor mehr zu erfahren und Erfahrungswerte von bereits Niedergelassenen zu erhalten, ist für sieben der 14 Studierenden ein weiterer Teilnahmegrund.

„... so ein paar Erfahrungswerte vielleicht schon mal vermitteln, warum soll man Fehler machen, die andere schon gemacht haben.“ (P8; Z: 125-127)

I: „Wie soll dir das Wahlfach genau helfen?“

P5: „Das Alltagsleben eines Allgemeinmediziners oder vor allen Dingen vieler Allgemeinmediziner genauer kennenlernen, dadurch besser einschätzen können. Weil Klinikalltag kennen wir und den Alltag von Niedergelassenen kennen wir nicht gut.“ (P5; Z: 138-140)

Kategorie: Nicht auf die Allgemeinmedizin fokussieren

In einem Interview wird das Gefühl geäußert, dass Studierende durch das Wahlpflichtfach in die spätere Fachrichtung Allgemeinmedizin gedrängt werden sollen.

„Ansonsten denke ich schon, dass es zumindest so wirkt, dass von den Betreuern schon ein bisschen mehr in Richtung Allgemeinmedizin gedrängt wird, sage ich mal. Ja.“ (P3; Z: 190-191)

Kategorie: Organisatorische Kritikpunkte

In den Interviews kommen bei allen 14 Studierenden als Kritikpunkte am Wahlpflichtfach verschiedene organisatorische Beanstandungen zur Sprache. Dabei wird nie das Konzept oder das Wahlpflichtfach an sich in Frage gestellt, sondern organisatorische Kritikpunkte wie Informationsdefizite im Vorfeld des Wahlpflichtfachs, zu wenige Pausen, die

Teilnehmerbeschränkung oder die Gewichtung von theoretischen zu praktischen Inhalten genannt.

„Ja, ich hätte es gut gefunden, vorher schon ein paar Informationen zu haben oder so. Nicht nur wir fahren dahin, ins Ökodorf und dann kann man selbst googeln, wenn man will...“ (P1; Z:192-194)

„Mehr Zeit wäre wichtig. Mehr Pausen, weils wirklich unheimlich viel Stoff ist innerhalb kürzester Zeit, das zu verarbeiten. Das wäre verbesserungswürdig. Es kommt auch immer darauf an, wer kommt und referiert, je nachdem was die Leute mitbringen an Materialien, Infomaterialien, um was in der Hand zu halten, weil mitschreiben kann man auch nicht immer, funktioniert nicht.“ (P14; Z: 207-212)

Kategorie: Ökodorf „Sieben Linden“ als Seminarort

„Sieben Linden“ als Seminarort wirkte auf sechs der 14 Studierenden interessant. Zudem werden verschiedene Vorteile des Seminarortes benannt, hierunter die geringe Ablenkung der Studierenden und eine bessere Konzentration auf das Thema.

„Auch dass die sich jetzt hier den Ort ausgesucht haben, es ist ein weiter Anreiseweg, aber ist auch interessant einfach mal. Man kommt mal ein bisschen raus und man ist nicht abgelenkt. Hier ist halt nichts weiter, außer Natur. Man ist da auch nicht so abgelenkt und das ist ganz schön eigentlich. Intensiv (lacht).“ (P8; Z: 173-176)

Allerdings werden auch negative Aspekte des Seminarortes benannt, wie zum Beispiel der weite Anfahrtsweg.

„Zum einen ist es natürlich schwierig, dass die Leute so weit fahren müssen für das Wahlfach, aber andererseits ist die Location auch sehr gut. Also es ist wirklich, man kann sich ja komplett auf das Wahlfach konzentrieren, unter anderem, weil man auch kein Handyempfang hat.“ (P12; Z: 140-143)

Ein Seminarort außerhalb Magdeburgs wird von den Studierenden als positiv erachtet, dieser muss aber nicht exklusiv das Ökodorf Sieben Linden sein.

I: „Wenn du das Wahlfach noch mal für nächstes Jahr selber mitgestalten könntest, was würdest du anders machen?“

P14: „Jetzt hab ich hier ja eher gesagt was ich gut fand eher. Was würde ich anders machen? Vielleicht auch die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass man nicht großartig weit wegfahren muss, sondern dass es eher so im umliegenden Bereich ist, auch außerhalb, 20 km außerhalb von Magdeburg gibts die Möglichkeit, in ländliche Regionen zu kommen, sei es nun Wanzleben,

Wanzleben ist auch nur ein Dorf. Dass es in der näheren Umgebung ist. Das wär ne Möglichkeit, also das ist jetzt erstmal so das, was mir einfällt. (P14; Z:173-182)

Zusammenfassend lässt sich sagen: „..., dass die Wahl eines außerstädtischen Seminarortes großen Anklang bei den Teilnehmenden gefunden hat und viele positive Effekte wie weniger Ablenkung und stärkere Fokussierung mit sich brachte. Die Studierenden haben den Seminarort Sieben Linden gut aufgenommen. Das Ökodorf allein wirkte aber nicht als ausschlaggebend für die Entscheidung zur Teilnahme am Wahlfach und ich kann aus der Auswertung der Interviews schließen, dass wir auch andere Orte durchaus in Betracht ziehen können“ (Jansen et al. 2015).

4.1.2. Die attraktivitätsfördernden und attraktivitätshemmenden Faktoren

In den Interviews zeigte sich, dass es bestimmte Faktoren gibt, die die Attraktivität einer späteren landärztlichen Tätigkeit eher fördern oder eher hemmen. Diese Faktoren beeinflussen die Meinungsbildung der Studierenden und haben somit einen entscheidenden Einfluss auf ihren Entscheidungsfindungsprozess für oder gegen eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land. Im Weiteren erfolgt die ausführliche Darstellung der Kategorien der attraktivitätsfördernden und attraktivitätshemmenden Faktoren sowie ihrer Unterkategorien¹².

Kategorie: Sozialisation

Unterkategorie: Sozialisation durch das Elternhaus

Bei neun der 14 Studierenden findet sich mindestens eine Akademikerin bzw. ein Akademiker unter den Elternteilen.

Unter den drei Studierenden, von denen mindestens ein Elternteil Ärztin oder Arzt ist, arbeitet auch mindestens eines der Elternteile als Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner. Andere Fachrichtungen, bis auf die Psychiatrie, sind hier nicht vertreten (vgl. Tabelle 4). Das erlebte Rollenvorbild der Landärztin oder des Landarztes spielt unter diesen drei Studierenden eine Rolle:

„Besonders, wenn man irgendwelche positiven Beispiele hat, zum Beispiel wie der eigene Vater mit Patienten umgeht, wie es in der Praxis ergeht, weil die Praxis bei uns unten im Haus ist und dann festigt sich der Wunsch.“ (P14; Z.81-83)

¹² Eine Liste mit allen Kategorien findet sich im Anhang E.

Die positive Unterstützung der Familie und ihr Zuspruch, wieder in familiärer Nähe oder in einer anderen ländlichen Region tätig zu werden, kommt bei 13 von 14 Interviewten zur Sprache:

„Also meine Eltern versuchen eigentlich schon die Praxis im Dorf klar zu machen und nicht nur die, sondern auch in den Nachbardörfern, also das ist eigentlich schon alles fast versprochen, ja. Obwohl ich da noch gar nicht zugesagt hab. Immer, wenn wir zum Arzt gehen „Ja, ja, das richte ich dann noch mal aus“ und hin und her, also ich glaub, die wären da sehr froh drüber, wenn ich das mach, die waren auch ganz begeistert, als ich von dem Wahlfach erzählt hab, weil ich hab das bisher nicht so durchblicken lassen, dass mich das überhaupt interessiert.“ (P13; Z:525-532).

Unterkategorie: Ländliche Sozialisation

Alle teilnehmenden Studierenden des Wahlpflichtfachs sind zumindest zeitweise auf dem Land aufgewachsen, haben eine ländliche Sozialisation sowohl physisch als auch sozial erfahren (vgl. Tabelle 4).

„Und vieles stimmt einfach, ich kenn das Leben hier, ich kenn die Menschen. Ich denke, ich kann die relativ gut verstehen, was für mich wichtig ist. Und dann, ja, bin aufm Land groß geworden, meine Familie lebt auch aufm Land hier, das sind alles Faktoren. Und klar auch die Natur ist für mich zum Beispiel auch wichtig. Also in der Stadt leben ist gut und schön, auf kurze Zeit für mich, aber brauch ich einfach wieder die Ruhe hier, ne? So bin ich halt auch groß geworden. Und das wünsch ich mir wieder so, weil das für mich ja auch ein Ausgleich ist von der Arbeit dann auf jeden Fall.“ (P09; Z: 276-278)

„Also da ich vom Land komme, will ich auf jeden Fall aufs Land zurück, also daher hab ich jetzt nicht die Zweifel, ist jetzt ein Kino zu weit entfernt.“ (P11; Z: 146-147)

Kategorie: Lebensqualität auf dem Land

Die hohe Lebensqualität auf dem Land wird in allen Interviews anhand von unterschiedlichen Beispielen als bedeutender, attraktivitätsfördernder Faktor hervorgehoben.

Unterkategorie: Natur

In acht der 14 Interviews wird der Natur im ländlichen Raum eine hohe Lebensqualität beigemessen.

„... Sachen, die es attraktiv machen, ist einfach für mich ein ganz wichtiger Punkt, die Natur und die Umgebung. Schon allein die Luft ist in der Stadt ne ganz andere...“ (P03; Z: 439-441)

Unterkategorie: Intakte Gemeinschaft

Ebenfalls wird in acht Interviews die, nach Ansicht der Studierenden, intakte Gemeinschaft auf dem Land geschätzt. Diese wird auch in den Gegensatz zur, nach Meinung der Studierenden, fehlenden Gemeinschaft in der Stadt gesetzt.

„Ansonsten finde ich es schön, dass man sich gegenseitig kennt, dass man aufeinander Rücksicht nimmt, füreinander da ist.“ (P05; Z: 378-379)

Unterkategorie: Entschleunigung

Weiterhin wird in sieben der 14 Interviews eine Entschleunigung des Lebens auf dem Land gegenüber dem Leben in der Stadt empfunden.

„... aber ich finde es ist oft schon so, dass es einfach aufm Land teilweise, ja die Uhren gehen ein bisschen langsamer, was ein Vorteil ist irgendwie ...“ (P2; Z: 440-441)

Unterkategorie: Chance auf Selbstverwirklichung

Das Leben und Arbeiten auf dem Land wird von sechs der 14 Interviewten auch als Chance auf Selbstverwirklichung wahrgenommen. Dem gegenüber sehen die Studierenden bestimmte Einschränkungen und weniger persönliche Freiräume in der Stadt.

„... aber das ist so für mich, dass ich sag, ich hab meine eigenen vier Wände, der Nachbar schaut mir nicht beim Toilettengang zu, man kann mir nicht die Hand reichen durchs Fenster und dass ich einfach mein eigenes Reich hab und selbst bestimmen kann, wer kommt zu mir, zu wem gehe ich, zu wem will ich Kontakt haben. Ich bin ein sehr offener Mensch, ich geh auch gerne auf andere zu und lasse andere auf mich zukommen, aber ich möchte irgendwo auch mein eigenes Reich haben, um mich selbst verwirklichen zu können, um die Ruhe zu haben und meiner Familie auch dieses geben zu können.“ (P14; Z: 306-312)

Unterkategorie: Familienfreundlichkeit

Ebenfalls zur hohen Lebensqualität auf dem Land wird in vier der 14 Interviews die Familienfreundlichkeit gezählt. Hierzu zählen unter anderem die gegenüber der Stadt als qualitativ höherwertig empfundenen Bildungsmöglichkeiten, der Vorteil, dass man sich untereinander kennt und unterstützen kann und weniger Gefährdungen für zukünftige Kinder.

„Aber die Leute um einen herum zu kennen, also nicht so große Schulen, also ich bin zum Beispiel auf sehr, sehr gute Schulen gegangen, ich glaube das ist, in manchen Großstädten leidet die Qualität der Schulen dann doch. Also ich weiß nicht, ich fand das schön, da aufzuwachsen. Und ich glaube auch,

dass, wenn man tatsächlich irgendwann an Familie denkt, dass das familienfreundlicher ist, ja. So im Großen und Ganzen.“ (P6; Z: 332-337)

Kategorie: Fehlende Infrastruktur und Kulturangebote

Neben der als attraktivitätsfördernd eingeschätzten Lebensqualität werden aber auch eine fehlende oder unzureichende Infrastruktur sowie zu wenige kulturelle Angebote auf dem Land in allen 14 Interviews als attraktivitätshemmend wahrgenommen. Hier kommen vor allem die langen Wege auf dem Land, das Angewiesensein auf einen PKW, die schwierige Realisierung von bestimmten Freizeitaktivitäten für sich oder zukünftige Kinder, mangelnde Einkaufsmöglichkeiten und nur wenige oder weit entfernte kulturelle Angebote zum Tragen.

„Okay, du hast Fahrzeiten, wenn du mal ins Theater gehen willst, ich geh super gerne ins Theater, ich geh auch gern auf Konzerte oder irgendwas. Oder mal ins Kino, ja? Was dann einfach mit Fahrzeiten verbunden ist, das mag für viele ne Einschränkung sein. Wo ich hier aufgewachsen bin, da war halt nix, ne? Man musste immer fahren. Und wenn du am Nachmittag so dieses Programm hast, wie manche Großstädter für ihre Kinder haben, dann geht das Kind zum Ballett und Musikschule und zum Sport und de de da, ne? Und hat seine ganzen 1000 Nachmittagsaktivitäten, die sind aufm Land ein bisschen schwieriger zu organisieren. Du musst halt immer fahren, das muss man halt so ein bisschen oder mitunter muss man immer fahren. Mag ein bisschen schwieriger zu organisieren sein, was das Familienleben angeht.“ (P8; Z: 404-413)

Kategorie: Anerkennung

Wiederkehrende Motive im Entscheidungsfindungsprozess der Studierenden drehen sich um die Themen der vermuteten Anerkennung bzw. fehlenden Anerkennung einer späteren ärztlichen Tätigkeit auf dem Land. Da es sich hierbei um zentrale Motive in den Interviews handelt (siehe hierzu Kapitel 5.1. im Diskussionsteil), wurden diese Kategorien kleinteiliger in Subkategorien aufgeschlüsselt, um ihrer Komplexität besser gerecht zu werden.

Unterkategorie: Anerkennung durch Patienten

Als attraktivitätsfördernden Faktor beschreiben fünf der 14 Interviewten die Anerkennung, die ihnen ihre späteren Patienten entgegenbringen könnten oder bereits jetzt entgegenbringen.

„Ich hab aus Famulaturen den Eindruck, dass es ein schönerer Job ist vielleicht auf dem Land, vielleicht auch ne größere Wertschätzung. Also in der Stadt ist an jeder Ecke irgendwo ein Arzt und aufm Land ist es dann vielleicht noch mal ne größere Wertschätzung der Arbeit, die man dort leistet.“ (P03; Z: 294-297)

„Anders sieht's dann aus, wenn man im Krankenhaus ist und mit Patienten redet, die sind dann halt, die freuen sich dann einfach und die fangen dann gleich an: „also bei uns, ich wohn da und da und der

Arzt hört bald auf, dann können sie da hinkommen". Also die freuen sich, wenn jemand das macht. Ja.“
(P09; Z: 360-364)

Unterkategorie: Anerkennung durch Familie und Umfeld

Weiterhin wird von zwei Interviewten die Anerkennung von Familie und Umfeld für eine spätere landärztliche Laufbahn angebracht:

„Wenn man dann auch sagt im Bekanntenkreis oder irgendwo, wo man ist, ich könnt's mir vorstellen als Landarzt, dann war das eigentlich durchweg immer positiv...“ (P11; Z: 296-298)

In jeweils einem Interview wurden weiterhin die Anerkennung durch Kollegen, Anerkennung im Studium und Anerkennung von Seiten der Politik positiv hervorgehoben.

Kategorie: Fehlende Anerkennung

Neben Anerkennung als bereits vorgestellten attraktivitätsfördernden Faktor, wirkt fehlende Anerkennung aber auch als attraktivitätshemmender Faktor. Vor allem eine geringe Wertschätzung und Abwertung durch bestimmte Gruppen kommt hier zum Tragen und findet sich in elf der 14 Interviews.

Unterkategorie: Gesamtgesellschaftliche Abwertung der landärztlichen Medizin

In fünf der 14 Interviews findet sich der Aspekt der gesamtgesellschaftlichen Abwertung der landärztlichen Medizin, ohne ihn bestimmten Gruppen oder Personen direkt zuschreiben zu können.

I: „Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt?“

P7: „Wird sehr abgewertet. Das sind Leute, die sich irgendwie überhaupt nicht – Deppen, die so ein bisschen vor sich hin-wurschteln und wenn's ernst wird doch weiter überweisen und nichts richtig hinterfragen können.“ (P7; Z: 228-232)

Unterkategorie: Abwertung durch Kommilitonen

In vier der 14 Interviews finden sich spezifisch die Kommilitonen als Gruppe, von denen die landärztliche Medizin abgewertet wird.

„Landarzt war für mich eher, also nicht abschreckend für das Wahlfach, aber einfach darüber was kennenzulernen, was sonst immer so als abschreckendes Beispiel genannt wird, wenn man unter Medizinstudierenden redet oder wenn man auch von anderen gefragt wird, sage ich mal, ist der Landarzt immer das abschreckende Beispiel der Medizin, sage ich mal ...“ (P3; Z:114-118)

Unterkategorie: Abwertung durch Ärzte

Die Abwertung der landärztlichen Medizin durch Ärzte wird in drei der 14 Interviews thematisiert.

I: „Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt?“

P3: „Von anderen Ärzten wird sie immer eher abgewertet, hab ich das Gefühl. Zumindest - also bei manchen Ärzten hab ich das Gefühl, die reflektieren das recht gut und wissen, dass die ziemlich gute Arbeit leisten. Und bei dem Großteil hab ich das Gefühl, die wissen gar nicht, was da eigentlich passiert und es wird nicht wirklich wertgeschätzt. Sondern mehr oder weniger über den unfähigen Hausarzt gemeckert, sag ich mal. Was ich schade finde, weil es doch ein sehr anspruchsvoller Job, glaube ich, ist und mehr Anerkennung haben sollte.“ (P3; Z: 357-365)

Unterkategorie: Abwertung im Studium

Drei der Interviewten beschreiben, wie die landärztliche Medizin in ihren Augen im Studium abgewertet wird.

I: „Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt?“

P4: „Verpönt. Obwohl ich finde, in den letzten ein, zwei Jahren hat es sich ein bisschen gesenkt, aber ansonsten fand ich, dass es im Studium ziemlich verpönt gewesen ist, Allgemeinmedizin zu machen und aufs Land zu gehen.“

Unterkategorie: Fehlende Anerkennung durch Patienten

In einem Interview wird auch die mangelnde Wertschätzung durch die Patienten angesprochen.

„... ich denke, für andere ist man wirklich nur der Dienstleister: hier füll mir mein Rezept aus oder hier ich möchte meine Krankenschreibung, mach das mal ... Aber ich denke mir jetzt, mit dem kommenden Ärztemangel müssen die Leute lernen, ihre Hausärzte doch etwas mehr zu schätzen.“ (P12; Z:261-269).

Kategorie: Angenehme Arbeitsbedingungen

Die Studierenden wünschen sich für ihre spätere Tätigkeit angenehme Arbeitsbedingungen. Die Schwerpunkte werden hier unterschiedlich gewichtet, finden sich aber in allen 14 Interviews. Auf die verschiedenen Aspekte wird nachfolgend näher eingegangen:

Unterkategorie: Work-Life-Balance

Der ausgewogene Ausgleich zwischen Arbeits- und Privatleben wird in insgesamt sechs Interviews angesprochen. Dabei wollen die Studierenden ihr Familienleben und ihre Freizeit ihrer landärztlichen Tätigkeit nicht komplett unterordnen. Ein vollständiges Aufgeben des Privatlebens für die Arbeit wird nicht angestrebt.

„... aber es muss immer Zeit für die Familie bleiben und Zeit fürs Private. Und wie gesagt, ich möchte mich nicht für die Praxis aufgeben müssen.“ (P12; Z: 198-199)

Unterkategorie: Funktionierendes Praxisteam

Den Studierenden ist ein gut ausgebildetes, funktionierendes und aufeinander abgestimmtes Praxisteam in der Zukunft wichtig. Diese Kategorie findet sich in neun der 14 Interviews. Hierbei sind die Studierenden auch bereit, in ihre Angestellten zu investieren. Aufgaben sollen übertragen werden können und die Angestellten sollen auch die Möglichkeit erhalten, in bestimmten Bereichen eigenständig zu arbeiten.

„... und das letzte Wochenende hat mir auch gezeigt, dass ich meine Schwestern gerne soweit weiterbilden lassen würde, dass sie auch eigenständig Aufgaben übernehmen können...“ (P12; Z 192-194)

Unterkategorie: Arbeiten im Gemeinschaftsmodell

In elf der 14 Interviews kommt der Wunsch zum Tragen, später in einem ärztlichen Team zu arbeiten. Dies kann zum Beispiel in einer Berufsausübungsgemeinschaft erfolgen. Die Studierenden sind aber auch anderen ambulanten Modellen¹³ aufgeschlossen, wenn sie die Möglichkeiten bieten, mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, auch aus anderen Fachgebieten, zusammen zu arbeiten.

„Ich möchte nicht alleine arbeiten. Das hab ich jetzt auch noch mal stärker gemerkt gestern und vorgestern. Und ich glaube, sonst ist es gar nicht so genau beschreibbar, also vielleicht zwei, drei, vier Leute zusammenarbeiten in nem fitten Team, ...“ (P7; Z: 184-186)

„Also ich würde gerne ne Gemeinschaftspraxis haben. Ich denk zu zweit so, mit zwei Ärzten.“ (P9; 286-287)

Unterkategorie: Finanzielle und planerische Sicherheit

Ein gesichertes Einkommen und planerische Sicherheit geben drei der 14 Studierenden als attraktivitätsfördernd an. Die Studierenden wünschen sich hierbei auch Unterstützung in der späteren Bewältigung von administrativen Aufgaben im Zusammenhang mit der Aufnahme einer späteren niedergelassenen Tätigkeit und geringe finanzielle Risiken in der ambulanten Tätigkeit.

¹³ Zu den ärztlichen Kooperationsmodellen im ambulanten Sektor zählen unter anderem das medizinische Versorgungszentrum, die Berufsausübungsgemeinschaft und die Organisationsgemeinschaft (Peikert und Schimke 2013).

I: „Was könnte dir helfen, dich für eine landärztliche Tätigkeit zu begeistern?“

P14: „So blöd es immer klingt, die finanzielle Situation. Die Absicherung von mir und meinem Partner und für meine Familie. Dass ich da, dass Anreizpunkte geschaffen werden. Sei es für mich, dass ich kostengünstig nen Sitz bekomme mit nem großen Patientenstamm, vielleicht auch nicht alleine bin, dass ich also da Unterstützung hab, ...“ (P14; Z: 284-290)

Unterkategorie: Größere Praxismöglichkeiten auf dem Land

Schließlich wurde von einem Interviewten noch die größere räumliche Freiheit für eine mögliche, spätere Praxis auf dem Land als attraktivitätsfördernd angesehen.

„Tja einfach, also so von Räumlichkeitssachen und dass sich noch ein paar Leute mit anwerben. Zum Beispiel kenne ich jetzt Ärzte, die noch Physiotherapeuten mit im Haus haben oder Manual-Therapie oder noch verschiedene Menschen beschäftigen, die jetzt zum Beispiel viel mehr dieses Organisatorische machen oder so was. Kann man in der Stadt auch, aber da kauft man ja meistens nicht das ganze Haus, wie man das vielleicht aufm Dorf machen würde, wo man dann einfach mehr Möglichkeiten hat.“ (P1; Z: 399-404)

Kategorie: Befürchtete Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen, die den Wunschvorstellungen der Studierenden entsprechen, wirken attraktivitätsfördernd. Allerdings befürchten die Studierenden, dass Arbeitsbedingungen auf dem Land herrschen, die nicht ihren Wünschen entsprechen und attraktivitätshemmend wirken. In den folgenden Unterkategorien werden die attraktivitätshemmenden Arbeitsbedingungen weiter aufgeschlüsselt.

Unterkategorie: Mangelnde medizinische Infrastruktur

Neben der generell schlechteren Infrastruktur auf dem Land gegenüber der Stadt, befürchten die Interviewten insbesondere eine mangelnde Infrastruktur im medizinischen Bereich. Hierzu gehört, wenige Kollegen zu haben oder der einzige Arzt in der näheren Umgebung zu sein, große Entfernungen zum nächsten Krankenhaus, zu fachärztlichen Kollegen oder zu Therapiemöglichkeiten und lange Wege für Hausbesuche. Diese abschreckend wirkenden Bedingungen finden sich in acht der 14 Interviews.

„Ich hab so ein bisschen die Befürchtung, wenn man sich so die Dörfer und die Struktur anguckt, dass man sehr weit heraus Hausbesuche fahren muss, ...“ (P11; Z: 371-372)

„Ja und dass man vielleicht wirklich manchmal nicht so die Möglichkeiten hat, für seine Patienten, wenn jetzt keine Physiotherapie in 20 km Umkreis ist, was macht man dann? Oder dass halt einfach das schon ein bisschen schlechtere medizinische Versorgung auf dem Land ist, ist schon traurig.“ (P1; Z: 369-372)

Unterkategorie: Fehlender Austausch mit Kollegen

Ein weiterer attraktivitätshemmender Faktor ist die Befürchtung der Studierenden, dass sie zu wenig Austausch und Kontaktmöglichkeiten mit Kollegen auf dem Land haben werden. In sieben der 14 Interviews findet sich dieser Aspekt. Die Studierenden befürchten dadurch, auf sich alleine gestellt zu sein und überfordert sein zu können.

„Ja, ich glaub ich hab schon die Angst, dass ich überfordert sein könnte. Mit dem, was da auf mich zukommt und ich dann alleine dastehe mit ner Praxis, wo ich sage: Okay, das nächste Krankenhaus ist 50 km entfernt und ich steh jetzt hier und weiß nicht so richtig was ich machen soll. Dass man einfach nicht so wie im Krankenhaus den kollegialen Austausch hat oder nicht so intensiv, dass man irgendwie mehr mit den Problemen allein gelassen wird.“ (P2; Z: 521-526)

Unterkategorie: Arbeiten in Einzelpraxis

Das mögliche Arbeiten in einer späteren eigenen Einzelpraxis wirkt auf sechs der 14 Studierenden abschreckend. Teilweise wirkt diese Vorstellung sogar beängstigend auf die Studierenden.

„Ja. Also sollte ich alleine in ner Praxis landen, natürlich die Angst, dem nicht gerecht zu werden. Große Fehler zu machen, schlimme Fehler, nicht nur wegen der Regresse, sondern einfach die man vor sich selbst nicht verantworten kann. Aber das kann einem als Angestellte in der Klinik genauso passieren, aber ich find da, da hat man eher noch das Gefühl, da kann ich mal eben den Oberarzt fragen oder so. Ja, die Angst einfach alleine da zu stehen.“ (P5; Z: 464-469)

Unterkategorie: Hohe Arbeitsbelastung

In drei der 14 Interviews kommt die Befürchtung einer hohen Arbeitsbelastung zum Tragen, die als attraktivitätshemmender Faktor wirkt.

„Na die konkrete Angst ist schon so, dass ich Angst hab, überlastet zu sein, überfordert zu sein, weil ich ja einfach sehe, was hier für ein Bedarf ist und dass die Praxen voll sind und dass die Ärzte sich eigentlich kaum retten können vor Patienten.“ (P9; Z:420-422)

Unterkategorie: Isolation vom medizinischen Fortschritt

In zwei der 14 Interviews wird auch die Befürchtung geäußert, auf dem Land vom medizinischen Fortschritt abgehängt zu sein. Es besteht der Gedanke, nicht mehr auf dem neuesten Stand der Wissenschaft bleiben zu können.

„Und auch die Frage, wie sehr bin ich von der restlichen medizinischen Welt abgeschnitten in Anführungszeichen. Also wie gut bleib ich noch irgendwie dran an der modernen Medizin, wie kriege ich mit, was es für Neuerungen gibt, wie der neue Wissensstand ist. Und sage ich mal, ich will nicht auf

dem Wissen bleiben, wo ich zum Ende des Studiums war und dann vielleicht das total veraltet irgendwann ist nach 30 Jahren, sag ich mal.“ (P3; Z: 415-420)

Kategorie: Langfristige Arzt-Patienten-Bindung

Der Wunsch nach einer langfristigen und stabilen Arzt-Patienten-Bindung findet sich in insgesamt acht der 14 Interviews und wird von den Studierenden als attraktivitätsfördernd für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land angesehen.

„Mir gefällt es, für eine Gruppe von Menschen medizinisch verantwortlich zu sein, ohne jetzt ganz alleine zu arbeiten, sondern auch die Möglichkeit natürlich zu haben, Kollegen miteinzubinden, aber trotzdem am Ende wieder den Kontakt zu haben. Man gibt ja die Patienten nicht wirklich ab, sondern die kommen ja trotzdem weiter zu einem. Und man hat am Ende den langjährigen Kontakt und dass man halt gleich daneben wohnen kann.“ (P01; Z: 353-358)

Kategorie: Höherwertige Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

Neben einer langfristigen und stabilen Arzt-Patienten-Bindung wird von den Studierenden auch die Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und den Patienten auf dem Land als qualitativ anders gegenüber der in der Stadt eingeschätzt. Teilweise finden die Studierenden es schwierig, diese andere Qualität in der Beziehung auszudrücken, beschreiben sie aber als enger, vertrauensvoller, persönlicher, intimer oder besser und insgesamt als höherwertiger. Diese höherwertige Qualität in der Arzt-Patienten-Beziehung als attraktivitätsfördernder Faktor findet sich in sechs der 14 Interviews.

„Und aufm Land, das ist ne andere Beziehung, die man hat zu den Menschen ... Vielleicht ist es auch ein anderes Vertrauensverhältnis, wenn sie wissen, sie können nirgends woanders hingehen, dass sie versuchen, ne vernünftige Beziehung zueinander aufzubauen, Patient und Arzt ... Also man kriegt ein anderes Bild vom Menschen, man baut ne andere Beziehung auf zu dem Menschen, der zu einem in die Praxis kommt.“ (P14; Z: 444-460)

Kategorie: Balance zwischen Abgrenzung und Integration

Obwohl eine enge Arzt-Patienten-Bindung und qualitativ höherwertige Arzt-Patienten-Beziehung von den Studierenden angestrebt werden, zeigt sich in den Interviews ein Spannungsfeld zwischen der späteren, als schwierig erwarteten Integration in bestehende dörfliche Strukturen und der erwarteten Schwierigkeit, sich später als Ärztin oder Arzt auf dem Land ausreichend abgrenzen zu können. In allen 14 Interviews zeigt sich zumindest ein Aspekt dieses Spannungsfeldes, welches in den folgenden Unterkategorien weiter untergliedert wird.

Unterkategorie: Schwierigkeit der Integration

Neun der 14 Studierenden haben die Befürchtung, sich nicht in die spätere dörfliche Struktur ihres Arbeitsumfeldes integrieren zu können. Dies könnte zu Isolation und Einsamkeit oder zu fehlender Akzeptanz im späteren sozialen Umfeld führen.

„Wovor ich noch Angst habe, ist eben vielleicht nicht akzeptiert zu werden im Ort. Klar die Leute kommen, aber irgendwann sollte ja der Punkt erreicht werden, an dem man sich in gewisser Weise heimisch fühlt und das wäre, glaub ich, auch noch ne kleine Angst von mir, da sozusagen nicht im Gefüge anzukommen. Weil ich nicht mein Leben lang Außenseiter sein möchte.“ (P12; Z: 431-435)

Unterkategorie: Schwierigkeit der Abgrenzung

In elf der 14 Interviews kommt die Schwierigkeit der Abgrenzung zum Tragen. Hierbei geht es den Studierenden um die Schwierigkeiten, sich in einer kleinen Gemeinschaft, in der man sich gegenseitig gut kennt, emotional von seinen Patienten abgrenzen zu können. Die Studierenden befürchten ebenso, dass die Grenzen zwischen der Privatperson und der Berufsperson Arzt verschwimmen können und man auch in der Freizeit als immer erreichbarer Helfer wahrgenommen wird.

„Ich glaube, es kann unter Druck setzen, in einer Gemeinschaft zu leben und zu arbeiten, in der man doch viele Menschen ein bisschen besser kennt. Das kann auch, glaube ich, emotional sehr anstrengend werden, wenn diese Verbindung da ist.“ (P7; Z: 280-282)

„Ja also sich als Privatperson zu bewegen in dieser Gemeinde und nicht immer nur als der Arzt abgestempelt zu werden. Dann halt auch, ich will jetzt nicht sagen, also im Notfall würde man natürlich trotzdem helfen, aber so für Lappalien aus der Freizeit gerissen zu werden und dann auch so, 'ich seh sie gerade, können sie nicht mal' oder so. Das ist wirklich so das größte Problem, was ich sehe...“ (P6; Z: 362-366)

Unterkategorie: Arzt als Person der Öffentlichkeit

Bei vier der 14 Studierenden wird auch der Aspekt, dass man als Ärztin oder Arzt auf dem Land als Person der Öffentlichkeit wahrgenommen werden könnte, als attraktivitätshemmend empfunden. Es wird befürchtet, dass man innerhalb der Gemeinschaft besondere Aufmerksamkeit genießt und dementsprechend auch ein tadelloses Verhalten an den Tag legen muss, um keinen Anlass für Gesprächsstoff in der Gemeinschaft zu bieten.

„Hab ich ja gesagt, dass man so ne Öffentlichkeitsperson ist und dass man nicht ungehemmt das machen kann, was man machen wollen würde. Wie er zum Beispiel gesagt hat, er geht nicht auf jedes Schützenfest oder so oder zu jeder Dorfveranstaltung und trinkt da was, was man vielleicht eigentlich

mal gern machen wollen würde, aber weil man genau weiß, die gucken dir alle zu und erzählen am nächsten Tag im Dorf, was gewesen ist. Das ist, glaube ich, die Haupteinschränkung.“ (P4; Z: 353-358)

Kategorie: Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin

Die Besonderheiten der Allgemeinmedizin als eigenständiges medizinisches Fachgebiet, wie das hermeneutische Fallverständnis¹⁴, kommen als attraktivitätsfördernde Faktoren in den Interviews ebenfalls zum Tragen. Welche dieser Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin von den Studierenden als attraktivitätsfördernd erachtet werden, zeigen die weiteren Unterkategorien.

Unterkategorie: Familienmedizin

Die Familienmedizin als Alleinstellungsmerkmal der Allgemeinmedizin wird in sieben Interviews angesprochen.

„Ich mag es, wenn man die Familien kennt, die Geschichten der Familien, wenn man auch so ein paar Zusammenhänge erkennt. Man muss nicht alles wissen, aber einfach um die Menschen besser zu verstehen, auch vielleicht besser zu verstehen, wie Krankheiten entstehen, wie man sie vermeiden kann, wie man Menschen wieder heilen kann und das mag ich.“ (P9; Z: 390-394)

Unterkategorie: Behandlungsspektrum

In sechs Interviews findet das breite und abwechslungsreiche Behandlungsspektrum in der Allgemeinmedizin, besonders auf dem Land, großen Anklang.

„...und mich interessiert einfach an der Allgemeinmedizin, dass es so abwechslungsreich ist ...“ (P2; Z: 80-81)

Unterkategorie: Möglichkeit der Niederlassung

Die Möglichkeit, sich später als Ärztin oder Arzt niederlassen zu können, ist bei fünf Interviewten ein attraktivitätsfördernder Faktor.

¹⁴ Auszug aus der Fachdefinition der DEGAM: „Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (**hermeneutisches Fallverständnis**). Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).“ - <https://www.degam.de/fachdefinition.html> [zuletzt überprüft am 15.07.2018].

I: „Was gefällt dir an landärztlicher Medizin?“

P10: „Also, dass man wie gesagt eben aus der Klinik raus ist und seine eigene Praxis hat, vielleicht alleine oder dass man sich das mit jemandem teilt.“ (P10; Z:322-323)

Unterkategorie: Ganzheitliches Arbeiten

Das ganzheitliche Arbeiten wird bei zwei Interviewten als attraktivitätsfördernd charakterisiert.

„Dass man den Menschen ganzheitlich behandeln kann. Sowohl von seinem Körper ganzheitlich als auch von seinem Umfeld, sozial, familiär, finde ich sehr wichtig und das schreckt mich immer sehr an der Krankenhausarbeit ab. Das sind viele Faktoren, die nicht beachtet werden.“ (P7; Z:267-270)

Unterkategorie: Attraktive Darstellung

In einem Interview wurde auch die attraktive Darstellung der Allgemeinmedizin während des Studiums aufgegriffen.

I: „Wie wird das ganze speziell an unserer Fakultät dargestellt?“

P7: „Allgemeinmedizin macht, finde ich, schon deutlich, dass die Allgemeinmedizin etwas Besonderes ist und dass das auch etwas Anspruchsvolles ist und etwas, worauf man auch, genau wie in anderen Fachrichtungen, speziell eingehen muss, um das Können zu können.“ (P7; Z: 241-246)

Kategorie: Mangelhafte Vorbereitung

Während die Alleinstellungsmerkmale des Fachs Allgemeinmedizin attraktivitätsfördernd wirken, vertreten die Studierenden die Auffassung, in den jeweiligen Ausbildungsabschnitten zu wenig vorbereitet zu werden, um den Anforderungen einer Ärztin oder eines Arztes auf dem Land gerecht zu werden. Diese als mangelhaft empfundene Vorbereitung kann sich bis zu einer Versagensangst entwickeln. Der Aspekt der mangelhaften Vorbereitung findet sich in zwölf der 14 Interviews und gliedert sich in die folgenden Unterkategorien.

Unterkategorie: Unzureichende Thematisierung im Studium

Das Thema landärztliche Medizin findet zu wenig Aufmerksamkeit im Curriculum. In zwölf der 14 Interviews wird eine unzureichende Thematisierung im Studium beschrieben.

I: „Wie wird die landärztliche Medizin an der Fakultät dargestellt?“

P6: „Die ist irgendwie nicht wirklich existent. Also es gibt ja keinen Vertreter wirklich. Dieses Wahlfach ist ja eines der wenigen oder sogar das einzige Projekt, die sowas tatsächlich fördert. Ich meine, in den Fakultäten sonst wird die Uniklinik angepriesen als der Standard für Ausbildung, aber ich meine ja klar, wenn man sich im Studiendekanat umschaute, da gibts schon mal nen Flyer für dies und das Förderungsprogramm nach dem Physikum, kommt doch hier hin, wir brauchen unbedingt jemanden,

aber so richtig Werbung, also für die breite Studentenschaft wird nicht gemacht für die landärztliche Medizin. Das ist einfach, können ja auch alle in der Stadt bleiben.“ (P6; Z:300-309)

Unterkategorie: Unzureichende Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit

Neben der fehlenden Thematisierung im Studium befürchten die Studierenden auch auf eine spätere Tätigkeit als Landärztin oder Landarzt nur unzureichend vorbereitet zu werden. Dieser Aspekt findet sich in drei Interviews. Dabei werden neben unzureichender fachlicher Vorbereitung in bestimmten Fachsparten wie Pädiatrie oder Psychiatrie, auch unternehmerische Aspekte und der Umgang mit besonderen Situationen, wie Hausbesuche oder Umgang mit gewalttätigen Patienten, angesprochen.

„Es gibt halt so viele Sachen, wo man überhaupt gar keine Ahnung von hat und wo ich halt Angst hab, dass man da so reingeworfen wird, so ne Art 'learning by doing'. Aber das ja auch wirklich Konsequenzen hat, ich meine man nimmt nen Kredit auf, hat Angestellte und macht das so, tja lernt das so nebenbei, das finde ich gruselig, muss ich ehrlich sagen.“ (P6; Z: 439-443)

Unterkategorie: Versagensangst

Auch die Problematik einer generellen Versagensangst findet sich in einem Interview.

„Dass ich etwas anfangen, etwas beginne, was eigentlich für nen sehr langen Zeitraum Bestand haben soll, dass ich nicht gut praktiziere, dass ich fehlpraktiziere, falsche Diagnosen treffe, Menschen nicht adäquat behandeln kann, dass mir Akutmedizin schwerfällt, dass ich gewisse Gefahren nicht erkenne“ (P14; Z: 510-514)

Kategorie: Vorbehalte gegenüber einer ambulanten Tätigkeit

Bei zehn der 14 Studierenden finden sich verschiedene Vorbehalte gegenüber einer ambulanten Tätigkeit, unabhängig davon, ob sie auf dem Land oder in Stadt ausgeübt wird. Sie finden sich folgend weiter aufgeschlüsselt.

Unterkategorie: Finanzielle Unsicherheiten

Die Vorstellung, eine eigene Praxis mit allen daraus resultierenden betriebswirtschaftlichen Verpflichtungen und möglichen finanziellen Risiken zu betreiben, wirkt auf sieben der 14 Studierenden attraktivitätshemmend. Die Studierenden sorgen sich, finanziell nicht rentabel arbeiten zu können oder zu wenig zu verdienen bzw. ihr Praxisbudget zu schnell aufzubreuchen.

„Dieses ganze Finanzielle, so dieser finanzielle Aspekt. Die haben zwar gemeint, man kann ne Landarztpraxis nicht gegen den Baum fahren, aber man kennt sich ja selber. Manchmal steht man ja so

ein bisschen aufm Schlauch oder ist nicht immer so ganz helle. Dass man da sozusagen gucken muss, ob man sich das wirklich zutraut, das zu machen.“ (P10; Z: 487-491)

Unterkategorie: Nachteile der Niederlassung

Neben den finanziellen Aspekten fürchten fünf der 14 Studierenden auch weitere Nachteile der Niederlassung. Dazu gehören Einschränkungen in der ärztlichen Arbeit durch Zwänge von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung, ein unbekanntes ambulantes Versorgungssystem und weniger Flexibilität im Beruf. So fühlen sich die Studierenden mit einer Landarztpraxis gebunden und fürchten dann keine Möglichkeiten mehr zur beruflichen Veränderung zu haben.

„Ne, ich denke man legt sich schon in der Hinsicht relativ fest, dass man nicht so flexibel ist, wie jemand, der in der Klinik arbeitet. Der kann vielleicht viel einfacher auch sagen, ich geh jetzt in ne andere Klinik und wenn man dann ne Landarztpraxis hat, dann wechselt man nicht alle 5 Jahre die Landarztpraxis.“ (P3; Z: 263-266)

Unterkategorie: Fehlende Karriereperspektiven

In einem Interview wird auch der Punkt angesprochen, dass sich hausärztliche Medizin und Karriere gegenseitig ausschließen würden.

„Viele wollen eben, also vor allen Dingen von den Männern glaube ich, wollen halt Karriere machen oder eben im Krankenhaus arbeiten oder ne bestimmte Fachrichtung haben und haben wir ja eben schon drüber gesprochen, dass irgendwie jetzt größtenteils Frauen sich für die hausärztliche Tätigkeit interessieren.“ (P2; Z:374-378)

Kategorie: Positive Erfahrung in Famulatur oder Blockpraktikum

Positive Erfahrungen in Famulaturen oder in Blockpraktika mit landärztlicher Medizin haben ebenfalls einen attraktivitätsfördernden Einfluss auf die Studierenden. Diese können zum einen das eigenverantwortliche Arbeiten sein, das ausgeprägter ist als im städtischen Setting, andererseits auch die erlebte, qualitativ hochwertige Arzt-Patienten-Beziehung und die Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin. Solche positiven praktischen Erfahrungen gaben insgesamt acht der 14 Interviewten an.

„Landärztliche Tätigkeit hab ich im Prinzip nur ne Famulatur gemacht, auch hier in der Nähe, bei nem Hausarzt nen Monat lang. Das war eigentlich so die intensivste Erfahrung und wo ich auch, also was mich sehr, sehr bestärkt hat, darin aufs Land zurück zu gehen und Allgemeinmediziner zu werden.“ (P9; Z: 323-326)

Kategorie: Negative Rollenvorbilder

Negative Rollenvorbilder sind Landärztinnen oder Landärzte, mit denen die Studierenden schlechte Erfahrungen verbinden oder die sie so geprägt haben, dass sie mit der ärztlichen Tätigkeit auf dem Land eher Negatives verbinden. Sie stehen damit im Gegensatz zu positiven Erfahrungen in Famulaturen oder Blockpraktika oder positiven Rollenvorbildern. Dieser attraktivitätshemmende Faktor findet sich in fünf der 14 Interviews. Diese negativen Rollenvorbilder können ein eigenes Elternteil sein, von dem man Stress und Überarbeitung kennt, aber auch Ärzte aus dem Bekannten- und Freundeskreis, die sich in bestimmten Situationen der Wahrnehmung der Studierenden nach unpassend verhalten haben oder die Studierenden in sonst einer Art und Weise enttäuscht haben.

„..., weil viele Hausärzte wirklich nicht so, ist halt traurig, aber die wissen wirklich nicht so viel, was man vielleicht wissen könnte, weil es nicht so schwer ist. Einfaches Beispiel Schilddrüse oder sowas, wenn ich da die Hausärztin von meinem Freund angucke, die es nicht hinkriegt mal die richtigen Laborwerte abzunehmen und die richtige Diagnose zu stellen und die richtigen Medikamente oder nicht oder gar keine Medikamente zu verschreiben. Oder der Hausarzt meiner Oma, die Borreliose hatte und er verschreibt ihr die Antibiotika in ner halben Dosis, sodass es überhaupt nicht wirken kann oder tausend andere Beispiele, die man so miterlebt, ohne dass ich jetzt über die komplett urteilen will, aber es gibt schon so Sachen, wo man sich denkt: hm, das ist traurig...“ (P1; Z:337-345)

Kategorie: KVSA-Stipendien

Zwei der 14 Interviewten gaben an, sich für ein Stipendium der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) beworben bzw. es schon abgeschlossen zu haben. Bei diesen Stipendien handelt es sich um finanzielle Förderprogramme, bei denen sich Medizinstudierende vertraglich verpflichten, nach Abschluss der Weiterbildung für Allgemeinmedizin für einen bestimmten Zeitraum in einer unterversorgten Region Sachsen-Anhalts vertragsärztlich tätig zu werden und im Gegenzug finanzielle Unterstützung während des Studiums erhalten.¹⁵

Das Stipendium scheint eher für diejenigen Studierenden interessant zu sein, die sich schon längere Zeit und intensiver mit der Möglichkeit auseinandergesetzt haben, später landärztlich tätig zu werden und in ihrem Entscheidungsprozess bereits sehr weit fortgeschritten sind. Die Entscheidung für ein Stipendium wurde dann sehr überlegt getroffen.

„Für das Wahlfach hab ich mich gemeldet, weil ich zum einen eben auch dieses Stipendium schon abgeschlossen hatte, über das ich vorher wirklich lange nachgedacht hatte. Ich hab mich ein Jahr circa

¹⁵ Vergleiche hierzu <https://www.kvsa.de/studium/stipendienprogramm.html> [zuletzt überprüft am 16.07.2018].

damit beschäftigt, willst du das, willst du das nicht? Verkaufst du hier deine Seele für irgendwas, was du nicht möchtest sozusagen? Und dann hab ich mich während meiner Überlegungen mit allen Pros und Kontras dazu entschieden: ich möchte das und stehe komplett hinter der Sache ...“ (P12; Z: 85-90)

Kategorie: Positive Darstellung in den Medien

In zwei Interviews wird erwähnt, dass das Bild der landärztlichen Medizin in den Medien positiv dargestellt wird.

„Also jetzt zurzeit wird’s ja in den Medien, in den Nachrichten, so angepriesen landärztliche Medizin. Man hört ja eigentlich zurzeit keine Negativschlagzeilen, sondern eher so Positivschlagzeilen zur Landarztmedizin. Dass man das unbedingt machen soll, dass Ärzte gesucht werden und mit diesen ganzen Förderungsprogrammen wird das ja zurzeit eher gepuscht und angehoben als negativ gemacht. Also eigentlich ist es ein positives Bild von der Landarztmedizin. Ja genau, positives Bild.“ (P10; Z: 306-311)

Kategorie: Schlechtes Image der landärztlichen Medizin

In zwei der 14 Interviews wird der landärztlichen Medizin ein generell schlechtes Image zugesprochen, welches attraktivitätshemmend wirkt.

I: „Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt?“

P5: „So als wäre es was absolut Fürchterliches, was deswegen keiner machen möchte. Es geht ja nicht nur um die landärztliche - also ich find landärztliche Medizin klingt auch furchtbar bescheuert. Das klingt ja schon total abschreckend.“ (P5; Z: 283-285)

4.1.3. Vergleich mit den Follow-Up Interviews

Ein Jahr nach dem Wahlpflichtfach blicken die Studierenden differenziert auf diese Erfahrung zurück. Zwar wurde das Wahlpflichtfach vielfach als positive Erfahrung beschrieben, ob es aber einen entscheidenden Einfluss in ihrer Entscheidungsfindung hat, wird von den Studierenden zum größten Teil eher bezweifelt.

Kategorie: Wahlpflichtfach war eine positive Erfahrung

In insgesamt acht der zehn Follow-Up Interviews findet sich die Aussage, dass das Wahlpflichtfach eine positive Erfahrung war. So wird das Wahlpflichtfach als interessant, informativ und sensibilisierend beschrieben und konnte neue Möglichkeiten für eine Tätigkeit auf dem Land oder generell neue Modelle der Niederlassung aufzeigen.

„Aber ja, ich fand das Wahlfach gut, es hat einem auf jeden Fall irgendwie viele Möglichkeiten gezeigt, die man als Hausarzt hat und hat einen schon ein bisschen dafür sensibilisiert und ich find das Wahlfach

ist schon so, dass man denkt cool, kann ich machen oder ist vielleicht doch gar nicht so, wie manche Leute denken so Allgemeinmedizin ist langweilig...“ (F-Up P2; Z: 132-136)

Kategorie: Wahlpflichtfach hat eine motivierende Wirkung, ambulant tätig zu werden

Dass das Wahlpflichtfach eine motivierende Wirkung auf sie hat, später in der Allgemeinmedizin oder generell ambulant tätig zu werden, geben insgesamt drei der zehn interviewten Studierenden an, auch wenn sie ihre Entscheidung eventuell nicht endgültig getroffen haben. Ideen und Eindrücke, die im Wahlpflichtfach gesammelt wurden, seien auch nach dem Jahr noch präsent.

„Und es hat motiviert, auf jeden Fall ambulant tätig zu werden. Und das, das wirkt noch nach, auf jeden Fall, dass das Perspektiven sind, die ich mir gut vorstellen kann...“ (F-Up P7; Z: 44-46)

Kategorie: Wahlpflichtfach hat die Entscheidung bestärkt

Zwei der zehn Interviewten gaben an, dass das Wahlpflichtfach sie in ihrer Entscheidung bestärkt habe, als Ärztin oder Arzt später auf dem Land tätig zu werden. Die eigentliche Entscheidung hierzu war bereits getroffen, aber das Wahlpflichtfach hat bestärkend und Zweifel mindernd gewirkt und dieser Effekt hat auch noch ein Jahr nach dem Wahlpflichtfach angehalten.

„Die Entscheidung, dass ich Allgemeinmedizin machen will, war eigentlich schon vorher getroffen und auch, dass ich aufs Land zurückgehen möchte, aber das Wahlfach hat mich extrem darin bestärkt, dass das ein guter Weg ist für mich. Viele Fragen haben sich für mich geklärt und jetzt ist es ja schon über ein Jahr her und, aber es hat mich irgendwie so auch durch die letzte Zeit so getragen, dass ich einfach mit ner Selbstverständlichkeit schon sagen kann, wenn mich jemand fragt, ich mach Allgemeinmedizin ...“ (F-Up P9; Z: 34-40)

Kategorie: Wahlpflichtfach hat keinen Einfluss auf Entscheidung

Insgesamt sechs der zehn Studierenden sind der Meinung, dass das Wahlpflichtfach keinen Einfluss auf ihre Entscheidung hat oder haben wird, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden. Ebenso habe es auch keinen Einfluss auf die Wahl der späteren Fachrichtung.

„Aber meinen Entschluss hatte ich vorher schon gefasst, daran hat's auch nichts geändert...“ (F-Up P12; Z: 49-50)

„... aber es hat jetzt nicht mich darauf festgelegt, dass ich das wirklich machen möchte, dass es die einzige Möglichkeit ist.“ (F-Up P7; Z: 46-47)

Kategorie: Berufsperspektiven

Ein Jahr nach dem Wahlpflichtfach geben acht der zehn Studierenden an, später auf dem Land ärztlich tätig werden zu wollen. Zwei der zehn Studierenden geben an, eventuell später auf dem Land arbeiten zu wollen. Was die Fachrichtungswahl anbelangt, geben zum Zeitpunkt der Follow-Up-Interviews drei der zehn Studierenden an, später in die Allgemeinmedizin gehen zu wollen. Vier der zehn Studierenden möchten in eine andere Fachrichtung gehen und drei der zehn Studierenden sind sich noch unsicher, in welche Fachrichtung sie nach dem Abschluss gehen möchten.

Neue attraktivitätsfördernde und attraktivitätshemmende Faktoren

In den Follow-Up-Interviews finden sich einige der attraktivitätsfördernden Kategorien aus der ersten Interview-Serie wieder. Diese werden an dieser Stelle nicht noch einmal vorgestellt, sondern der Fokus liegt auf neuen oder veränderten Kategorien.

Kategorie: Anerkennung

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben, bildet die Anerkennung, von der die Studierenden ausgehen, sie später einmal von ihren Patienten in einer ländlichen Umgebung eher zu erhalten als in der Stadt, einen attraktivitätsfördernden Faktor. Vermutete fehlende Anerkennung unter anderem von Kollegen bildet aber auch einen attraktivitätshemmenden Faktor (vgl. Kapitel 4.1.2). Daher wurde in den Follow-Ups dieser Aspekt genauer untersucht und die Studierenden dahingehend befragt, welche Form von Anerkennung für sie von größerer Bedeutung ist.

Unterkategorie: Anerkennung durch Patienten

Die Anerkennung durch Patienten wird von acht der zehn an den Follow-Up-Interviews teilnehmenden Studierenden als wichtigste Form der Anerkennung betrachtet.

I: „Welche Art von Anerkennung ist dir in deiner späteren Tätigkeit als Ärztin besonders wichtig?“

P5: Von Patienten quasi die Anerkennung, also weiß ich nicht. Dass die Leute sich, na ja, sie müssen sich jetzt nicht freuen mich zu sehen (lacht), aber sie sollen halt nicht aggro werden, wenn sie mich sehen, sondern, oder halt Schlechtes von mir denken, sondern das ist mir eigentlich am wichtigsten, dass meine Patienten später mal sagen, das ist ne tolle Ärztin. Das wär die Anerkennung, die ich mir wünsche. (F-Up P5; Z: 49-56)

Unterkategorie: Anerkennung durch Kollegen

In einem Interview wird die spätere Anerkennung durch Kollegen als wichtigste Form der Anerkennung benannt.

„Na die Patienten kommen und gehen ja und das Kollegium ist ja eigentlich so was Fixes, vielleicht dann erst die Kollegen und dann die Patienten.“ (F-Up P10; Z: 78-79)

Unterkategorie: Selbstzufriedenheit

In einem Interview wird die Selbstzufriedenheit mit der eigenen Arbeit noch vor der Anerkennung von Patienten oder Kollegen als wichtigste Form der Anerkennung benannt.

„Also vor allen Dingen denke ich mal, muss man mit sich selbst zufrieden sein, also ich leg das jetzt nicht so drauf an, dass ich da Ruhm, Anerkennung von Kollegen oder von Patienten, ich meine es gehört natürlich auch dazu, das ist wichtig, dass man da Anerkennung bekommt, aber ich denke, man sollte immer mit sich selbst zufrieden sein und eigentlich die Anerkennung von sich selbst ist für mich irgendwie das Wichtige, dass ich das, was ich mir vorgenommen hab, erreichen kann und dass ich so wie ich arbeite, damit auch zufrieden sein kann.“ (F-Up P13; Z: 84-90)

Kategorie: Umgang mit Anforderungen

In der ersten Interview-Serie haben sich immer wieder verschiedene Anforderungen gezeigt, mit denen sich die Studierenden bei einer möglichen späteren ärztlichen Tätigkeit auf dem Land konfrontiert sehen und die attraktivitätshemmend wirken. Insbesondere die auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinenden Faktoren der schwierigen Integration und der gleichzeitigen Schwierigkeit der Abgrenzung sollten in den Follow-Ups noch einmal genauer betrachtet werden. Hierzu und auch zu anderen Anforderungen haben die Studierenden innerhalb des Jahres zwischen der ersten Interview-Serie und den Follow-Up-Interviews verschiedene Lösungsstrategien für sich entwickelt:

Kategorie: Umgang mit Integration und Abgrenzung

Unterkategorie: Integration und Abgrenzung werden gemeistert

In vier der zehn Follow-Up Interviews schildern die Studierenden, dass sie das Spannungsfeld zwischen Integration und Abgrenzung zwar auch ein Jahr nach dem Wahlpflichtfach immer noch für schwierig halten, sich aber durchaus zutrauen, dieses zu meistern oder es als positive Herausforderung betrachten.

„Da ne Abgrenzung zu finden, ist, denke ich, recht schwierig, bin mir aber auch nicht sicher, ob man da auch so ne ganz klare Linie ziehen muss. Also gerade in kleinen Dörfern, da kennt man sich einfach

und man kann da auch ne Professionalität wahren, wenn man da nicht strikt die Grenze zieht. Ansonsten ist es, find ich, jetzt nicht so schwierig, sich in Dorfstrukturen einzugewöhnen, ich finde das einfach sehr familiär, man kennt sich dann einfach nach ner gewissen Zeit und ich selbst hab da die Erfahrung gemacht, dass ich da nicht große Probleme hab, mich da zu integrieren. Aber ich denke so nen richtigen Strich kann man da halt nicht ziehen, weil ansonsten kann man sich da doch nicht richtig integrieren.“ (F-Up P13; Z: 105-113)

Unterkategorie: Abgrenzung durch klargestetzte Grenzen

Um eine Abgrenzung zu ermöglichen, haben fünf Studierende die Strategie entwickelt, den Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig klare Grenzen aufzuzeigen. Damit sollen übermäßige Erwartungen der Patienten abgefangen und die Patienten für die Rechte der Ärztin oder des Arztes auf ihre Privatsphäre und angemessene Arbeitszeiten sensibilisiert werden.

„Ich denke, dass man einfach klar, am Anfang ziemlich strikt sein muss, was Behandlung außerhalb der Praxis angeht. Das heißt natürlich, wenn jemand umkippt und muss reanimiert werden, stehe ich nicht daneben und denke so "Ne, ich hab Feierabend", aber alles was nicht Notfall ist, muss in die Praxis kommen. Ich glaube das ist gerade am Anfang wichtig, da sollte man keine halben Sachen machen. Und wenn man so ne Grundeinstellung hat und ich glaube, die kann auch jeder Nicht-Mediziner verstehen, dass man auch irgendwann mal Feierabend haben möchte, dann sollte das gehen, das abgrenzen zu können.“ (F-Up P6; Z:60-67)

Unterkategorie: Abgrenzung durch Trennung von Arbeits- und Wohnort

Eine andere Strategie, um sich besser abgrenzen zu können, ist die Trennung von Arbeits- und Wohnort. In vier der zehn Follow-Up Interviews findet sich der Aspekt, nicht im gleichen Haus Privaträume und Praxis zu haben bzw. nicht im gleichen Ort zu wohnen und zu arbeiten. Durch die räumliche Trennung kann dann auch eine Trennung der Rollen Ärztin oder Arzt und Privatperson erreicht werden.

„Also ich glaub es ist schwierig, also ich könnte es mir nicht vorstellen, in so nem 500 Seelendorf zu wohnen und zu arbeiten. Ich würd immer wo anders wohnen wollen und nicht im gleichen Ort. Gerade wenns so klein ist.“ (F-Up P11; Z: 97-99)

Unterkategorie: Integration durch aktive Teilnahme am Dorfleben

Um im Dorf akzeptiert und Mitglied der Gemeinschaft zu werden, findet sich in vier der zehn Follow-Up-Interviews die progressive Strategie, sich durch eine aktive Teilnahme am Dorfleben in die bestehende Gemeinschaft zu integrieren. Hierzu haben die Studierenden vielfältige Ideen, zum Beispiel sich in Vereinen zu engagieren, an Dorffesten teilzunehmen oder sich mit anderen Ärzten aus der Region zu vernetzen.

„Und wie kann man sich integrieren? Ja, indem man da halt wirklich auch einkaufen geht in der Region, vielleicht im Sportverein teilnimmt, solche Sachen. Volksfeste wahrnimmt, vielleicht nen Sportverein mit unterstützt oder ähnliches, da gibts ne Menge Möglichkeiten. Oder an der Schule irgendwelche Sachen anbietet für die Jugendlichen oder Kinder, ja. Also so Gesundheitsprävention in der Richtung, da kann man sich auch ganz gut integrieren. Mit den Ärzten am Ort oder in der näheren Umgebung so ein Stammtreffen machen, Stammtisch machen, Sachen besprechen. Es gibt ne Menge Möglichkeiten, man muss es halt nur wollen.“ (F-Up P14; Z: 90-97)

Kategorie: Lösungsvorschläge auf Systemebene

Neben den Lösungsstrategien, die sich die Studierenden für ihre eigene, mögliche spätere Tätigkeit auf dem Land während des Jahres zwischen der ersten Interview-Serie und den Follow-Up-Interviews überlegt haben, gehen bestimmte Überlegungen und Vorschläge weiter. Diese Überlegungen und Vorschläge zielen auf das Curriculum und übergeordnete Strukturen ab und dienen als Lösungsvorschläge, um mehr Studierende für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land begeistern zu können.

Unterkategorie: Pflichtpraktika auf dem Land

In zwei der zehn Follow-Up Interviews wird angeregt, auch nach eigenen positiven Erfahrungen mit diesen, bestimmte Praktika während des Studiums zu Pflichtpraktika auf dem Land zu machen. Hierbei geht es nicht allein um eine Pflichtfamulatur oder ein Pflichtblockpraktikum Allgemeinmedizin, sondern darum, ein beliebiges Pflichtpraktika im ländlichen Raum verrichten zu müssen.

„Für mich im Studium war es total spannend zu gucken, das Blockpraktikum Allgemeinmedizin und auch jetzt die Famulatur im ländlichen Raum zu machen.... Eigentlich find ich diese Pflicht ja immer nicht so schön, aber ich glaube, manchmal ist das auch gar nicht so schlecht, sowas auch pflichtmäßig noch mal zu implementieren, dass wenigstens eins dieser sämtlichen Praktika, die wir haben, auf dem Land gemacht werden muss.“ (F-Up P7; Z: 168-176)

Unterkategorie: Versorgungsstrukturen aufzeigen

In einem Follow-Up-Interview wird ein weiterer Aspekt aufgegriffen: Es geht um einen Mangel an Verständnis für den ambulanten Sektor und die Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses. Dabei geht es nicht um das Fach Allgemeinmedizin, sondern es werden alle Fächer angesprochen, ebenfalls über die Versorgung außerhalb des Krankenhauses zu informieren und zu lehren. Somit wäre eine allgemeine Verankerung dieses Punktes ins Curriculum denkbar.

„Ja, dass einfach die beteiligten Strukturen uns aufgezeigt werden. Es kann nicht sein, dass wir nur lernen, was im Krankenhaus passiert, dann haben wir die Versorgung nicht verstanden. Können auch den Patienten nicht entsprechend weiterhelfen. Und ich glaube nicht, dass die Allgemeinmedizin an sich selbst noch sehr viel mehr Lehre machen muss, es muss irgendwie noch viel mehr in die anderen Fachrichtungen. Und es muss denen nicht nur als Allgemeinmedizin verkauft werden, es ist ja auch so ein allgemeines ärztliches Verständnis, was dann aber eben auch ne große Rolle spielt.“ (F-Up P7; Z: 153-160)

Unterkategorie: Mehr Fördermöglichkeiten

Ein genereller Wunsch nach mehr Fördermöglichkeiten für die landärztliche Medizin, worunter auch das Wahlpflichtfach gezählt wird, findet sich in einem der Follow-Up-Interviews. Hier kommt auch der Wunsch zum Tragen, dass weitere Studierende für eine spätere landärztliche Tätigkeit gewonnen werden sollten.

„Und ja, ich würde mir echt wünschen, dass da viele neue Leute nachkommen. Weil umso mehr Allgemeinmediziner später da sind, umso besser können wir dann arbeiten, wenn quasi die alten Ärzte in Rente gehen und die alten Patienten immer mehr werden (lacht). Also wär für mich auch so der Wunsch, dass das weitergeht, dass es weiter gefördert wird, ja. Das wär cool. Genau, also Wahlfach weitermachen (lacht). Ja.“ (F-Up P9; Z: 140-145)

Kategorie: Allgemeinmedizin wird attraktiv dargestellt

In zwei der zehn Follow-Up Interviews kommt der Aspekt zum Tragen, dass die Studierenden bemerken, dass die Allgemeinmedizin und hier auch im Speziellen auf dem Land attraktiver dargestellt wird. Dies wird als langsamer, aber durchaus erfolgsversprechender und bemerkbarer Faktor wahrgenommen. Sei es hierbei die positive Darstellung des Faches in den Medien, durch eigene Beobachtungen innerhalb des eigenen Umfeldes oder auch einfach durch eigene Überlegungen zu diesem Thema.

„Ansonsten find ich, bringt momentan eigentlich fast noch mehr, dass man ständig, überall, also jetzt in der „Zeit“ war zum Beispiel auch wieder ein riesen Artikel drüber, dass halt einfach Allgemeinmediziner gesucht werden überall. Das wird super attraktiv gestaltet. Also ich find halt, die probieren sich ja gegenseitig zu übertreffen an, an Familienfreundlichkeit, an irgendwie Starthilfen und ich glaub auch die Leute würden sich tatsächlich dreimal überlegen, ob sie einen überlasten oder nicht, also so als Patienten, ob sie jetzt wirklich zum Arzt müssen oder nicht. Das bringt fast noch mehr momentan.“ (F-Up P5; Z: 37-44)

Kategorie: Positive praktische Erfahrungen auf dem Land, negative in der Stadt

Die Studierenden haben innerhalb des Jahres nach dem Wahlpflichtfach die Zeit genutzt, um weitere praktische Erfahrungen in der Allgemeinmedizin und anderen Fächern auf dem Land zu sammeln. Insgesamt drei der zehn Interviewten gaben in den Follow-Ups an, positive Erfahrungen während eines Praktikums auf dem Land gesammelt zu haben. In zwei Interviews wurde die als eher negativ empfundene Erfahrung im städtischen Bereich oder in einem anderen Fach als Allgemeinmedizin als Plädoyer für die Allgemeinmedizin gewertet.

„... man wurde immer schon als Kollege wahrgenommen und ja, da sagen halt sogar die Pfleger 'komm mal her, hier in nem anderen Fachbereich ist gerade ein interessanter Fall', das würde man an ner Uniklinik nie erleben und daher finde ich das besonders wichtig dieses Zwischenmenschliche...“ (F-Up P11; Z: 73-77)

„Aber jetzt so im Chirurgie-Tertial zum Beispiel denke ich oft, das ist nicht das, was ich auf Dauer machen will, also das bestärkt mich eigentlich schon darin, Allgemeinmedizin zu machen.“ (F-Up P9; Z: 26-28)

Kategorie: Anderes Fach interessanter

Neben positiven praktischen Erfahrungen in der Allgemeinmedizin finden sich bei vier der zehn Follow-Up-Interviewten nun aber auch andere Fächer, die interessanter und anziehender wirken oder die nach dem Empfinden der Studierenden besser zu ihnen passen. Trotzdem später auf dem Land tätig zu werden, ggf. in einem anderen Fach als Allgemeinmedizin, wird dadurch aber nicht von vornherein ausgeschlossen.

„Also vor allem eben die Famulaturen, wenn man da in verschiedenen Bereichen war, hat mir halt dann doch mehr die Tumorsorge, ob 's jetzt irgendwie auf der Lungenstation war oder ob 's jetzt irgendwie in der Gyn war, das waren halt vor allem die Tumore, die mich da interessiert haben und da bietet halt die Onkologie alles zusammen.“ (F-Up P13; Z: 30-34)

Kategorie: Partner hat Arbeit auf dem Land

In einem der Follow-Up Interviews wird auch der als attraktivitätsfördernd wirkende Faktor genannt, dass die Partnerin oder der Partner eine Arbeit auf dem Land gefunden hat.

„Also einerseits wollten wir wieder in die Heimat zurückgehen und andererseits hat mein Freund da n Job bekommen auch und daher wollen wir uns auch unsere Zukunft dann gleich wieder in der Heimat aufbauen.“ (F-Up P11; Z: 19-21)

Kategorie: Partner ohne Arbeitsmöglichkeit auf dem Land

Die Arbeitsstelle der Partnerin oder des Partners in der Stadt bzw. die Tatsache, dass die Partnerin oder der Partner auf dem Land keine Arbeitsstelle finden würde, wirkt sich attraktivitätshemmend aus, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden. Dieser Aspekt findet sich ebenfalls in einem Follow-Up-Interview.

„Also ich bin immer abhängig von ..., meinem Freund, wo man dann, weil er halt nicht überall sich hin versetzen lassen kann oder ne Stelle annehmen kann...“ (F-Up P14; Z: 14-16)

4.1.4. Schematisches Konzept der Kategorien

In Abbildung 2 sind die attraktivitätsfördernden und attraktivitätshemmenden Kategorien der qualitativen Erhebung als Faktoren und ihre Beeinflussung auf den Berufswunsch Landärztin bzw. Landarzt zu werden, zusammenfassend schematisch dargestellt. Das Wahlpflichtfach beeinflusst die jeweiligen Faktoren, indem es abmildernd auf die attraktivitätshemmenden Faktoren wirkt, zum Beispiel indem Befürchtungen entkräftet und Vorurteile abgebaut werden können. Zudem wirkt es auf die attraktivitätsfördernden Faktoren verstärkend, indem positive Erfahrungen und Einstellungen zum Leben und Arbeiten auf dem Land reaktiviert werden. Der Wunsch Landärztin oder Landarzt zu werden spielt insofern ebenfalls eine Rolle, als dass sich die Studierenden für das Wahlpflichtfach interessieren und anmelden. Die Studierenden zeigen ein generelles Interesse an der Allgemeinmedizin und wollen das Wahlpflichtfach für ihren weiteren Entscheidungsfindungsprozess nutzen. Das Wahlpflichtfach wirkt auf eine bereits getroffene Entscheidung, später einmal ärztlich auf dem Land tätig zu werden, bestärkend, übt aber keinen entscheidenden Einfluss auf eine noch zu treffende Entscheidung aus.

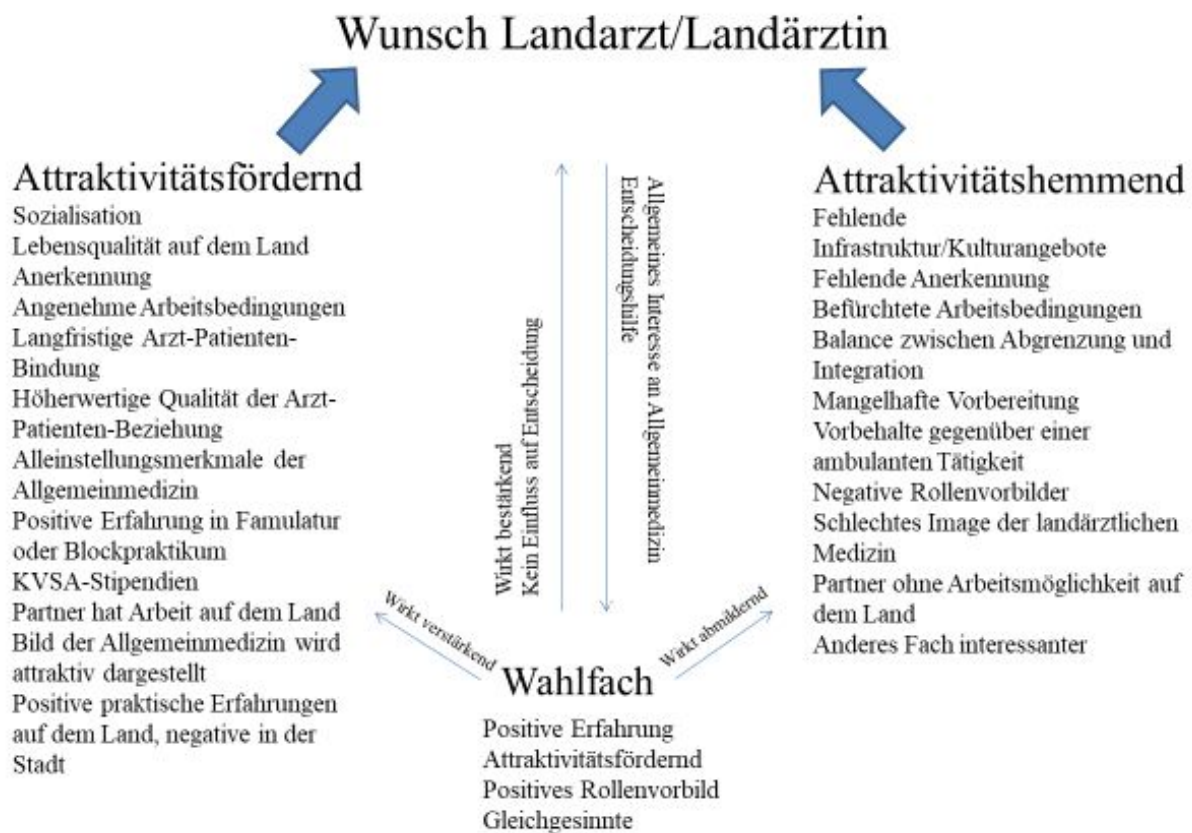


Abbildung 8: Schematisches Konzept der Kategorien

4.2. Ergebnisse der quantitativen Ergänzung

Mit den Fragebögen konnte eine Teilnehmerzahl von 178 Studierenden erreicht werden. Bei einer Jahrgangsgröße von etwa 220 Studierenden entspricht dies einer Rücklaufquote von rund 81%.

Von den 178 befragten Studierenden waren 59 % weiblich (n=105) und 41% männlich (n=73). Unter den Teilnehmenden des Wahlpflichtfachs zeigt sich somit ein deutlich größerer weiblicher Anteil (13 Teilnehmerinnen entsprechen ca. 93%).

Von der Altersverteilung zeigt sich eine ähnliche Struktur zwischen Wahlfachteilnehmenden und Jahrgangskohorte (unter 25 Jahren in der Jahrgangskohorte 45% zu 57% im Wahlpflichtfach, in der Gruppe zwischen 25 und 30 Jahren in der Jahrgangskohorte 39% zu 43% im Wahlpflichtfach) mit dem Unterschied, dass keiner der Wahlfachteilnehmenden bereits das 30. Lebensjahr (16% in der Jahrgangskohorte) erreicht hatte.

Das Abitur wurde von etwa 28% der teilnehmenden Befragten (n=50) in Sachsen-Anhalt erworben, ca. 61% der teilnehmenden Befragten (n=108) haben es in einem anderen Bundesland erworben und etwa 10% (n=18) außerhalb der BRD und etwa 1% (n=2) machten hierzu keine Angabe.

Auf die Frage, wo die Studierenden aufgewachsen seien, zeigte sich ein großer Unterschied zwischen der Jahrgangskohorte und den Wahlfachteilnehmern. Während alle Studierenden, die am Wahlpflichtfach teilgenommen hatten, die gesamte bzw. einen großen Teil ihrer Kindheit und Jugend im ländlichen Bereich verbracht hatten, sind in der Jahrgangskohorte nur ca. 60% (n=106) ganz oder teilweise auf dem Land aufgewachsen und ca. 40% (n=70) nur in der Stadt. Zwei der Befragten gaben auf diese Frage keine Antwort.

29 % der Befragten (n=51) der Jahrgangskohorte hatten mindestens ein Elternteil, welches ärztlich tätig war. Bei den Wahlfachteilnehmenden waren es 21 % (n=3). 19 % der Befragten (n=34) der Jahrgangskohorte hatten mindestens ein Elternteil, welches niedergelassen ärztlich tätig war, sehr ähnlich zu den Wahlfachteilnehmenden, bei denen es 21 % waren (n=3). Nur bei 7 % der Befragten (n=12) der Jahrgangskohorte war mindestens ein Elternteil Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner, bei den Wahlfachteilnehmern waren es wiederum 21 % (n=3). Bei 71% der Befragten (n=124) der Jahrgangskohorte war kein Elternteil ärztlich tätig und zwei gaben hierzu keine Antwort. Bei den Wahlfachteilnehmern waren es 79 % (n=11).

Bei möglicher Mehrfachnennung war mit 55% die häufigste Antwort auf die Frage nach der Nicht-Teilnahme am Wahlpflichtfach das fehlende Interesse. Dem folgt mit 25% der Antworten, dass Zeit und Ort für sie unpassend gewählt waren. 12% der Antworten entfielen auf „nicht gewusst“ und 8%, dass sie keinen Platz im Wahlpflichtfach bekommen hätten. Die grafische Darstellung für die Nicht-Teilnahme-Gründe findet sich in Abbildung 3.

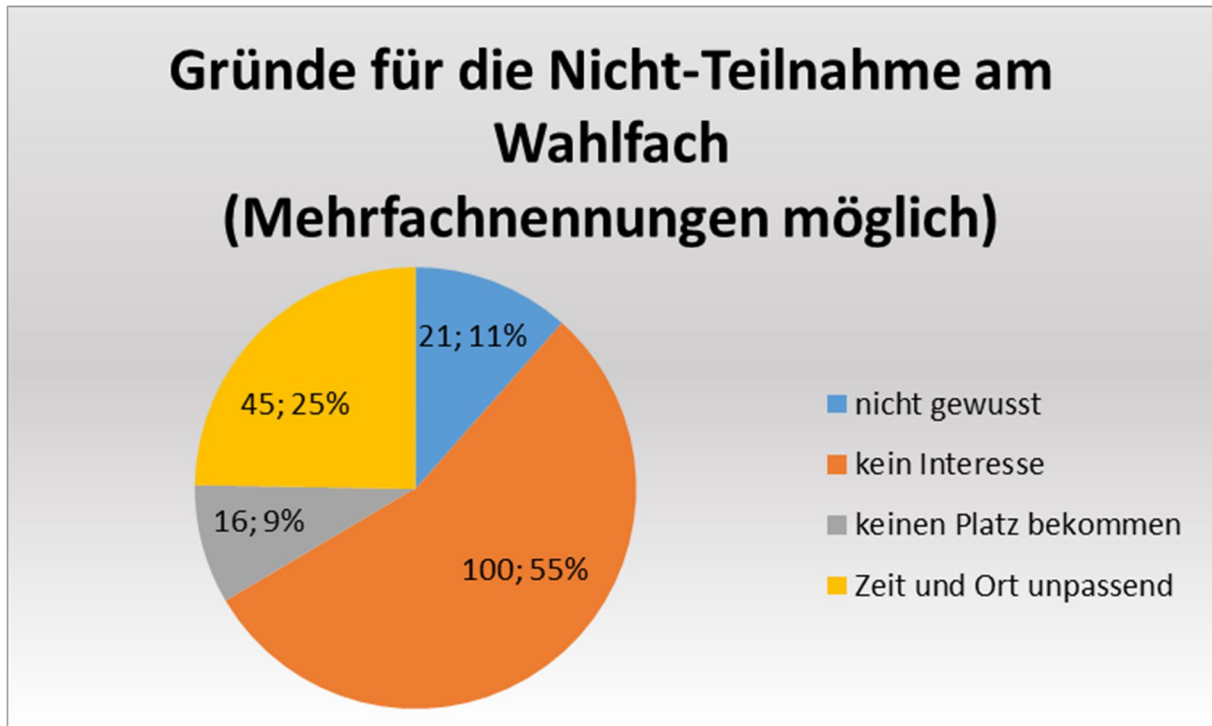


Abbildung 9: Gründe der Studierenden für die Nicht-Teilnahme am Wahlpflichtfach

Nur ungefähr 15% der Befragten der Jahrgangskohorte (n=26) sehen ihre Zukunft in der Allgemeinmedizin, ungefähr 85% (n=151) in einem anderen Fach, ein Befragter gab bei dieser Frage keine Antwort.

Auf die Frage nach einer Famulatur in der Allgemeinmedizin gaben 20% der Befragten (n=37) an, diese in einer Praxis auf dem Land abgeleistet zu haben. 39% der Befragten (n=69) gaben an, eine Famulatur in der Allgemeinmedizin in einer Stadt verrichtet zu haben. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben ebenfalls 39% der Befragten (n=69) an, keine Famulatur in der Allgemeinmedizin gemacht zu haben. Ungefähr 2% der Befragten (n=3) gaben an, sowohl eine Famulatur auf dem Land als auch in der Stadt in der Allgemeinmedizin abgeleistet zu haben.

Bei der Frage nach dem obligatorischen Pflichtblockpraktikum in der Allgemeinmedizin gaben 25% der Befragten (n=45) an, dieses in einer Praxis auf dem Land absolviert zu haben. 71% der Befragten (n=127) gaben an, ihr Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin in einer Praxis in der Stadt verrichtet zu haben. Sechs Befragte (ca. 4%) gaben auf diese Frage keine Antwort.

Das Angebot einer speziellen Lehrveranstaltung zum Thema landärztliche Medizin hielten 47% der Befragten (n=83) für wichtig, 30 % der Befragten (n=53) hingegen für unwichtig. 22% der Befragten (n=40) gaben an, zu dieser Frage keine Meinung zu haben und etwa 1% der Befragten (n=2) machten zu dieser Frage keine Angabe (vgl. Abbildung 4).

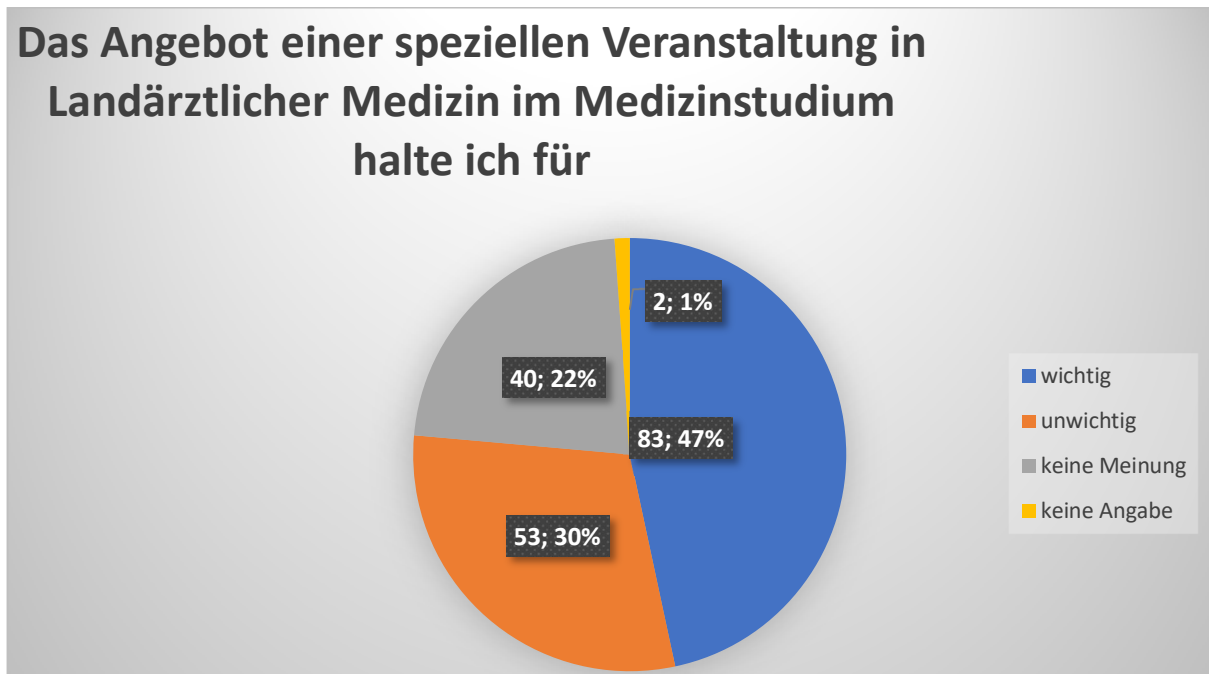


Abbildung 10: Bedeutung einer speziellen Lehrveranstaltung Landärztlicher Medizin

Auf die Frage „Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Du nach der Ausbildung im ländlichen Bereich als Ärztin/Arzt tätig sein wirst?“, antworteten 176 der 178 Befragten. Die Befragten hatten die Möglichkeit auf einer Skala einen Zahlenwert anzukreuzen, wobei die 1 für „gar nicht“ und die 10 für „auf jeden Fall“ steht. Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 dargestellt. Der Mittelwert beträgt 3,68 und zeigt somit eine generelle Tendenz der Studierenden, eher nicht im ländlichen Bereich als Ärztin oder Arzt tätig werden zu wollen.

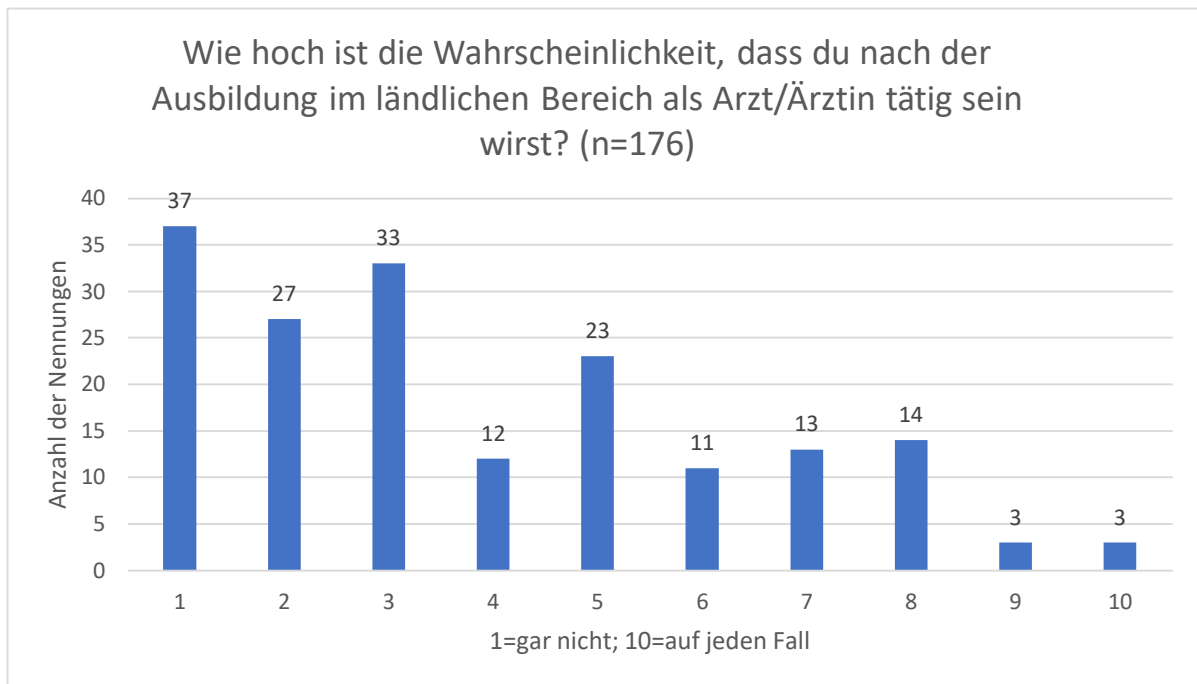


Abbildung 11: Selbsteinschätzung der Studierenden für die Wahrscheinlichkeit, später auf dem Land ärztlich tätig zu sein

Die Studierenden hatten die Möglichkeit, neben der Angabe eines Zahlenwertes auf der Skala auf die Frage „Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Du nach der Ausbildung im ländlichen Bereich als Ärztin/Arzt tätig sein wirst?“ ihre Entscheidung in einem Kommentarfeld zu begründen, welches ca. 61% (n=108) der Befragten nutzten. Zwei Kommentare konnten inhaltlich nicht gedeutet werden und wurden in der weiteren Auswertung nicht mitberücksichtigt.

In das erste Cluster wurden 55% (n=97) der befragten Studierenden gefasst (Skalenwerte 1 bis 3). Diese Studierenden sehen es als wenig wahrscheinlich an, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden. Von diesen 97 Studierenden gaben 65 Studierende (67%) einen Kommentar.

In den Begründungen der Studierenden, die sich später nicht ärztlich tätig auf dem Land sehen, finden sich verschiedene, bereits aus den Interviews bekannte attraktivitätshemmende Faktoren. So können viele Kommentare der Studierenden allen aus den Interviews erarbeiteten Kategorien zugeordnet werden, mit Ausnahme der Kategorien „Fehlende Anerkennung“ und „Negative Rollenvorbilder“.

Daneben gibt es Begründungen, die neue Aspekte aufwerfen und neue attraktivitätshemmende Kategorien bilden.

Kategorie: Sozialisation

Während die ländliche Sozialisation einen attraktivitätsfördernden Faktor darstellt, stellt die städtische Sozialisation einen attraktivitätshemmenden Faktor dar. Ebenso kann die Sozialisation durch das Elternhaus einen attraktivitätshemmenden Einfluss ausüben. Diese Kategorie findet sich in drei Kommentaren.

„Vorteile des Stadtlebens überwiegen für mich, weil ich in einer Stadt aufgewachsen bin und mir ein Leben auf dem Land nicht vorstellen kann.“ (F1+2.15)

Kategorie: Übermäßiger Patientenkontakt

Während in den Interviews eine langfristige Arzt-Patienten-Bindung und eine qualitativ hochwertige Arzt-Patienten-Beziehung von den Studierenden des Wahlpflichtfachs als attraktivitätsfördernd empfunden wird, wird in der Gesamtkohorte ein übermäßiger Patientenkontakt in einem Kommentar als attraktivitätshemmend dargestellt.

„zu viel Patientenkontakt“ (F7.14)

Kategorie: Patientenlientel

Neben der Enge der Arzt-Patienten-Bindung stellt auch das auf dem Land vermutete Patientenlientel, welches als insgesamt älter und zu homogen empfunden wird, einen weiteren attraktivitätshemmenden Faktor dar. Diese Kategorie findet sich in zwei Kommentaren.

„fast nur alte Patienten“ (F10.17) „größere Pat. Vielfalt“ (in der Stadt) (F8.1)

Kategorie: Tätigkeit im stationären Bereich angestrebt

In den Kommentaren der quantitativen Erhebung findet sich in zwei Kommentaren der Aspekt, später nicht im ambulanten, sondern im stationären Bereich arbeiten zu wollen.

„sehe meine Zukunft im Krankenhaus“ (F3+6.13)

Kategorie: Fachrichtung nicht auf dem Land realisierbar

In der quantitativen Erhebung kommt in 6 Kommentaren die Kategorie zum Tragen, dass eine andere Fachrichtung als Allgemeinmedizin auf dem Land nicht zu realisieren ist und daher eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land nicht in Frage kommt.

„Fachwunsch → Gynäkologie → weniger gefragt im ländlichen Bereich“ (F.1+2.24)

„Da die Fachrichtung, die ich machen möchte, eine Anbindung an größere Städte benötigt“ (F4.3)

„Fachrichtung/Subspezialisierung wird wahrscheinlich zu speziell“ (F3+6.25)

In das zweite Cluster wurden 34% (n=59) der befragten Studierenden gefasst (Skalenwerte 4 bis 7). In diesem Cluster befinden sich Studierende, die eher indifferent darüber sind, ob sie ihre Zukunft auf dem Land sehen oder nicht. Von diesen 59 Studierenden gaben 28 Studierende (47%) einen Kommentar. Die Kommentare können sowohl den attraktivitätsfördernden als auch den attraktivitätshemmenden Faktoren zugeordnet werden. Teilweise war es aber nicht ersichtlich, wie eine Begründung gemeint war, also ob eine Begründung für oder gegen eine spätere landärztliche Tätigkeit sprechen sollte.

In das dritte Cluster wurden 11% (n=20) der befragten Studierenden gefasst (Skalenwerte 8 bis 10). Diese Studierenden sehen sich eher später ärztlich tätig auf dem Land. Von diesen 20 Studierenden gaben 13 Studierende (65%) einen Kommentar. In den Begründungen der Studierenden finden sich ebenfalls bereits aus den Interviews bekannte attraktivitätsfördernde Faktoren. So können Kommentare der Studierenden allen aus den Interviews erarbeiteten attraktivitätsfördernden Kategorien zugeordnet werden, mit Ausnahme der Kategorien Anerkennung, Partner hat Arbeit auf dem Land und Bild der Allgemeinmedizin wird attraktiv dargestellt. Aspekte, aus denen sich neue attraktivitätsfördernde Kategorien ableiten ließen, fanden sich nicht.

5. Diskussion

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Ergebnisse vorgestellt wurden, erfolgt nun die Interpretation der Ergebnisse im Kontext der nationalen und internationalen Literatur. Eingereiht in die bereits bestehenden Theorien und Konzepte zur Gewinnung von landärztlichem Nachwuchs, soll ein Vorschlag zur weiteren Gestaltung von Rekrutierungsmöglichkeiten erfolgen. Zudem werden das verwendete Material und die Methodik kritisch hinterfragt.

5.1. Betrachtung der Ergebnisse im Kontext der nationalen und internationalen Literatur

Die quantitative Befragung erbrachte bezüglich der Tendenz der Studierenden, später auf dem Land ärztlich tätig werden zu wollen oder nicht, ähnliche Ergebnisse wie bei früheren Umfragen unter Studierenden (vgl. IQME GmbH 2016; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014). Auffallend ist, dass sich 21,0% der Befragten (n=37) mit der Angabe der 1 ganz klar später nicht als Ärztin oder Arzt auf dem Land tätig sehen, während nur 1,7% der Befragten (n=3) sich ganz klar später als Ärztin oder Arzt auf dem Land sehen.

Der qualitative Teil der Studie erbrachte verschiedene Aspekte, die sich zum Teil gut in bestehende Forschungsergebnisse einreihen und zum anderen neue Punkte aufwerfen.

Rolle der Sozialisation

Die Sozialisation der Studierenden ist ein bedeutender Faktor für die spätere Präferenz der Berufsausübung und bestätigt bereits durchgeführte Untersuchungen (Walker et al. 2012; Brooks et al. 2002; Laven et al. 2003).

Nach Hurrelmann und Bauer (2015) spielen für die Sozialisation nicht nur die sozialen Einflüsse, sondern auch die physischen Einflüsse eine Rolle: „Im Kern bezeichnet Sozialisation also die Persönlichkeitsentwicklung als eine ständige Interaktion zwischen individueller Entwicklung und den umgebenden sozialen Strukturen, wobei diese Interaktionserfahrungen aktiv und produktiv verarbeitet und sowohl mit den inneren körperlichen und psychischen als auch mit den äußeren sozialen und physischen Gegebenheiten permanent austariert werden.“ (Hurrelmann und Bauer 2015: 15)

Weiterhin kann man in primäre und sekundäre Sozialisation unterscheiden, wobei die primäre Sozialisation maßgeblich über die Identifikation mit den Eltern stattfindet. Diese erste Identität wird dann im Rahmen der sekundären Sozialisation durch weitere soziale Kontakte und

Subwelten (Schule, Vereine, etc.) und den auch weiterhin bestehenden Kontakt zu den Eltern erweitert und hinterfragt. So entsteht im Laufe der Zeit die eigenständige Identität, wobei die erlernten Werte und Normen tief verwurzelt sind (Berger und Luckmann 2012). Aufgrund dieser tiefen Verwurzelung ist eine spätere Tätigkeit in einem ländlichen Gebiet für die ländlich sozialisierten Studierenden durchaus vorstellbar, während städtisch sozialisierte Studierende sich aufgrund ihrer eigenen Sozialisation an den Gegebenheiten im ländlichen Raum eher stören bzw. diese für sie teilweise unbekannt sind und daher wenig attraktiv wirken. Hierzu kommt im quantitativen Teil der Studie ergänzend zum attraktivitätsfördernden Faktor der ländlichen Sozialisation nun als Gegenspieler noch der attraktivitätshemmende Faktor der städtischen Sozialisation.

Unter den Wahlpflichtfachteilnehmenden fand sich bei neun der 14 Studierenden mindestens ein Akademiker unter den Elternteilen. Damit werden Studien bestätigt, die aussagen, dass Kinder aus Akademiker-Familien und damit aus höheren sozialen Schichten öfter studieren als Kinder aus Nicht-Akademiker-Familien (Becker et al. 2010; Becker und Lauterbach 2016). Und insbesondere Kinder aus Akademiker-Familien ergreifen eher Studiengänge wie Medizin für ihre Berufswahl: „Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich Studienberechtigte aus der oberen Dienstklasse im Vergleich zu Abiturienten aus den anderen Sozialschichten eher für Medizin und Jura als für andere nichttertiäre Ausbildungsalternativen¹⁶ entscheiden. Für die beiden Studienfächer Medizin und Jura ist dies vor dem Hintergrund des theoretisch vorausgesetzten Motivs für Stuserhalt, des geringen Kostendrucks, der geringen soziokulturellen Distanz zu diesen Studienfächern und den primären Herkunftseffekten zu erwarten“ (Becker et al. 2010: 305).

Lebensqualität auf dem Land versus fehlende Infrastruktur und Kulturangebote

Durch die ländliche Sozialisation wissen die Studierenden des Wahlpflichtfachs die Lebensqualität auf dem Land zu schätzen, die sich in verschiedenen Facetten (Natur, intakte Gemeinschaft, Entschleunigung, die Chance auf Selbstverwirklichung und Familienfreundlichkeit) spiegelt und für die Studierenden einen attraktivitätsfördernden Faktor darstellt. Diese Lebensqualität auf dem Land findet sich in den Faktoren „familienfreundliches Umfeld“, „landschaftliche Reize“ und „Freizeitangebot“ auch in der Untersuchung von Steinhäuser et al. (2011a: 1715) wieder, sollte aber auch mit den anderen Unterpunkten weiterer

¹⁶ Unter der tertiären Ausbildung werden unter anderem das Studium an Universitäten und Fachhochschulen, sowie bestimmte weiterführende Ausbildungsangebote wie Ausbildungen zum Meister zusammengefasst. Zu den sekundären Ausbildungen zählen unter anderem die betrieblichen und schulischen Ausbildungen (Becker und Lauterbach 2016).

Berücksichtigung und Untersuchung erfahren. Der Lebensqualität auf dem Land steht der attraktivitätshemmende Faktor der fehlenden Infrastruktur und der fehlenden Kulturangebote gegenüber, der sich unter anderem auch in der Studie von Steinhäuser et al. (2011a) findet.

Die Art der Attraktivität im Sinne von persönlichen Freiräumen und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten auf dem Land wird auch in dem Beitrag „Lebensentwürfe im ländlichen Raum – Ein Plädoyer für das Unerwartete“ in dem Sammelband „Lebensentwürfe im ländlichen Raum“ (Egger und Posch 2016) herausgestellt.

Rolle der Anerkennung

Anerkennung ist ein viel gedeuteter und je nach Ausrichtung unterschiedlich verstandener Begriff: „Blickt man auf die seit der letzten Dekade des 20. Jahrhunderts interdisziplinär vermehrt beobachtbaren Thematisierungen von und Debatten zu ‚Anerkennung‘, dann ist zunächst festzuhalten, dass ‚Anerkennung‘ disziplinübergreifend als ‚etwas‘ thematisiert und verstanden wird, das mit der Genese und/oder der Aufrechterhaltung von Subjektivität und Identität eng verbunden und für diese unverzichtbar ist“ (Balzer 2014: 576). Nach dem deutschen Sozialphilosophen Axel Honneth und dem kanadischen Politikwissenschaftler und Philosophen Charles Taylor kann Anerkennung als etwas aufgefasst werden, „das das Leben menschlicher Wesen verbessert, weil es ihr Verständnis von sich selbst (wie auch der Welt und von Anderen) qualitativ erhöht und sie qua Anerkennung ein positives Selbstverhältnis zu entwickeln bzw. zu erlangen vermögen. Anerkennung wird dabei aber vor allem deshalb als ‚ethisch‘ begriffen, weil sie, so die Annahme, als Bedingung der Möglichkeit von Selbstverwirklichung – in ihren zwei Varianten von Autonomie und Authentizität – gelten kann.“ (Balzer 2014: 576). Von Taylor wird ebenfalls das Ausmaß von fehlender Anerkennung bzw. „Verkennung“ für das Individuum beschrieben. Die soziale Identität einer Person wird „teilweise von der Anerkennung und Nichtanerkennung, oft auch von der Verkennung durch andere geprägt, so dass ein Mensch oder eine Gruppe von Menschen wirklichen Schaden nehmen, eine wirkliche Deformation erleiden kann, wenn die Umgebung oder die Gesellschaft ein einschränkendes, herabwürdigendes und verächtliches Bild ihrer selbst zurückspiegelt.“ (Taylor et al. 2012: 13)

Das Spannungsfeld zwischen Anerkennung auf der einen und fehlender Anerkennung bzw. Abwertung auf der anderen Seite ist im Zusammenhang mit der Präferenz für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land bislang weniger gut untersucht und findet sich nur vereinzelt in der Literatur. In der qualitativen Studie von Kreiser et al. (2014), in der kürzlich

niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte interviewt wurden, wird nicht der Begriff Anerkennung genannt, sondern von einem Gefühl des Gebrauchtwerdens als einer der Gründe für die Niederlassung auf dem Land gesprochen: „Eine originär hausärztliche Tätigkeit verbanden viele Hausärzte auch mit dem Gefühl, als Arzt noch gebraucht zu werden“ (Kreiser et al. 2014: 162). Das Gefühl, in seinem Beruf gebraucht zu werden, kann ein anderer Ausdruck dafür sein, sich in seinem Beruf anerkannt oder wertgeschätzt zu fühlen. Soziale Wertschätzung ist nach Honneth (1992) ein Aspekt des Begriffes Anerkennung. „Wertvoll“ kann sich eine Person nur fühlen, „wenn sie sich in Leistungen anerkannt weiß, die sie gerade nicht mit anderen unterschiedslos teilt“ (Honneth 1992: 203). Das Gefühl des Gebrauchtwerdens durch die Tätigkeit als Ärztin oder Arzt auf dem Land kann somit als Wertschätzung und damit als ein Teil von Anerkennung verstanden werden.

Wie die weitere Befragung in den Follow-Up Interviews zeigte, spielt besonders die Wertschätzung und Anerkennung durch die späteren Patienten eine entscheidende Rolle für die Studierenden. Die Anerkennung, die durch andere Gruppen eventuell verwehrt wird, tritt dadurch in den Hintergrund. Die Tatsache, dass eine bestimmte ärztliche Tätigkeit nach Ansicht der Studierenden nicht genug Achtung erfährt, ist auch vor dem Hintergrund interessant, als dass der ärztliche Beruf insgesamt in der deutschen Bevölkerung hoch angesehen ist. Dies zeigen verschiedene Befragungen der deutschen Bevölkerung, die ein hohes Ansehen bzw. eine hohe Achtung dem ärztlichen Beruf attestieren (dbb Beamtenbund 2016; IfD Allensbach 2013). Allerdings wird in diesen Befragungen nicht nach Fachrichtungen aufgeschlüsselt, sondern nur insgesamt nach der Berufsgruppe gefragt.

Anerkennung durch die eigene Berufsgruppe, also eine professionelle Anerkennung der ärztlichen Kollegen, kann man mit dem Streben nach Anerkennung unter Forschern vergleichen, zumal die wissenschaftliche Arbeit ebenfalls eine der Facetten der ärztlichen Sozialisation während des Studiums und darüber hinaus bildet. Zur Rolle der Anerkennung unter Forschern schreibt Böhm: „Der Forscher erwartet als Belohnung die Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistung durch die wissenschaftliche Gemeinschaft, wenn er originelle Forschungsergebnisse präsentiert. Der Grad der professionellen Anerkennung richtet sich danach, wie unerwartet oder originell die von ihm erzielten Resultate sind vorausgesetzt sie werden durch andere bestätigt“ (Böhm 1998: 209). Unter Umständen führt diese von den Studierenden empfundene verwehrt professionelle Anerkennung dazu, dass Studierende mit Interesse an landärztlicher Medizin sich abgewertet fühlen, denn „da die Selbstachtung eines Menschen von der Zugehörigkeit zu einer für ihn relevanten Gruppe abhängen kann, stellt ihre

Nichtbeachtung auch für den Einzelnen eine Demütigung dar“ (Mörchen und Tolksdorf 2009: 7). Uwe Kurzke, Facharzt für Allgemeinmedizin auf der Insel Pellworm, hat in einem Key-lecture beim DEGAM Kongress 2008 seine eigenen Beobachtungen so zusammengefasst: „Oft kommt hinzu, dass Allgemeinärzte zwar bei ihren Patienten beliebt und anerkannt sind, sich aber im Kollegenkreis weniger geschätzt und wertgeachtet fühlen“ (Kurzke 2008: 422). Handfeste wissenschaftliche Untersuchungen hierzu fehlen bislang allerdings.

Im internationalen Vergleich sind deutsche Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung unzufriedener als ihre Kollegen in anderen Ländern (letzter Platz bei der Zufriedenheit im Vergleich von 11 Industrienationen): „Nur 54 % der deutschen Haus- und Kinderärzte waren mit ihrer Tätigkeit zufrieden, wohingegen es in den meisten Ländern mehr als 80 % waren“ (Hertle und Stock 2015: 273). In der Studie wird allerdings nicht unterschieden, ob die Ärztinnen und Ärzte auf dem Land oder in der Stadt arbeiten. Ein möglicher Hinweis darauf, dass Ärztinnen und Ärzte auf dem Land zufriedener sind als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Stadt, findet sich in einer qualitativen Studie der Medizinischen Hochschule Hannover, in der 20 Hausärztinnen und Hausärzte in zwei ländlichen Kreisen in Niedersachsen interviewt wurden und die eine sehr hohe Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Arbeit zeigt (Schulte et al. 2020). Leider wird in der Studie nicht auf Aspekte wie die Rolle der Anerkennung für die Zufriedenheit der Landärztinnen und Landärzte eingegangen, sondern nur eine „allgemeine Standort- und Berufszufriedenheit“ attestiert und auf Faktoren wie Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder Freizeitmöglichkeiten verwiesen. Weiterhin fehlt der Vergleich zu Hausärztinnen und Hausärzten auf dem Land.

Eine Erhebung, wie anerkannt Hausärztinnen und Hausärzte im Gegensatz zu anderen Facharzttrichtungen sind, wäre also sinnvoll, um eine eventuelle Diskrepanz bei der Anerkennung von verschiedenen Facharztgruppen in der Bevölkerung, aber auch innerhalb der unterschiedlichen ärztlichen Berufsgruppen, zu identifizieren. Eine solche Erhebung könnte ebenfalls zeigen, ob es Anhaltspunkte für einen Unterschied in der Anerkennung zwischen Ärztinnen und Ärzten, die auf dem Land arbeiten und solchen die in der Stadt arbeiten, gibt. Auch weitere Erhebungen unter Studierenden könnten hier aufschlussreich sein, um festzustellen, ob es sich hierbei um temporäre Effekte handelt und ob es wechselseitige Effekte mit anderen Fachgebieten gibt.

Aufgrund der bisher vorliegenden Daten ist davon auszugehen, dass sich, anlehnend an die Konzepte der pädagogischen Erwachsenenbildung (Mörchen und Tolksdorf 2009), ein insgesamt wertschätzender Umgang mit der landärztlichen Medizin vor allem während des

Medizinstudiums, aber auch darüber hinaus, positiv auf die Rekrutierung von Nachwuchsärztinnen und Ärzten für die landärztliche Medizin auswirken sollte.

Ein weiteres Indiz für das pädagogische Konzept der Erwachsenenbildung in der Anerkennungsfrage von Landärztinnen und Landärzten im Gegensatz zu der von Medizinern als Wissenschaftlern, findet sich in der Tatsache, dass sich, im Gegensatz zu Ländern wie dem Vereinigten Königreich, in Deutschland bislang wenig Forschung aus dem hausärztlichen Bereich findet (Glanville et al. 2011). Eine Studie aus Österreich, bei der das Forschungsinteresse von Hausärztinnen und Hausärzten ergründet werden sollte, hatte nur eine Rücklaufquote von 10 Prozent (Poggenburg et al. 2017). Unter den Teilnehmenden, besonders denen, die im ländlichen Bereich niedergelassen waren, zeigte sich ein deutliches Interesse an Forschung, vor allem an solcher, die sich positiv auf die Versorgung und das Wohl ihrer zu versorgenden Patienten auswirken würde. Das Interesse daran eigene Forschungsideen zu implementieren war hingegen deutlich weniger ausgeprägt, was wiederum eher darauf hindeutet, dass es Landärztinnen und Landärzten mehr um das Wohlergehen ihrer Patienten und die damit verbundene Anerkennung durch diese, als um die ihrer (Wissenschaftlichen-)Kollegen geht. In den durchgeführten Interviews dieser Arbeit stellte sich dieser Sachverhalt auch dadurch dar, dass das Interesse an einer wissenschaftlichen Karriere oder an Forschung im Allgemeinen durch die teilnehmenden Studierenden nicht thematisiert oder überhaupt erwähnt wurde.

Angenehme Arbeitsbedingungen versus befürchtete Arbeitsbedingungen und unzureichende Vorbereitung

In den Interviews kommt mit der Kategorie „Angenehme Arbeitsbedingungen“ ein von den Studierenden klar geäußelter Wunsch zum Tragen, der, sofern er realisiert wird, einen weiteren attraktivitätsfördernden Faktor bildet. Unter angenehmen Arbeitsbedingungen verstehen die Studierenden ein Arbeiten im Gemeinschaftsmodell, ein funktionierendes Praxisteam, eine ausgeglichene Work-Life-Balance, finanzielle und planerische Sicherheit und größere Praxismöglichkeiten auf dem Land. Passend als Gegenstück hierzu finden sich ein fehlender Austausch mit Kollegen, das Arbeiten in einer Einzelpraxis, hohe Arbeitsbelastung, eine mangelnde medizinische Infrastruktur und die befürchtete Isolation vom medizinischen Fortschritt als attraktivitätshemmende Faktoren für eine spätere Tätigkeit auf dem Land. Die Arbeitsgruppe um Steinhäuser et al. (2011a) aus Heidelberg hat ähnliche Faktoren für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin oder zum Allgemeinmediziner identifiziert. So sind für 50,3% der befragten Ärztinnen und Ärzte in

Weiterbildung die „Zusammenarbeit mit Kollegen“, für 45,7% „keine Wochenenddienste“, für 31,9% ein „Krankenhaus in der Nähe“ und für 9,7% eine „Anbindung an eine Universität“ wichtig (Steinhäuser et al. 2011a: 1716). Im Zuge der „KarMed Studie“¹⁷ um van der Busche fanden sich außerdem die Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung, sowie für Männer die Möglichkeit der Niederlassung und für Frauen die Möglichkeit der Anstellung als attraktivitätsfördernd für eine ambulante Tätigkeit (Ziegler et al. 2017).

Um einer befürchteten Isolation vom medizinischen Fortschritt vorzubeugen, könnte versucht werden, einen weiteren Austausch mit den medizinischen Fakultäten in der Weiterbildung und danach zu gewährleisten.

Die Angst vor hoher Arbeitsbelastung wird auch in „Boys in White“ wiedergegeben: „The third criterion students use to judge styles of practice consists of an estimate of the amount of work the particular kind of practice will mean for them. General practice is typically seen as involving a tremendous amount of hard work: you have no control over the number of patients you see; you put in long hours.“ (Becker 2007: 373)

Auch findet sich in „Boys in White“ die Befürchtung der Studierenden, nur unzureichend auf eine spätere Tätigkeit vorbereitet zu sein: „General practise would scare me too. I would never go into general practise, not me. I don't think anybody knows enough to do that, to tell you the truth.“ (Becker 2007: 373)

Dass sich in solchen Aussagen möglicherweise nur Vorurteile der Studierenden widerspiegeln, zeigt eine Studie von Löffler et al. (2015), in der alle praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte Mecklenburg-Vorpommerns angeschrieben worden waren und sich eine überraschend hohe Zufriedenheit zeigte, unabhängig von der Niederlassung in der Stadt oder auf dem Land. In der Studie fielen die als störend empfundene Arbeitsbelastung und administrativen Verpflichtungen weniger stark ins Gewicht für die Zufriedenheit.

Vorurteile und Unwissenheit zeigten sich auch in der quantitativen Untersuchung der Studierenden des 5. Studienjahres. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Kategorie „Fachrichtung ist auf dem Land nicht realisierbar“, in der von den Studierenden als konkretes Beispiel sogar eine Fachrichtung wie die Gynäkologie benannt wird, die auch im ländlichen Raum gebraucht und praktiziert wird. Hier scheint es ein gewichtiges Informationsdefizit gegenüber dem ambulanten Sektor im Generellen zu geben, welches dringend behoben werden sollte.

¹⁷ Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)

Langfristige Arzt-Patienten-Bindung und höherwertige Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

Die langfristige Arzt-Patienten-Bindung wird von den Studierenden geschätzt und die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung auf dem Land höherwertiger empfunden als in der Stadt. Beide stellen somit weitere attraktivitätsfördernde Faktoren dar. Als eine der Hauptkriterien für den Wunsch später Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner zu werden, ist in Howard S. Beckers „Boys in White“ der Wunsch nach einer solchen längerfristigen und qualitativ höherwertigen Arzt-Patienten-Beziehung herausgearbeitet worden: „Students fear that a specialist’s view might be so limited that he would not be interested in the patient as a human being; he would be simply a technician, however skilled and talented. ... They think of general practitioners, in contrast, as physicians who have a large amount of intimate contact with the families they serve“ (Becker 2007: 373-374).

Dass eine längerfristige Arzt-Patienten-Bindung und eine höherwertige Arzt-Patienten-Beziehung einen attraktivitätsfördernden Einfluss für eine mögliche spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land darstellt, konnte auch in zwei Leipziger Publikationen (Deutsch et al. 2015; Deutsch et al. 2016) und in der qualitativen Arbeit von Kreiser et al. (2014) gezeigt werden. In den beiden Leipziger Arbeiten wird der Aspekt einer qualitativ höherwertigen Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patienten nicht direkt hergestellt. Allerdings wird in beiden Publikationen das Bio-Psycho-Soziale-Modell¹⁸ als attraktivitätsfördernder Faktor herausgearbeitet. Als Teil des Bio-Psycho-Sozialen-Modells kann die Kategorie „Höherwertige Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung“ verstanden werden, nämlich als ein umfassendes Verständnis und Interesse an einem Behandlungskonzept mit einer intimeren Beziehung und tieferem Einblick und Einfühlungsvermögen in die Lebensumstände und psychosozialen Belange der Patienten.

Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin

Die Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin mit den Unterkategorien Familienmedizin, Behandlungsspektrum, Möglichkeit der Niederlassung und ganzheitliches Arbeiten finden sich in spezifischen Untersuchungen zur Rekrutierung von Medizinstudierenden für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land nicht, aber in den Untersuchungen zur Nachwuchsgewinnung für die Allgemeinmedizin (Steinhäuser et al.

¹⁸ Das Bio-Psycho-Soziale-Modell geht auf den US-amerikanischen Psychiater George L. Engel (1977) zurück und betrachtet den Menschen im ganzheitlichen Modell bei dem biologische, psychologische und soziale Faktoren in der Krankheitsentstehung eine Rolle spielen. Das Modell wurde seither weiter entwickelt und hat weiterhin großen Einfluss auf das Verständnis zur Krankheitsentstehung (Adler 2009).

2011b; Jahn et al. 2017). Eine überzeugende Darstellung ihrer Alleinstellungsmerkmale könnte der Allgemeinmedizin also nicht nur in der Rekrutierung von Studierenden für ihr eigenes Fach nützen, sondern auch einen weiteren Anknüpfungspunkt für die Rekrutierung von Studierenden für eine spätere Tätigkeit auf dem Land bieten. Die Vorbehalte gegenüber der Allgemeinmedizin, die finanziellen Unsicherheiten, Nachteile der Niederlassung und fehlende Karriereperspektiven könnten über eine qualitativ hochwertige und gestärkte Allgemeinmedizin im Curriculum entkräftet werden. Zudem findet sich in den Kategorien deutlich die von den Studierenden angemahnte unzureichende Thematisierung der landärztlichen Medizin im Studium und eine in ihren Augen unzureichende Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit auf dem Land wieder. Der „unbekannte“ ambulante Sektor sollte für die Studierenden also greifbarer und verständlicher werden. Dass solche Projekte Erfolg haben können, beweisen unter anderen Studien aus den USA (Phillips et al. 1999). Aber auch in einer deutschen Untersuchung unter Medizinstudierenden wurde gezeigt, dass sich Medizinstudierende mehr Wissensvermittlung über administrative, finanzielle und generelle Abläufe im ambulanten Sektor wünschen (Barthen et al. 2018).

Erfahrung in Famulatur oder Blockpraktikum und Rollenvorbilder

Positive Erfahrungen in Famulaturen und Blockpraktika auf dem Land (erleben der Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin und Arzt-Patienten-Beziehung, höheres eigenverantwortliches Arbeiten als in städtischen Praktika) wirken auf die Studierenden attraktivitätsfördernd. Diese können einerseits den Abbau von Vorbehalten gegenüber der landärztlichen Medizin fördern, andererseits auch positive Rollenvorbilder vermitteln. Ein Projekt zur Vermittlung von Famulaturplätzen in ländlichen Regionen Bayerns wurde von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)¹⁹ initiiert.

Ein weiteres Projekt hat die WONCA 2015 gestartet, bei dem besonders motivierte Landärztinnen und Landärzte als „rural heroes“ eine Plattform der Ehrung und Inspiration erhalten und somit als positive Rollenvorbilder für junge Medizinerinnen und Mediziner hervortreten sollen (World Organization of Family Doctors 2015).

Positive Rollenvorbilder zu finden, war auch ein Grund für die Studierenden am Wahlpflichtfach teilzunehmen. Hingegen werden negative Rollenvorbilder in der

¹⁹ „Land.In.Sicht“ heißt das gemeinsame Projekt von bvmd und KVB und fördert Famulaturen im ländlichen Raum Bayerns, indem sie ein Angebot an Famulaturplätzen auf dem Land zur Verfügung stellt und vermittelt sowie Aufwandsentschädigung und Fahrtkostenzuschüsse zahlt. Siehe hierzu: http://www.kbv.de/media/sp/Land_in_Sicht_bvmd.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2018 um 20:59 Uhr.

landärztlichen Medizin als attraktivitätshemmender Faktor von den Studierenden wahrgenommen. Begeisternde Landärztinnen und Landärzte, die als positive Rollenvorbilder auftreten, könnten beispielsweise als Mentoren ab einem frühen Zeitpunkt im Studium eingesetzt werden, um die Bereitschaft der Studierenden für eine spätere Tätigkeit auf dem Land zu steigern. Der Zusammenhang zwischen positivem Rollenvorbild und späterer Fachrichtungswahl wurde unter anderem von Wright et al. (1997) dargestellt. Das Ergebnis einer Umfrage unter Medizinstudierenden in Deutschland, die in der DEGAM-Nachwuchsakademie gefördert werden, legt ebenfalls den positiven Einfluss von Rollenvorbildern dar (Simmenroth-Nayda und Hilbert 2014).

Mentoren im Medizinstudium einzusetzen, um Studierende frühzeitig für eine bestimmte Fachrichtung zu sensibilisieren, wird ebenfalls erfolgreich im Zuge der „Klasse Allgemeinmedizin“ der Universität Halle umgesetzt (Samos et al. 2017).

In einer Magdeburger Arbeit wurde der Einfluss der Berührungspunkte der Allgemeinmedizin auf die Studierenden als gewichtiger Faktor identifiziert, um Vorurteile gegenüber dem Fach abzubauen und die Einstellung der Studierenden positiv zu beeinflussen: „Durch den Kontakt mit der Allgemeinmedizin erfahren die Studierenden einerseits die Möglichkeit, ihre Ansichten und Ansprüche für sich zufriedenstellend zu realisieren. Andererseits lernen sie die Vielfältigkeit der Arbeit in der Allgemeinmedizin kennen und schätzen. Erst durch das Kennenlernen dieses Arbeitsalltages und somit durch das Erhalten eines differenzierten neuen Bildes der Allgemeinmedizin erleben die Studierende die vielen, zum Teil einzigartigen, Eigenschaften der Arbeit und können ihre Ängste und Vorurteile abbauen. Dies führt in der Summe zum Berufswunsch Allgemeinmedizin“ (Jahn et al. 2016: 519). Die Ergebnisse lassen vermuten, dass auch die landärztliche Medizin durch eine gesteigerte Anzahl von Berührungspunkten profitieren könnte.

Ebenso wie positive Erfahrungen in Praktika und Famulaturen in der landärztlichen Medizin oder positive Rollenvorbilder attraktivitätsfördernd wirken, können umgekehrt negative Erfahrungen oder negative Rollenvorbilder attraktivitätshemmend wirken. Daher ist auf eine sorgfältige Auswahl von Lehrerinnen und Lehrärzten in den Blockpraktika und im praktischen Jahr zu achten, sowie bei der Auswahl von Mentorinnen und Mentoren.

KVSA-Stipendien

Was den Einsatz der KVSA-Stipendien angeht, scheint ihr Einfluss - zumindest auf den Wunsch in die Allgemeinmedizin zu gehen - eher gering zu sein. Sie gewinnen erst in einem weit

fortgeschrittenem Entscheidungsfindungsprozess an Bedeutung, ähnlich wie auch vorangegangene Untersuchungen aus Magdeburg zeigen: „Die überwiegende Mehrheit hat aber die Annahme dieses Stipendiums aus der Summe der eigenen Wert- und zukünftigen Lebensplanungsvorstellungen heraus abgelehnt. Die Minderheit, die das Stipendium angenommen hat, befand sich in irgendeiner Weise äußerem Druck und Zugzwängen ausgesetzt ...“ (Jahn et al. 2017: 43). Nichtsdestotrotz kommt in den Follow-Up-Interviews auch der Wunsch der Studierenden nach mehr Fördermöglichkeiten zum Tragen. Wie diese Fördermöglichkeiten aussehen sollten, ob es sich eventuell mehr um eine ideelle Förderung handeln sollte, könnte in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

Rolle des Partners

Der Faktor Partnerin oder Partner als variierender Faktor, je nachdem ob die Partnerin oder der Partner auf dem Land Arbeit finden würde oder nicht, taucht sowohl in der qualitativen Befragung als auch in der quantitativen Erhebung in den Kommentaren auf. Allerdings deutlich seltener, als man es zum Beispiel durch andere Erhebungen erwarten würde. Die unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung durch die Heidelberger Kollegen durchgeführte Erhebung ergab zum Beispiel, dass für 27,5% das Jobangebot für die Partnerin oder den Partner eine Rolle spielt (Steinhäuser et al. 2011a). Eine Möglichkeit für diese Abweichung könnte sein, dass Studierende der Medizin in ihrer Lebens- und Familienplanung noch nicht so weit fortgeschritten sind, wie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Balance zwischen Integration und Abgrenzung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Integration und Abgrenzung für die Studierenden als Balanceakt darstellen. Diese Faktoren sind bisher nicht weitergehend untersucht, scheinen die Studierenden aber durchaus zu beschäftigen, wie man an den Lösungsstrategien aus den Follow-Up-Interviews erkennen kann (vgl. Kapitel 4.1.3). So haben die Studierenden während des Jahres zwischen den beiden Interview-Serien teilweise Strategien entwickelt, um diesen Balanceakt für sich später meistern zu können. Hierbei könnten positive Rollenvorbilder helfen, die den Studierenden beispielsweise als Mentoren oder während Praktika vorleben und zeigen, wie eine erfolgreiche Integration bei gleichzeitig ausreichender Abgrenzung gelingen kann.

Das Wahlpflichtfach

Das Wahlpflichtfach wurde von den teilnehmenden Studierenden durchweg als positive Erfahrung wahrgenommen und zum Zeitpunkt der ersten Interview-Reihe als attraktivitätsfördernd angesehen. In den Follow-Up-Interviews ein Jahr später wird das

Wahlpflichtfach ebenfalls noch als positive Erfahrung wahrgenommen. Zwei Studierende empfanden das Wahlpflichtfach als motivierend, um später ambulant tätig zu werden und zwei Studierende sahen sich durch das Wahlpflichtfach in ihrer bereits getroffenen Entscheidung bestärkt. Sechs Studierende gaben an, dass das Wahlpflichtfach keinen Einfluss auf ihre Entscheidung habe. Das Wahlpflichtfach für sich allein ist somit nicht ausschlaggebend in der Entscheidungsfindung der Studierenden später auf dem Land ärztlich tätig zu sein. Es kann aber eine unterstützende Wirkung in der Entscheidungsfindung entfalten und gerade Studierende, die in ihrem Entscheidungsfindungsprozess weit fortgeschritten sind, stärken. Die Integration des Wahlpflichtfachs in ein multifaktorielles Maßnahmenpaket, welches über die Grenzen des reinen Medizincurriculums hinausgeht, ist auf Grundlage dieser Ergebnisse am erfolgversprechendsten, um der Problematik des Landärztemangels dauerhaft entgegen zu treten.

5.2. Integration der Ergebnisse und der aktuellen Forschung in ein Rekrutierungsmodell

Wie bereits im Einführungsteil erwähnt, sollte unter den internationalen Modellen zur Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten für die Arbeit im ländlichen Raum besonderes Augenmerk dem Modell der „rural pipeline“ gelten (Henry et al. 2009). Ein modifiziertes Modell unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Arbeit, der nationalen und internationalen Forschung sowie von nationalen und internationalen Projekten könnte als Pilotmodell implementiert und evaluiert werden. Zumindest sollten aber Teilaspekte in das Curriculum einfließen und bestehende Projekte weiter ausgebaut und gefördert werden.

Die „rural pipeline“ setzt bereits vor dem Medizinstudium an und nutzt die Erkenntnis, dass die ländliche Sozialisation der Studierenden einen hohen Einfluss auf die spätere Präferenz des Arbeitsortes hat. Es sollten gezielt bereits Schülerinnen und Schüler für ein Medizinstudium sensibilisiert werden. Ein solches Projekt wurde zum Beispiel in den USA als Sommerprogramm für High School Schülerinnen und Schüler aus Kentucky angeboten und konnte sie für die Thematik sensibilisieren (Crump et al. 2014).

Neben der Sensibilisierung von Schülerinnen und Schülern auf dem Land, sollten auch gezielt die Zugangsmöglichkeiten zu Medizinstudienplätzen für ländlich Sozialisierte verbessert werden. Dies könnte zum Beispiel über eine Quotenregelung oder gezielte Auswahlmechanismen erfolgen (Puddey et al. 2014; Campos-Outcalt et al. 2004). Einen

Vorstoß starteten im Jahr 2019 die Länder Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt mit der Einführung einer Landarztquote. Mit dieser Landarztquote werden 7,6% der dem Land Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze Bewerberinnen und Bewerbern zur Verfügung gestellt, die sich verpflichten, nach dem Studium und der Weiterbildung 10 Jahre lang in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohtem Gebiet Nordrhein-Westfalens ärztlich tätig zu sein (Maybaum und dpa 2019). In Sachsen-Anhalt werden 5% der dem Land zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze Bewerberinnen und Bewerbern zur Verfügung gestellt, die sich verpflichten, nach dem Studium und der Weiterbildung 10 Jahre lang in einem von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts bestimmten Gebiet ärztlich tätig zu sein (Deutsches Ärzteblatt 2019).

Der dritte Teil der „rural pipeline“, der sich auf das Curriculum an sich bezieht, bietet für die universitäre Lehre den größten Angriffspunkt. Die Studierenden sollten möglichst ab dem ersten Semester kontinuierlich fortgeführt mit landärztlicher Tätigkeit in Berührung kommen. Auch nicht ländlich sozialisierte Studierende können so lernen, Vorurteile gegenüber der Arbeit und dem Leben auf dem Land abzubauen. Denkbar wären im vorklinischen Abschnitt des Studiums das zur Seite Stellen von begeisternden Landärztinnen und Landärzten, die als Mentoren ein positives Rollenvorbild vorleben. Vorklinische Wahlfächer sollten ebenfalls zum Einsatz kommen (vgl. hierzu Deutsch et al. 2013; Samos et al. 2017).

Im klinischen Teil des Studiums sollten neben Wahlfächern auch verpflichtende Veranstaltungen im ländlichen Setting angeboten werden. So können bestimmte Kurse, Blockpraktika oder ähnliches auch in Lehrkrankenhäusern oder Lehrpraxen im ländlichen Raum stattfinden. Eine Famulatur oder ein Teil des Praktischen Jahres sollte verpflichtend im ländlichen Raum abgeleistet werden oder zumindest das Angebot freiwilliger Praktika auf dem Land attraktiver gestaltet werden (wie beispielsweise das Projekt Land.In.Sicht der bvmd und KVB). Hier sind dann auch die Kommunen, Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gefragt, die Voraussetzungen für hochwertige Lehrveranstaltungen, Transfer und Unterbringung zu leisten. Der Entwurf zur neuen Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte erwähnt hier zumindest, dass die Fakultäten Lehrpraxen im ländlichen Raum stärker in die Ausbildung miteinbinden sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Generell sollte auch das Aufzeigen der Versorgung und Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor, unabhängig von Fach oder Raumstruktur, im Curriculum gestärkt werden. Hierfür plädiert auch die Expertenkommission des Wissenschaftsrates in ihrer Stellungnahme zum

Masterplan Medizin 2020: „Bei den Lehrpraxen sollte anstelle einer exklusiven Fokussierung auf die Allgemeinmedizin eine angemessene fachliche Breite unter Berücksichtigung weiterer Fächer im niedergelassenen Bereich angestrebt werden“ (Wissenschaftsrat 2018: 12). Lehrende anderer Fächer sollten sich zudem bemühen, die landärztliche Medizin und Allgemeinmedizin wertzuschätzen und nicht, wenn vielleicht auch ungewollt, zu diskreditieren.

Im postuniversitären Teil der „rural pipeline“ geht es darum, die Ärztinnen und Ärzten nach dem Studium auf dem Land zu halten. Hierzu sollten die Gemeinschafts- und Kooperationsmodelle gestärkt werden, damit eine gute medizinische Infrastruktur auf dem Land erhalten bleibt und der Zugang zu hochwertigen Weiterbildungsmöglichkeiten erleichtert werden. Der weitere Austausch mit der Universität oder medizinischen Fakultät sollte ermöglicht werden. Insgesamt sollte von Seiten der Politik darauf geachtet werden, die Infrastruktur auf dem Land zu stärken und den Ärztinnen und Ärzten auf dem Land eine angemessene Bezahlung und eine ausgeglichene Work-Life-Balance zu ermöglichen. Die Kommunen sollten ebenfalls unterstützen, indem sie zum Beispiel Hilfe bei der Suche nach geeigneten Praxisräumlichkeiten anbieten, bei der Vermittlung eines Jobs für die Partnerin oder den Partner helfen und Kindergartenplätze oder ähnliche Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Basierend auf den Ergebnissen der KarMed Studie empfiehlt der ehemalige Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf Hendrik van den Bussche in zehn Punkten unter anderem eine Reform der allgemeinmedizinischen Weiterbildung mit kürzeren Weiterbildungszeiten und eines verbindlichen allgemeinmedizinischen Leistungskataloges, den stärkeren Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte auf dem Land, sowie die Quotierung des Zugangs zur Spezialistenweiterbildung (van den Bussche 2019).

Eine Bündelung all dieser Maßnahmen zusammen sollte nach den hier vorliegenden Erkenntnissen den größten Erfolg versprechen, dem Landärztemangel nachhaltig entgegenzuwirken. Hierzu ist aber die Anstrengung von allen beteiligten Akteuren vonnöten. Ein Pilotprojekt mit den gebündelten Maßnahmen könnte modellhaft beispielsweise für den Norden Sachsen-Anhalts unter der Federführung der Otto-von-Guericke-Universität stattfinden. Ein einzelnes Wahlpflichtfach kann die Problematik des Landärztemangels nicht lösen, kann sich aber als Teil in ein größeres „rural pipeline“ Konzept einreihen. In Abbildung 6 sind die jeweiligen Bausteine der „rural pipeline“ schematisch dargestellt und mit Beispielen für bereits existierende Konzepte und Ideen zu den einzelnen Abschnitten versehen.

Neben dem klinischen Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ wäre es also notwendig, durch Kooperationen mit den Schulen oder durch Sommerprogramme, Schülerinnen und Schüler aus

ländlichen Gegenden für ein Medizinstudium zu begeistern. Durch eine Quotenregelung oder auch durch ein angepasstes Auswahlverfahren der Hochschule selbst, können gezielt primär ländlich Sozialisierte einen Studienplatz erhalten. Vorklinische Wahlfächer, Berührungspunkte in Fächern wie Berufsfelderkundung und Mentorenprogramme ab dem ersten Studienjahr können das klinische Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ dann im eigentlichen Curriculum ergänzen. Hierbei sollte auf die Auswahl von positiven Rollenvorbildern als Lehrende bzw. Mentoren geachtet werden. Die Bedeutung des ambulanten Sektors muss auch in den anderen Fächern stärker in den Fokus genommen werden. Durch die Hochschule sollte auch auf Politik, Kommunen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und die weiteren Akteure eingewirkt werden, um die Studierenden im Studium und junge Landärztinnen und Landärzte in ihrer Weiterbildung und danach zu unterstützen und zu fördern.



Abbildung 12: Schematisch dargestelltes Konzept der „rural pipeline“ mit Beispielen zu den einzelnen Bausteinen

5.3. Kritische Beurteilung des Materials und der angewandten Methodik

Die Auswahl der Kohorte für den qualitativen Teil der Befragung wurde durch die teilnehmenden Studierenden des Wahlpflichtfachs vorgegeben. Allein die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“, vor allem wenn für die Teilnahme auch ein aktiver Bewerbungsprozess wie in diesem Fall nötig war, setzt ein gewisses Maß an Interesse und keine zu großen Vorurteile gegenüber der landärztlichen Medizin voraus.

Eine Verzerrung der Ergebnisse bzw. ein Nicht-Aufdecken aller relevanten Faktoren ist daher nicht auszuschließen. Um diesem Problem der Verzerrung entgegen zu wirken, wurde versucht, mithilfe des quantitativen Teils der Erhebung, die Wahlpflichtfachkohorte zu kontrastieren. Während Wahlpflichtfach und Kohorte des 5. Studienjahres von Altersstruktur und familiärem Hintergrund ein ähnliches Verteilungsmuster aufwiesen, zeigten sich deutliche Unterschiede in der Geschlechterverteilung und der Sozialisation. Während alle Wahlpflichtfachteilnehmenden ländlich sozialisiert waren, waren es in der Jahrgangskohorte nur 60%. Dies unterstreicht den Faktor der Sozialisation als attraktivitätsfördernden Faktor für eine spätere Tätigkeit auf dem Land. Allerdings lässt sich dem entgegenhalten, dass sich die Wahlpflichtfachkohorte aufgrund ihrer geringen Größe für quantitative Vergleiche weniger gut eignet.

Das von vorneherein größere Interesse an landärztlicher Medizin und die geringen Vorurteile der Wahlpflichtfachteilnehmenden können auch die qualitative Erhebung beeinflusst haben. Ein Indiz hierfür ist, dass sich in den Kommentaren der quantitativen Erhebung einige attraktivitätshemmende Aspekte fanden, die aus der qualitativen Erhebung so nicht hervorgingen. Das Kategoriensystem hätte sich möglicherweise an dieser Stelle noch erweitern lassen. Da alle Teilnehmenden des Wahlpflichtfachs ein prinzipielles Interesse an landärztlicher Medizin zeigten und zumindest die Option, später auf dem Land ärztlich tätig zu werden in Betracht zogen, wäre es sehr interessant gewesen, welchen Einfluss das Wahlpflichtfach auf Studierende gehabt hätte, die kein Interesse an der Thematik haben und/oder eine spätere Tätigkeit auf dem Land nicht als Option in Betracht ziehen. Somit kann von einem Einfluss des Wahlpflichtfachs auf die Entscheidungsfindung für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land zumindest für Studierende ausgegangen werden, die bereits ein anfängliches Interesse daran zeigen.

Kritisch muss auch die Tatsache gewertet werden, dass sich von den vierzehn interviewten Studierenden des Wahlpflichtfachs nur zehn bereit erklärten, auch an den Follow-Up-Interviews teilzunehmen. Die restlichen vier haben auf die mehrfachen Kontaktaufnahmen für die Follow-Up-Interviews nicht reagiert oder nach erster Zusage nicht mehr auf Korrespondenz zur Terminfindung für das Interview reagiert.

Ein weiterer Kritikpunkt sind die Begrifflichkeiten „Land“, „Landärztin/Landarzt“ und „landärztliche“ Medizin. In dieser Arbeit wurden die Definitionen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (o.J.) herangezogen, um eine klare Abgrenzung des Begriffs „Land“ im Sinne von „ländlichem Raum“ zu schaffen. Diese Begrifflichkeiten werden aber von den Studierenden selbst durchaus anders wahrgenommen, sodass es hier zu Verzerrungen

gekommen sein kann. So kann ein Teilnehmender der qualitativen Erhebung möglicherweise subjektiv seinen Heimatort als ländlich ansehen, würde der hier angewandten Definition aber formal nicht entsprechen. Da die Definitionen des BBSR nicht unbedingt einfach zu verstehen sind und eine einheitliche Vorgabe zur Orientierung der Studierenden in der quantitativen Erhebung erfolgen sollte, wurde den befragten Studierenden eine einfachere Hilfestellung in Form einer Definition in Anlehnung an die des BBSR geben, die durch die Vereinfachung ein wenig an Trennschärfe verliert.

Weitaus schwieriger gestaltet sich die Definition der Begriffe „Landarzt“ bzw. „Landärztin“ und „landärztliche Medizin“. Für diese Begriffe findet sich keine einheitliche Definition in Deutschland, es gibt beispielsweise keine Fachgesellschaft für landärztliche Medizin. Auf der Internetseite des Dudens findet sich folgende Erklärung für den Begriff Landarzt: „Arzt, der seine Praxis in ländlicher, dörflicher Umgebung hat“ (Dudenredaktion (o. J.)). Hieraus geht hervor, dass es sich allgemein um eine Ärztin oder einen Arzt handelt, die oder der auf dem Land tätig ist. Eine bestimmte Fachrichtung wird nicht vorausgesetzt. Es ist aber durchaus möglich, dass es die Auffassung gibt, mit der landärztlichen Tätigkeit sei primär die allgemeinmedizinische Versorgung auf dem Land gemeint. Neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin, fehlen aber auch andere Arztgruppen in ländlichen Regionen (Kopetsch 2010; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Deutschland 2014). Im Wahlpflichtfach und in dieser Arbeit sollte der Fokus auf der Gewinnung von Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum liegen, aber eine allgemeine Rekrutierung von Nachwuchs Medizinerinnen und Medizinern für den ländlichen Raum ist in allen Bereichen durchaus wünschenswert. Daher waren die Fragen in den Interviews und im Fragebogen offengehalten und nicht explizit von hausärztlicher Tätigkeit gesprochen worden. Hierdurch kam es bei den Studierenden aber teilweise zu Unsicherheiten in den Begrifflichkeiten. So erklären sich die Kommentare in den Fragebögen, in denen oft eine eher ablehnende Tendenz später aufs Land zu gehen, mit der Begründung gegeben wird, in eine andere Fachrichtung gehen zu wollen, obwohl in der Fragestellung von ärztlicher Tätigkeit auf dem Land insgesamt gesprochen wird. Andererseits erklärt es auch Aspekte aus der qualitativen Erhebung, in denen angesprochen wurde, dass sich das Wahlpflichtfach nicht zu sehr auf die Allgemeinmedizin konzentrieren sollte (Kategorie „Nicht auf Allgemeinmedizin fokussieren“), obwohl das Wahlpflichtfach genau dies zur Absicht hat und vom IALM ausgerichtet wird.

6. Zusammenfassung

Um dem drohenden oder vielerorts bereits bestehenden Mangel von Ärztinnen und Ärzten auf dem Land zu begegnen und neue Rekrutierungsmöglichkeiten unter Medizinstudierenden zu erproben, führte das IALM 2014 erstmalig das klinische Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ durch.

Die wissenschaftliche Zielsetzung dieser Arbeit war es, den Einfluss des Wahlpflichtfachs auf die Einstellung der Teilnehmenden zu einer späteren ärztlichen Tätigkeit auf dem Land sowie attraktivitätsfördernde und -hemmende Faktoren für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu untersuchen. Hierzu wurden teilstrukturierte Interviews mit den 14 Teilnehmenden des ersten Wahlfachdurchlaufs 2014 geführt, sowie ein Jahr später mit zehn der 14 Teilnehmenden Follow-Up-Interviews. Die Interviews wurden transkribiert und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Da es sich bei den Wahlpflichtfachteilnehmenden um eine vorselektierte Gruppe handelte, wurde ergänzend eine Erhebung mittels Fragebogen unter den Studierenden des 5. Studienjahres im Wintersemester 2014/15 der medizinischen Fakultät Magdeburgs durchgeführt und deskriptiv ausgewertet (Weiß 2013).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit spiegeln den bisherigen Kenntnisstand zur Problematik der ärztlichen Nachwuchsgewinnung für den ländlichen Raum sehr gut wider und liefern zudem weitere Aspekte, die sich bisher kaum oder gar nicht in der Forschungsliteratur finden. Dies betrifft besonders die Themenkomplexe „Anerkennung“ und „Balance zwischen Integration und Abgrenzung“. Ob es sich hierbei um speziell auf Deutschland beschränkte Aspekte handelt, könnten weitere Untersuchungen klären, gerade vor dem Hintergrund, dass Anerkennung eine wichtige Rolle für die eigene Subjektivität und Identität spielt und somit einen besonderen Einfluss ausübt (vgl. Balzer 2014). Weitere Forschungsarbeit zu diesen Faktoren ist daher wünschenswert und auch notwendig.

Die quantitative Ergänzung war für die Kontrastierung der Teilnehmenden am Wahlpflichtfach von hoher Relevanz und zeigte die besondere Zusammensetzung der Gruppe, die am Seminar landärztliche Medizin teilnahm (höherer Anteil an Studentinnen sowie ländlich Sozialisierter gegenüber der Jahrgangskohorte). Sie bestätigte zudem einige Punkte aus anderen Erhebungen unter Medizinstudierenden und konnte die Ergebnisse des qualitativen Teils stützen, weiterhin gab sie Hinweise auf zusätzliche attraktivitätshemmende Faktoren und Informationsdefizite, gerade unter städtisch sozialisierten Studierenden. Somit ergänzte die quantitative Erhebung die qualitative Studie signifikant. Weitere, auch qualitative Untersuchungen sollten mit

städtisch sozialisierten Studierenden erhoben werden, um mögliche darüberhinausgehende attraktivitätshemmende Faktoren zu lokalisieren und das Ausmaß von Vorurteilen oder Informationsdefiziten aufzudecken.

Wie die Untersuchung zeigt, kann ein klinisches Wahlpflichtfach „Landärztliche Medizin“ keine alleinige Lösung für den Mangel an Landärztinnen und Landärzten darstellen. In einer Reihe von mehreren, auf verschiedenen Ebenen und kontinuierlich begleitenden Maßnahmen kann das Wahlpflichtfach aber einen wichtigen Baustein bilden, um Studierenden für die Thematik zu sensibilisieren, Vorurteile abzubauen und sie in ihrem Entscheidungsfindungsprozess zu unterstützen. Neben der Verankerung der landärztlichen Medizin im Studium sollte auch der ambulante Sektor im Ganzen eine stärkere Einbeziehung erfahren, da sich unter den Studierenden deutliche Informationsdefizite über diesen finden.

Gut eingereiht passt das Wahlpflichtfach in ein mehrphasiges Rekrutierungsmodell wie dem der „rural pipeline“ (Henry et al. 2009). Nur durch sektorenübergreifende Anstrengungen der medizinischen Fakultäten, betroffenen Kommunen, der jeweiligen Landesregierungen, Krankenkassen und ärztlichen Selbstverwaltungen kann dem Mangel an Landärztinnen und Landärzten wirksam und nachhaltig entgegengetreten werden.

7. Literaturverzeichnis

1. Adler, Rolf H. (2009): Engel's biopsychosocial model is still relevant today. In: *Journal of psychosomatic research* 67 (6), S. 607–611. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008.
2. Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. WIP-Diskussionspapier 2/2017 - Oktober. Köln: WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP-Diskussionspapier, 2/2017).
3. Ballstaedt, Steffen-Peter; Mandl, Heinz (1981): *Texte verstehen, Texte gestalten*. München: Urban & Schwarzenberg (U-&-S-Psychologie).
4. Balzer, Nicole (2014): *Spuren der Anerkennung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
5. Barthen, Linda; Ravens-Taeuber, Gisela; Paulitsch, Michael A.; Gerlach, Ferdinand M.; Sennekamp, Monika (2018): How can General Practice be incorporated longitudinally in medical studies? Students' views on the development of a new rural health program.
6. Becker, Howard Saul (2007): *Boys in white. Student culture in medical school*. 10. print. New Brunswick: Transaction Publ.
7. Becker, Rolf; Haunberger, Sigrid; Schubert, Frank (2010): Studienfachwahl als Spezialfall der Ausbildungsentscheidung und Berufswahl. In: *ZAF* 42 (4), S. 292–310. DOI: 10.1007/s12651-009-0020-z.
8. Becker, Rolf; Lauterbach, Wolfgang (Hg.) (2016): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*. 5., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4438954>.
9. Böhm, Bartholomäus (1998): *Wissenschaft und Medizin. Über die Grundlagen der Wissenschaft*. Vienna, s.l.: Springer Vienna. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-6473-0>.
10. Brooks, Robert G.; Walsh, Michael; Mardon, Russell E.; Lewis, Marie; Clawson, Art (2002): The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas. A review of the literature. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 77 (8), S. 790–798.
11. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (o.J.): *Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen*. Online verfügbar unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html;jsessionid=D9CFBD0F1DC3BECBAD99DB5B9B23BEEF.live21303?nn=44322>, zuletzt geprüft am 02.12.2018.
12. Bundesministerium für Gesundheit (2019): *Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen*. Online verfügbar unter <https://www.vpkbb.org/stellungnahmeverfahren-zur-geaenderten-approbationsordnung-fuer-aerzte-und-aerztinnen-acappro/>, zuletzt geprüft am 03.02.2020.
13. Campos-Outcalt, Doug; Senf, Janet; Kutob, Randa (2004): A comparison of primary care graduates from schools with increasing production of family physicians to those from schools with decreasing production. In: *Family medicine* 36 (4), S. 260–264.
14. Carson, Dean B.; Schoo, Adrian; Berggren, Peter (2015): The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. In: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 119 (12), S. 1550–1556. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.001.
15. Council on Graduate Medical Education (1998): *Tenth Report. Physician distribution and health care challenges in rural and inner-city areas*. Rockville Md.: U.S. Department of Health and

Human Services Public Health Service Health Resources and Services Administration (DHHS publication, no. (HRSA) 97-44).

16. Crump, William J.; Fricker, R. Steve; Flick, Katelyn F.; Gerwe-Wickham, Kristin; Greenwell, Kathriena; Willen, Kelsey L. (2014): A rural pathways program for high school students. Reinforcing a sense of place. In: *Family medicine* 46 (9), S. 713–717.
17. dbb Beamtenbund (2016): Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst. Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen. Hg. v. Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion. Online verfügbar unter https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2016/forsa_2016.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2019Uhr.
18. DEGAM (2012): Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. Unter Mitarbeit von Heinz-Harald Abholz. Frankfurt, M.: DEGAM (DEGAM-Zukunftspositionen).
19. Deutsch, Tobias; Hönigschmid, Petra; Frese, Thomas; Sandholzer, Hagen (2013): Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations--a pre-post-comparison. In: *BMC family practice* 14, S. 24. DOI: 10.1186/1471-2296-14-24.
20. Deutsch, Tobias; Lippmann, Stefan; Frese, Thomas; Sandholzer, Hagen (2015): Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career--a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. In: *Scandinavian journal of primary health care* 33 (1), S. 47–53. DOI: 10.3109/02813432.2015.1020661.
21. Deutsch, Tobias; Lippmann, Stefan; Heitzer, Maximilian; Frese, Thomas; Sandholzer, Hagen (2016): Choosing to become a general practitioner - What attracts and what deters? An analysis of German medical graduates' motives. In: *Journal of family medicine and primary care* 5 (1), S. 34–41. DOI: 10.4103/2249-4863.184620.
22. Deutsches Ärzteblatt (2019): Sachsen-Anhalt bringt Landarztquote auf den Weg. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100569/Sachsen-Anhalt-bringt-Landarztquote-auf-den-Weg>, zuletzt geprüft am 23.06.2019.
23. Dudenredaktion (o. J.): „Landarzt“ auf Duden online. Online verfügbar unter <https://www.duden.de/node/727256/revisions/1754348/view>, zuletzt geprüft am 02.12.2018.
24. Egger, Rudolf; Posch, Alfred (Hg.) (2016): Lebensentwürfe im ländlichen Raum. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
25. Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. In: *Science (New York, N.Y.)* 196 (4286), S. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
26. Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 8. Auflage August 2017. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55694).
27. Flick, Uwe; Herrmann, Wolfram J. (2009): Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin : ZFA* (07), S. 278–283.
28. Frommer, Jörg (1996): Qualitative Diagnostikforschung. Inhaltsanalytische Untersuchungen Zum Psychotherapeutischen Erstgespräch. Berlin, Heidelberg: Springer (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, 82). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-61149-0>.

29. Glanville, Julie; Kendrick, Tony; McNally, Rosalind; Campbell, John; Hobbs, F. D. Richard (2011): Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States. Bibliometric analysis. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 342, d1028. DOI: 10.1136/bmj.d1028.
30. Helfferich, Cornelia (2004): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-322-93445-1>.
31. Henry, John A.; Edwards, Brian J.; Crotty, Brendan (2009): Why do medical graduates choose rural careers? In: *Rural and Remote Health* 9 (1), S. 1083.
32. Hertle, Dagmar; Stock, Stephanie (2015): Wie zufrieden sind Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung und wie sehen sie ihr Gesundheitswesen? Ein internationaler Vergleich. In: *Z Allg Med* 91 (6), S. 269–274.
33. Holst, Jens; Normann, Oliver; Herrmann, Markus (2015): Strengthening training in rural practice in Germany. New approach for undergraduate medical curriculum towards sustaining rural health care. In: *Rural and Remote Health* 15 (4), S. 3563.
34. Honneth, Axel (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
35. Hopf, Christel (1978): Die Pseudo-Exploration; Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung - Pseudo-exploration; thoughts on the techniques of qualitative interviews in social research. In: *Zeitschrift für Soziologie : ZfS* 7 (2), S. 97–115.
36. Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich (2015): Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. 11. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik). Online verfügbar unter http://eres.lb-oldenburg.de/redirect.php?url=https://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407294333.
37. IfD Allensbach (2013): Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer - Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. Hg. v. Institut für Demoskopie Allensbach. Online verfügbar unter https://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2019Uhr.
38. IQME GmbH (2016): Gesamtauswertung - MB-Studi-Barometer 2016.
39. Jahn, Iris; Hänel, Patricia; Herrmann, Markus (2016): Der Berufswunsch Allgemeinmedizin vor dem Hintergrund der universitären und außeruniversitären Sozialisation von Studierenden. Eine qualitative Studie. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin : ZFA* 92 (12), S. 514–521. DOI: 10.3238/zfa.2016.0514-0521.
40. Jahn, Iris; Robra, Bernt-Peter; Heintze, Christoph (2017): Ich möchte Hausarzt werden! Einflüsse, die bei Medizinstudierenden des vierten und fünften Studienjahres zu dem Berufswunsch Allgemeinmedizin : eine qualitative Studie. Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
41. Jansen, Eva; Hänel, Patricia; Herrmann, Markus (Hg.) (2015): Landärztliche Medizin. Erfahrungen mit einem Wahlfach in der ärztlichen Ausbildung. Mabuse-Verlag GmbH. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
42. Kane, Kevin Y.; Quinn, Kathleen J.; Stevermer, James J.; Porter, Jana L.; Webb, Weldon D.; Williamson, Harold A.; Burdin, Julie (2013): Summer in the country. Changes in medical students' perceptions following an innovative rural community experience. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 88 (8), S. 1157–1163. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318299fb5d.

43. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung.
44. Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarb. Aufl. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
45. Kreiser, B.; Riedel, J.; Völker, S.; Wollny, Anja; Richter, C.; Himmel, W. et al. (2014): Neuniederlassung von Hausärzten im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern. Eine qualitative Studie. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin : ZFA : Organ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) : Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin* 90 (4), S. 158–164.
46. Krosnick, Jon A.; Presser, Stanley (2010): Question and Questionnaire Design. In: Peter V. Marsden und James D. Wright (Hg.): *Handbook of Survey Research*. Second edition. Bingley: Emerald.
47. Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/2087885.
48. Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2008): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91083-3>.
49. Kurzke, U. (2008): Das Elend der Hausärzte. In: *Z Allg Med* 84 (10), S. 422–427. DOI: 10.1055/s-0028-1086013.
50. Laven, Gillian A.; Beilby, Justin J.; Wilkinson, David; McElroy, Heather J. (2003): Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners. In: *The Medical journal of Australia* 179 (2), S. 75–79.
51. Löffler, C.; Höck, J.; Hornung, A.; Kundt, G.; Drewelow, E.; Völker, S. et al. (2015): Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern - eine repräsentative Querschnittsstudie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (12), S. 927–931. DOI: 10.1055/s-0034-1387743.
52. Malterud, Kirsti (2001): Qualitative research. Standards, challenges, and guidelines. In: *The Lancet* 358 (9280), S. 483–488. DOI: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
53. Mandl, Heinz (Hg.) (1981): *Zur Psychologie der Textverarbeitung. Ansätze, Befunde, Probleme*. München: Urban & Schwarzenberg (U-&-S-Psychologie Forschung).
54. Maybaum, Thorsten; dpa (2019): *Medizinstudium: Landarztquote startet in Nordrhein-Westfalen*. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/206746/Medizinstudium-Landarztquote-startet-in-Nordrhein-Westfalen>, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
55. Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.
56. Mergenthaler, Erhard (1992): *Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript*. 3., überarb. Aufl. Ulm: Univ (Ulmer Textbank).

57. Mörchen, Annette; Tolksdorf, Markus (2009): Lernort Gemeinde. Ein neues Format der Erwachsenenbildung. 1. Aufl. s.l.: Bertelsmann W. Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=646999>.
58. Murphy, Gregory L. (2004): The big book of concepts. 1. MIT Press paperback ed. Cambridge: MIT Press (A Bradford book).
59. Müsseler, Jochen (Hg.) (2005): Allgemeine Psychologie. 1. Aufl., [Nachdr.]. Heidelberg: Spektrum Akad. Verl. (Spektrum-Lehrbuch).
60. Peikert, Peter; Schimke, Stefan (2013): Formen der Kooperation: Von der Apparategemeinschaft bis zum Versorgungszentrum. In: *Der Allgemeinarzt* 2013 (35 (2)), S. 24–27.
61. Phillips, T. J.; Rosenblatt, R. A.; Schaad, D. C.; Cullen, T. J. (1999): The long-term effect of an innovative family physician curricular pathway on the specialty and location of graduates of the University of Washington. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 74 (3), S. 285–288.
62. Poggenburg, Stephanie; Reinisch, Manuel; Höfler, Reinhild; Stigler, Florian; Avian, Alexander; Siebenhofer, Andrea (2017): General practitioners in Styria - who is willing to take part in research projects and why? A survey by the Institute of General Practice and Health Services Research. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 129 (21-22), S. 823–834. DOI: 10.1007/s00508-017-1244-5.
63. Puddey, Ian B.; Mercer, Annette; Playford, Denese E.; Pognault, Sue; Riley, Geoffrey J. (2014): Medical student selection criteria as predictors of intended rural practice following graduation. In: *BMC medical education* 14, S. 218. DOI: 10.1186/1472-6920-14-218.
64. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; Deutschland (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [Bundestagsdrucksache 18/1940]. 18. Wahlperiode; Stand: 26.06.2014. Berlin: Dt. Bundestag (Verhandlungen des Deutschen Bundestages Drucksachen, 18/1940).
65. Samos, Franziska-Antonia; Heise, Marcus; Fuchs, Stephan; Mittmann, Susanne; Bauer, Alexander; Klement, Andreas (2017): Pilot phase evaluation of the elective general practice class. Results of student surveys of the first two years. In: *GMS journal for medical education* 34 (1), Doc4. DOI: 10.3205/zma001081.
66. Schulte, P.; Ritter, S. M.; Schneider, N.; Stiel, S. (2020): Wie zufrieden sind Landärzte? Eine quantitative Analyse in zwei Landkreisen in Niedersachsen. In: *Z Allg Med* 96 (6), S. 270–275.
67. Simmenroth-Nayda, Anna; Hilbert, Bernadett (2014): Was denkt der allgemeinmedizinische Nachwuchs? Ergebnisse einer Umfrage innerhalb der DEGAM-Nachwuchsakademie. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin : ZFA : Organ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) : Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin* 90 (11), S. 440.
68. Steinhäuser, J.; Annan, N.; Roos, M.; Szecsenyi, J.; Joos, S. (2011a): Lösungsansätze gegen den Allgemeinarztmangel auf dem Land--Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 136 (34-35), S. 1715–1719. DOI: 10.1055/s-0031-1272576.
69. Steinhäuser, Jost; Paulus, Jan; Roos, Marco; Peters-Klimm, Frank; Ledig, Thomas; Szecsenyi, Joachim; Joos, Stefanie (2011b): "Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach" - eine

- qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105 (2), S. 89–96. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.11.003.
70. SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Kurzfassung. Bonn.
 71. SVR Gesundheit (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. [1. Auflage]. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
 72. Taylor, Charles; Gutmann, Amy; Rockefeller, Steven C.; Walzer, Michael; Wolf, Susan; Habermas, Jürgen (2012): Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung. Unter Mitarbeit von Reinhard Kaiser. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1929).
 73. van den Bussche, Hendrik (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (9), S. 1129–1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9.
 74. Walker, Judith H.; Dewitt, Dawn E.; Pallant, Julie F.; Cunningham, Christine E. (2012): Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally. A multi-university study. In: *Rural and Remote Health* 12, S. 1908.
 75. Weiß, Christel (2013): Basiswissen Medizinische Statistik. 6., überarb. Aufl. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-34261-5>.
 76. Wissenschaftsrat (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte - Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Online verfügbar unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf>, zuletzt geprüft am 03.02.2020.
 77. World Organization of Family Doctors (2015): Rural Heroes. Online verfügbar unter <https://www.globalfamilydoctor.com/News/RuralHeroesProject2015.aspx>, zuletzt geprüft am 24.06.2019.
 78. World Organization of Family Doctors (2016): RMEG - Rural Medical Education Guidebook. Bangkok, Thailand: World Organization of Family Doctors.
 79. Wright, S.; Wong, A.; Newill, C. (1997): The impact of role models on medical students. In: *Journal of general internal medicine* 12 (1), S. 53–56.
 80. Ziegler, Stine; van den Bussche, Hendrik; Römer, Farina; Krause-Solberg, Lea; Scherer, Martin (2017): Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vier jähriger fachärztlicher Weiterbildung. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 142 (12), e74-e82. DOI: 10.1055/s-0043-101860.

8. Danksagung

Herzlichen Dank an alle die mich unterstützt haben - Freunde und Familie - auch wenn ich leider nicht alle namentlich erwähnen kann. Insbesondere geht mein Dank an meinen Doktorvater Herrn Prof. Dr. Herrmann, an die Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin, hierbei besonders an Frau Dr. Jansen und Frau Dr. Brenne, an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin, hierbei besondere an Frau Dr. Eich-Krohme und Herrn Dr. Swart sowie an Frau Caroline Malle fürs Korrekturlesen und an Frau Dr. Iris Jahn für die seelisch-moralische Unterstützung. Sollte sich auf Grundlage dieser Arbeit auch nur eine Landärztin oder ein Landarzt mehr rekrutieren lassen, hätte sich die Arbeit daran aus meiner Sicht gelohnt.

9. Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

Einfluss eines klinischen Wahlpflichtfachs „Landärztliche Medizin“ auf die Einstellung Medizinstudierender zu einer späteren hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land

im Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg mit Unterstützung durch Prof. Dr. M. Herrmann, MPH, ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den

Unterschrift

10. Darstellung des Bildungsweges

1996-2000	Goethe-Grundschule Kyritz
2000-2002	Grundschule Kyritz
2002-2009	Gymnasium Friedrich Ludwig Jahn, Kyritz Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
16.09.2009 – 08.06.2010	Zivildienst bei der Evangelischen Kirchengemeinde Klosterfelde, Berlin-Spandau
01.10.2010 – 29.11.2016	Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg
2011 - 2016	Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes
03.12.2016	Erteilung der ärztlichen Approbation durch das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalts
01.02.2017 – 31.07.2017	Assistenzarzt im Ev. Waldkrankenhaus Berlin- Spandau, Abteilung für Geriatrie
01.08.2017 – 31.05.2018	Arzt bei "Was hab' ich?" gemeinnützige GmbH
01.06.2018 – 31.05.2019	Assistenzarzt am Universitätsklinikum Münster, Institut für Humangenetik
01.06.2019 – 29.02.2020	Studienzeit in Birmingham (UK)
Seit dem 01.03.2020	Assistenzarzt im Rheumazentrum Halensee, Berlin

11. Veröffentlichungen

Publikationen

Holst, Jens; Normann, Oliver; Herrmann, Markus (2015): Strengthening training in rural practice in Germany. New approach for undergraduate medical curriculum towards sustaining rural health care. In: *Rural and Remote Health* 15 (4), S. 3563.

Normann, Oliver (2015): Sieben Linden als Seminarort. In: Jansen, Eva; Hänel, Patricia; Herrmann, Markus (Hg.) (2015): *Landärztliche Medizin. Erfahrungen mit einem Wahlfach in der ärztlichen Ausbildung*. Mabuse-Verlag GmbH. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Poster

Brenne, Silke; Normann, Oliver; Herrmann, Markus (2018): Ergebnisse einer Studierendenbefragung zur Bedeutung landärztlicher Medizin im Studium. Poster. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Innsbruck, 2018.

Vorträge

Normann, Oliver (2014): „Die Angst einfach alleine dazustehen“ - Was Studierende vor einer späteren landärztlichen Tätigkeit zurückschrecken lässt. Vortrag. 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hamburg, 2014.

12. Anhang

Anhang A

Einverständniserklärung

Ich

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

erkläre, dass ich an der Studie:

„Beeinflussung der Einstellung Medizinstudierender zu einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Lande durch ein klinisches Wahlfach Landärztliche Medizin“

durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg teilnehmen.

- ✓ Ich wurde für mich ausreichend mündlich und/oder schriftlich über die wissenschaftliche Untersuchung informiert.
- ✓ Ich erkläre mich bereit, dass im Rahmen der Studie Daten über mich gesammelt und anonymisiert aufgezeichnet werden. Es wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitung wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Meine persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz.
- ✓ Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einverständniserklärung, ohne Angabe von Gründen, widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.
- ✓ Mit der vorstehend geschilderten Vorgehensweise bin ich einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Anhang B

Leitfaden 1. Interview-Serie

1. Warm Up (Soziodemografische Daten)

Wie alt bist du?

Wo bist du aufgewachsen?

Was machen deine Eltern beruflich?

Seit wie vielen Jahren studierst du Medizin?

Hast du vorher an einer anderen Universität studiert?

Warum studierst du Medizin?

Hast du eine/en Partner/Partnerin? Würde dein Partner in einer ländlichen Region Arbeit finden?

2. Wahlfach

Warum hast du dich für dieses Wahlfach gemeldet?

Was erhoffst du dir davon?

Wie soll dir das Wahlfach genau helfen?

Wie könnte man das Wahlfach verbessern?

Welche Kritik am jetzigen Konzept des Wahlfaches hast du?

Was könnte dir helfen, dich für eine Landärztliche Tätigkeit zu begeistern?

Was genau würde dich jetzt dazu bewegen, als Arzt aufs Land zu gehen?

Wie würde deine Traumlandarztpraxis aussehen?

3. Erfahrungen und Ansichten zur Landärztlichen Tätigkeit

Welche Erfahrungen hast du außerhalb des Wahlfaches bisher mit landärztlicher Tätigkeit gesammelt? Wie kam es dazu?

Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt? Wie an der Fakultät?

Was gefällt dir an landärztlicher Medizin? Was nicht?

Was ist der Unterschied zwischen Arzt sein in der Stadt und Arzt sein auf dem Land?

Welche Einschränkungen/Vorteile bringt das Leben auf dem Land mit sich?

Welche Unterschiede gibt es deiner Meinung nach zwischen verschiedenen ländlichen Regionen Deutschlands?

Was würde dein Partner dazu sagen, später aufs Land zu ziehen?

Welche Ängste hast du vor einer Tätigkeit als Landärztin/Landarzt?

Was würden deine Eltern dazu sagen, wenn du als Ärztin/Arzt in einer ländlichen Region Sachsen-Anhalts arbeitest?

Stell dir vor, du bist in zehn Jahren Landärztin/Landarzt und schaust auf dieses Wahlfach zurück. Wie meinst du hat es deine Entscheidung dazu beeinflusst?

Abschließende Fragen

Gibt es irgendetwas, das du gerne noch ansprechen würdest?

Haben wir irgendetwas vergessen?

Anhang C: Transkriptionsregeln

In Anlehnung an Mergenthaler (1992)

I:	Interviewer
P (1-14):	Befragte Person mit Identifikationsnummer
F-Up P (1-10):	Befragte Person mit Identifikationsnummer im Follow-Up-Interview
(.)	kurze Pause
(...)	mittlere Pause
(Zahl)	Dauer der Interviewunterbrechung in Sekunden
äh	Kurze Unterbrechung des Gesprächs-/Gedankenflusses
ähem/m/m	Längere Unterbrechung des Gesprächs-/Gedankenflusses
mhm	Kurzer Pausenfüller
mhmhm	Längerer Pausenfüller
>>Text<<	Wiedergegebenes Zitat
(fettgedruckt)	Besondere Betonung
(wird unterbrochen)	Der Interviewer wird im Redefluss unterbrochen
(lacht)	Ausdruck von Emotionen
(unverständlich)	Redeabschnitt während der Transkription nicht sicher zu identifizieren

Anhang D

Fragebogen

Liebe Kommilitoninnen und Kommilitonen,

im Rahmen meiner Dissertation zum Thema Bedeutung landärztlicher Medizin im Studium führe ich eine Erhebung im 5. Studienjahr durch. Hierzu bitte ich Euch diesen kurzen Fragebogen auszufüllen. Bei Fragen zur Studie könnt ihr Euch gerne an mich (normann@st.ovgu.de) wenden. Vielen Dank für Eure Mithilfe!

Hinweis: eine Großstadt ist eine Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Ich bin O₁ männlich O₂ weiblich

2. Ich bin O₁ unter 25 Jahre O₂ 25 bis 29 Jahre O₃ 30 Jahre und älter

3. Ich habe mein **Abitur** abgelegt
O₁ in Sachsen-Anhalt O₂ in einem anderen Bundesland O₃ außerhalb von
Deutschland

4. In bin **aufgewachsen**
O₁ auf dem Land (keine Großstadt im Umkreis von 45km)
O₂ auf dem Land (nächste Großstadt im Umkreis von 45km)
O₃ teilweise auf dem Land und teilweise in einer Großstadt
O₄ in einer Großstadt

5. **Meine Eltern** sind
mind. ein Elternteil ist Arzt/Ärztin O₁ ja O₂ nein
mindestens ein Elternteil ist niedergelassen O₁ ja O₂ nein
mindestens ein Elternteil ist Allgemeinarzt/-ärztin O₁ ja O₂ nein
kein Elternteil ist Arzt/Ärztin O₁

6. In Magdeburg wurde ein klinisches Wahlfach zum Thema **Landärztliche Medizin** angeboten. Es fand an 2 Wochenenden im Sommersemester 2014 statt. Ich habe daran
O₁ teilgenommen
O₂ nicht teilgenommen, weil O₁ ich davon nichts gewusst habe
O₁ kein Interesse an Landärztlicher Medizin habe

O₁ keinen Platz bekommen habe
 O₁ Zeit und/oder Ort unpassend war(en)
 (Mehrfachantworten möglich)

7. **Meine Zukunft** sehe ich

O₁ in der Allgemeinmedizin 45km
 O₁ auf dem Land – nächste Großstadt im Umkreis von 45km
 O₁ auf dem Land – keine Großstadt im Umkreis von 45km
 O₁ in einer Kleinstadt
 O₁ in einer Großstadt
 (Mehrfachantworten möglich)

O₂ in einem anderen Fach

8. Ich habe bereits eine **Famulatur in der Allgemeinmedizin** abgeleistet.

O₁ ja, auf dem Land O₂ ja, in der Stadt O₃ nein

9. Das **Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin** habe ich abgeleistet

O₁ auf dem Land O₂ in der Stadt

10. Das Angebot einer speziellen **Lehrveranstaltung in Landärztlicher Medizin** im Medizinstudium halte ich für

O₁ wichtig O₂ unwichtig O₃ keine Meinung dazu

11. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Du nach der Ausbildung **im ländlichen Bereich als Arzt/Ärztin** tätig sein wirst? (1 = gar nicht; 10 = auf jeden Fall)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gründe _____

Anhang E: Auszug aus einem transkribierten Interview

244 I: Welche Erfahrungen hast du außerhalb des Wahlfaches bisher mit landärztlicher Tätigkeit
245 gesammelt? #00:16:37-3#

246

247 P5: Ich hab ne Famulatur gemacht bei meinem eigenen Hausarzt, Blockpraktikum gemacht bei
248 nem hausärztlichen Internisten und dadurch, dass ich selber vom Land komme und halt durch
249 meine eigene Krankengeschichte viel zum Hausarzt musste, auch dadurch. Also mein Hausarzt
250 war für mich immer mein großes Vorbild, mein absoluter Vertrauensmensch, mit dem hab ich
251 viel besprechen können, auch wenns um psychische Probleme bei Bekannten geht, wo ich nicht
252 mehr weiter wusste, wo ich mit 15 zum Beispiel absolut überfordert war mit der alkoholkranken
253 und depressiven Mutter von ner Freundin und da konnte ich zu meinem Hausarzt gehen und
254 ihm das sagen. Und ich glaub das hat noch viel mehr geprägt als meine Famulatur im positiven
255 Sinne, die Famulatur war ja dann eher im negativen Sinn. Na da war ich ja bei dem Hausarzt
256 und hab gesehen, dass er halt trotz Familie super viel arbeitet, von morgens bis abends super
257 viel Bürokratisches hat, vollkommen frustriert ist, mit seinem Team nicht gut klarkam, alleine
258 war in der Praxis. Das war mega erschreckend (lacht). #00:18:01-9#

259

260 I: Wo war die Famulatur? #00:18:05-8#

261

262 P5: Bei mir zu Hause. #00:18:06-5#

263

264 I: Und wie kam es dazu, dass du dir das gerade da ausgesucht hast? #00:18:06-9#

265

266 P5: Na weil ich den halt kannte und weil ich dachte, so kann ich zwei Fliegen mit einer Klappe
267 schlagen. Zu Hause sein und gleichzeitig Famulatur machen. Aber es war halt auch bevor wir
268 Innere hatten oder irgendwas, das heißt, man weiß auch nicht viel. Und es war halt wirklich,
269 der war zu der Zeit auch einfach unzufrieden. #00:18:33-8#

270

271 I: Und wie kam das mit dem Blockpraktikum, dass du das auf dem Land gemacht hast?
272 #00:18:41-6#

273

274 P5: Ne, hab ich ja gar nicht, stimmt. Das war ja in Magdeburg. Das hab ich vergessen, das
275 vergesse ich immer. Das war halt auch einfach ein Allgemeinmediziner, aber für mich kommt
276 das irgendwie nur auf dem Land in Frage (lacht). Also in der Stadt, das war auch nett, aber

277 prinzipiell, wenn das ginge, würde ich das lieber auf dem Land machen. Oder in so nem
278 Mischding. #00:19:11-3#

279

280 I: Wie wird die landärztliche Medizin in deinen Augen dargestellt? #00:19:14-7#

281

282 P5: So als wäre es was absolut Fürchterliches, was deswegen keiner machen möchte. Es geht
283 ja nicht nur um die landärztliche - also ich find landärztliche Medizin klingt auch furchtbar
284 bescheuert. Das klingt ja schon total abschreckend. (7 s) Prinzipiell hat man oft den Eindruck,
285 dass es irgendwie Einzelkämpfer sind, vollkommen überfordert mit der Patientenmasse und der
286 Verantwortung. Wenn man dann ein bisschen genauer hinguckt, stellt man fest viele Leute
287 haben andere Konzepte entwickelt, mit denen sie viel besser klarkommen. Aber das kommt ja
288 so auf dem ersten Blick nicht an. Allgemeinmediziner, das sind halt eben Ansprechpartner für
289 alle, wenn die keinen Dokortitel haben, dann ist ja auch von der Gesellschaft her gleich so
290 gesehen, als könnten die halt nichts. So werden die ja auch irgendwie dargestellt, als die
291 Dummdödel, die halt eben nichts so richtig können und deswegen machen sie
292 Allgemeinmedizin. Da braucht man ja auch gar keinen Facharzt für, sondern das ist man ja
293 sozusagen direkt nach dem Studium schon. Also muss man ja auch noch mal unterscheiden,
294 wie ist das in der Gesellschaft dargestellt und wie ist es im Studium dargestellt. Im Studium
295 gehts da einfach nicht drum. Das sind wir hauptsächlich an der Uni. Famulatur beim
296 Allgemeinmediziner sind halt auch nicht unbedingt die begehrtesten, einfach weil man auch
297 nicht viel machen darf. Das kann ich auch nachvollziehen, dass die keine jungen Studenten an
298 ihre Patienten lassen, von denen sie wollen, dass die wiederkommen sozusagen. Aber man kann
299 dann halt oft nicht viel machen. Und das ist natürlich auch abschreckend, um da mal
300 reinzuznuppern, wenn man eigentlich denkt, ich will lernen, lernen, lernen. War jetzt ein
301 bisschen wirr (lacht). #00:21:23-5#

302

303 I: Was genau findest du an dem Begriff so abschreckend? #00:21:27-5#

304

305 P5: Ach, das klingt doch auch schon vollkommen verödet und als wär man halt im Nirgendwo
306 und ja irgendwo kann man auch im Nirgendwo landen, aber man ist ja trotzdem, selbst von mir
307 zu Hause aus in ner Stunde dann halt in *mittlere Großstadt in den alten Bundesländern*. Ist jetzt
308 nicht die Megakulturstadt, aber da ist halt auch was los. Und man könnte ja genauso gut auch
309 in *mittlere Großstadt in den alten Bundesländern* wohnen und aufs Land immer Pendeln oder
310 so was. Ich finde das klingt immer, als wäre man wirklich vollkommen ab vom Schuss. Alleine

311 irgendwo in der Pampa, man ist ja nicht alleine, irgendwo sind immer Kollegen. Ist halt die
312 Frage, ob die Freunde beispielsweise dableiben oder ob generell Akademiker dableiben, weil
313 die wandern halt einfach oft weg. Ich komm vom Dorf, ich kann das nachvollziehen, wenn man
314 da nicht unbedingt Lust drauf hat, auf den Landfrauenverein, den Kegelclub und was es nicht
315 alles gibt. #00:22:37-2#

316

317 I: Wie könnte man das Ganze den besser beschreiben? #00:22:42-3#

318

319 P5: Das weiß ich halt auch nicht so richtig. Warum nicht einfach nur mit Allgemeinmedizin.
320 Also das ist den Leuten doch eigentlich klar, dass sie dann auch eventuell aufs Land gehen
321 könnten. Aber landärztlich, das klingt wirklich wie vollkommen veraltet, hinterher geblieben,
322 keine Ahnung von nichts, finde ich jetzt. #00:23:07-0#

323

324 I: Wie wird das Ganze an der Fakultät dargestellt? #00:23:11-7#

325

326 P5: Erstmal würde ich sagen gar nicht (lacht). Also wirklich nicht großartig. Also meiner
327 Meinung nach sollte man den Herrn Klinsmann wirklich mal in die Vorlesung holen. Da war
328 ja diese eine Dame, die die Vorlesung auch immer mal mit gestaltet hat und so, aber ich würd
329 ihn mal da reinholen und der kann ja ganz gut reden, ob er jetzt den Leuten sympathisch ist
330 oder nicht, spielt hier ja nicht unbedingt die Rolle, der kann halt gut reden und er kann gut nen
331 Eindruck verschaffen, was bei ihm so los ist und wenn **der** halt mal nen Patienten vorstellen
332 würde oder mal ein bisschen erzählen, also ich glaub das wär halt auch mal... Man muss
333 irgendwie Leute gewinnen, die gut reden können und die gut ihren Job attraktiv darstellen
334 können. Ich fand den Herrn Lüdicke (...), wie hieß der? Ich kann nicht so gut mit Namen.
335 #00:24:13-2#

336

337 I: Wer jetzt? #00:24:16-2#

338

339 P5: Der heute Morgen auch da war #00:24:15-2#

340

341 I: Der Herr Lüdicke. #00:24:16-5#

342

343 P5: Das ist auch so ein Typ, der kann das irgendwie sehr attraktiv und sympathisch darstellen
344 seinen Job. Und so Leute muss man irgendwie mal zum Erzählen in die Vorlesung kriegen.

345 Und dann am besten aber noch nicht in den Vorlesungsplan schon hinschreiben landärztliche
346 Allgemeinmedizin, weil dann kommt ja keiner wieder, sondern das irgendwie anders verpacken
347 und wenn es die Leute verarscht, aber halt so, dass Leute kommen. So am besten die Vorlesung
348 vor der Klausur, so irgendwie dann in der davor sagen, nächste Vorlesung gehts dann um
349 klausurrelevante Sachen. Kann man ja dann auch einstreuen in den letzten 5 Minuten, aber
350 davor holt man lauter Ärzte, die aufm Land arbeiten, die toll erzählen können, ihren Job
351 attraktiv darstellen können. Wäre jetzt zum Beispiel mal ne Idee. #00:25:03-1#

352

353 I: Was gefällt dir an einer Tätigkeit als Ärztin auf dem Land? #00:25:11-6#

354

355 P5: Das man die Familienmedizin hat. Das man die ganze Familie kennt und betreut. Kinder
356 muss nicht unbedingt sein, das sehe ich kritisch. Ich finde da reicht ein halbes Jahr Pädiatrie
357 einfach nicht, andererseits wenn kein Kinderarzt in der Nähe ist, dann muss man ja das machen.
358 Aber so ab der Pubertät oder so, dass man die gesamten Strukturen kennt, dass man weiß, was
359 bei denen los ist, als was die arbeiten, was vielleicht da im Job los ist. Das finde ich spannend.
360 Und dass man die auch immer wieder hat und nicht sagt: **und Tschüss**, sondern die kommen
361 halt wieder. #00:26:01-3#

362

363 I: Was würde dir als Ärztin auf dem Land nicht gefallen? #00:26:05-9#

364

365 P5: Ich hätte Angst vor der Dorfstruktur wie ich sie kenne, also das klingt jetzt böse vielleicht,
366 aber es ist halt so, dass viele Leute mit denen man sich ähnlich unterhalten kann, die gehen nun
367 mal weg. Die dableiben, die mag ich auch total gerne und wir sind auch noch befreundet, aber
368 das bräucht ich jetzt nicht jedes Wochenende. Sondern da fehlen mir irgendwie dann
369 Gleichgesinnte zum Unterhalten, zum Treffen und die sind halt alle nicht mehr da, die gehen
370 halt eben weg. Und die wenigsten kommen wieder und die die wiederkommen, die sind dann
371 halt auch wieder so doll in diesen Dorfstrukturen verwurzelt, dass es auch schon wieder andere
372 Interessen sind. Das finde ich abschreckend. Ansonsten finde ich es schön, dass man sich
373 gegenseitig kennt, dass man aufeinander Rücksicht nimmt, füreinander da ist. Das ist halt die
374 Frage, obs das nicht trotzdem wert wäre. #00:27:10-7#

375

Anhang F

Kategoriensystem

Attraktivitätsfördernde Faktoren

Sozialisation (14)²¹

 Sozialisation durch das Elternhaus (13)

 Ländliche Sozialisation (14)

Lebensqualität auf dem Land (14)

 Natur (8)

 Intakte Gemeinschaft (8)

 Entschleunigung (7)

 Chance auf Selbstverwirklichung (6)

 Familienfreundlichkeit (4)

Anerkennung (10)

 Anerkennung durch Patienten (5)

 Anerkennung durch Familie und Umfeld (2)

 Positive Darstellung in den Medien (2)

 Anerkennung durch Kollegen (1)

 Anerkennung im Studium (1)

 Anerkennung von Seiten der Politik (1)

Langfristige Arzt-Patienten-Bindung (8)

Höherwertige Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung (6)

Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin (12)

 Familienmedizin (7)

²¹ Die den Kategorien nachgestellte Ziffer in Klammern gibt die Anzahl der Interviews an, in denen die jeweilige Kategorie oder Subkategorie verwendet wurde.

Behandlungsspektrum (6)

Möglichkeit der Niederlassung (5)

Ganzheitliches Arbeiten (2)

Attraktive Darstellung (1)

Positive Erfahrung in Famulatur oder Blockpraktikum (8)

KSVA-Stipendien (2)

Angenehme Arbeitsbedingungen (14)

Work-Life-Balance (6)

Funktionierendes Praxisteam (9)

Arbeiten im Gemeinschaftsmodell (11)

Finanzielle und planerische Sicherheit (3)

Größere Praxismöglichkeiten auf dem Land (1)

Barriere bildende Faktoren

Fehlende Infrastruktur/Kulturangebote (14)

Mangelnde medizinische Infrastruktur (8)

Fehlende Anerkennung (11)

Abwertung der landärztlichen Medizin gesamtgesellschaftlich (5)

Abwertung durch Kommilitonen (4)

Abwertung durch Ärzte (3)

Abwertung im Studium (3)

Fehlende Anerkennung durch Patienten (1)

Mangelhafte Vorbereitung (12)

Unzureichende Thematisierung im Studium (12)

Unzureichende Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit (3)

Versagensangst (1)

Fehlender Austausch mit Kollegen (7)

Arbeiten in Einzelpraxis (6)

Hohe Arbeitsbelastung (3)

Balance zwischen Abgrenzung und Integration (14)

- Schwierigkeit der Integration (9)
- Schwierigkeit der Abgrenzung (11)
- Arzt als Person der Öffentlichkeit (4)

Negative Rollenvorbilder (5)

Vorbehalte gegenüber einer ambulanten Tätigkeit (10)

- Finanzielle Unsicherheiten (7)
- Nachteile der Niederlassung (5)
- Fehlende Karriereperspektiven (1)

Schlechtes Image der landärztlichen Medizin (2)

Isolation vom Medizinischen Fortschritt (2)

Wahlpflichtfach

Positive Erfahrung (14)

Attraktivitätsfördernd (13)

Positives Rollenvorbild (6)

Gleichgesinnte (3)

Teilnahmegründe

- Allgemeines Interesse an Allgemeinmedizin (10)
- Entscheidungshilfe (6)
- Erfahrungen von Niedergelassenen (7)

Nicht auf Allgemeinmedizin fokussieren (1)

Organisatorische Mängel (14)

Siebenlinden als Seminarort

Follow-Ups

Neue Attraktivitätsfördernde Faktoren

Anerkennung

Anerkennung durch Patienten (8)

Anerkennung durch Kollegen (1)

Selbstzufriedenheit (1)

Bild der Allgemeinmedizin wird attraktiv dargestellt (2)

Positive praktische Erfahrungen auf dem Land, negative in der Stadt (3)

Partner hat Arbeit auf dem Land (1)

Neue Barrieren

Anderes Fach interessanter (4)

Partner (1)

Umgang mit Anforderungen

Umgang mit Integration und Abgrenzung

Integration und Abgrenzung werden gemeistert (4)

Abgrenzung durch klargestetzte Grenzen (5)

Abgrenzung durch Trennung von Arbeits- und Wohnort (4)

Integration durch aktive Teilnahme am Dorfleben

Lösungsvorschläge auf Systemebene

Pflichtpraktika auf dem Land (2)

Versorgungsstrukturen aufzeigen (1)

Mehr Förderung (1)

Wahlpflichtfach

Wahlpflichtfach war eine positive Erfahrung (8)

Wahlpflichtfach hat eine motivierende Wirkung ambulant tätig zu werden (2)

Wahlpflichtfach hat die Entscheidung bestärkt (2)

Wahlpflichtfach hat keinen Einfluss auf Entscheidung (6)