

Einstellungen hessischer Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin auf dem Land

Attitudes of Hessian Physicians in Vocational Training for Family Medicine in Rural Areas

Jana Groth, Konrad Hierasimowicz, Stefan Bösner, Erika Baum

Hintergrund

Bundesweit gibt es große Probleme (besonders im ländlichen Raum), frei werdende Hausarztsitze durch Fachärzte für Allgemeinmedizin neu zu besetzen. Damit ländliche Regionen diesem Defizit entgegenwirken können, müssen die beruflichen und privaten Interessen von Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) untersucht und verstanden werden. Nur so kann die hausärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sichergestellt werden.

Methoden

Im Rahmen von Fokusgruppen wurden im Februar und Mai 2018 insgesamt 29 hessische ÄiW zu ihrer Einstellung gegenüber einer ländlichen Tätigkeit befragt. Im Juni 2018 konnten die qualitativen Ergebnisse der Fokusgruppen durch einen quantitativen Online-Fragebogen (n = 68) ergänzt werden. Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Margrit Schreier ausgewertet. Für die Auswertung des Online-Fragebogens wurde eine Korrelationsanalyse mittels SPSS durchgeführt.

Ergebnisse

Als wichtigster Prädiktor für das Interesse an einer ländlichen Tätigkeit erwies sich die ländliche Herkunft der Studienteilnehmer. Auch der Kontakt zu ländlichen Praxen während des Studiums erhöhte das Interesse an einer Landarztztätigkeit. Ebenso bedeutend waren die konkreten Arbeits- und Wohnbedingungen vor Ort: die zu erwartende Arbeitsbelastung, die vorhandene Infrastruktur für Partner, Freizeit und Familie sowie die Struktur des lokalen Fachärztenetzes.

Schlussfolgerungen

Damit die hausärztliche Versorgung in Zukunft auch in ländlichen Regionen gesichert ist, müssen sich sowohl Kommunen als auch niedergelassene Landärzte auf die veränderte Bedürfnislage des medizinischen Nachwuchses einstellen. Hier geht es sowohl um die Schaffung von Gemeinschaftspraxen, Teilzeitbeschäftigungen und Angestelltenverhältnissen als auch um die Möglichkeit einer schrittweisen Praxisübernahme. Zudem sind erhebliche Investitionen in die technische und soziale Infrastruktur ländlicher Räume vonnöten.

Schlüsselwörter

Hausärztemangel; Ärzte in Weiterbildung; Landarztztätigkeit; Infrastruktur; Familienfreundlichkeit

Background

Nationwide, there are major problems (especially in rural areas) to find successors for retiring family physicians (FPs). To counteract this deficit, the professional and private interests of physicians in postgraduate training have to be investigated and understood. Only in this way can primary care be guaranteed over a wide area in the future.

Methods

By carrying out focus groups from February to May 2018, a total of 29 physicians in postgraduate training were asked about their attitudes towards a rural occupation as FPs. In June 2018, the results were supplemented by an online questionnaire (n = 68). The results of the focus groups were evaluated by qualitative content analysis according to Margrit Schreier. For the evaluation of the online questionnaire, a correlation analysis using SPSS was performed.

Results

The most important predictor of interest in rural occupation was the rural origin of the study participants. Contact with rural doctors during medical education also increased this interest. Furthermore, the results show that financial incentives, family ties to the region, and closer relationships to patients are key factors in deciding to work in the countryside. Equally important are the specific working and living conditions on site: the expected workload, the existing infrastructure for partners, leisure time and family life, and the structure of local medical networks.

Conclusions

In order to secure primary care in rural areas in the future, municipalities as well as local doctors must adapt to the changing needs of young physicians. This concerns not only the creation of group practices, part-time occupation and employment possibilities but also the possibility of a gradual takeover. In addition, substantial investment in the technical and social infrastructure of rural areas is necessary, as well as ensuring attractive economic conditions for family physicians in these regions.

Keywords

shortage of family physicians; physicians in vocational training; practice in rural areas; infrastructure; family friendliness

Hintergrund

Im internationalen Vergleich belegt Deutschland bei der verzeichneten Arztdichte einen Spitzenplatz. Seit 1980 hat sich die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner mehr als verdoppelt und steigt mit jedem Jahr weiter an. 2016 lag der Gesamtversorgungsgrad bei sämtlichen Arztgruppen deutlich über dem Soll. Selbst im hausärztlichen Bereich ergab sich 2016 ein Gesamtversorgungsgrad von 108 % [1]. Warum trotzdem von einem Hausärztemangel in Deutschland gesprochen werden kann, zeigt sich beim Blick auf die regionale Verteilung sowie Altersstruktur der derzeit tätigen Hausärztinnen (HÄ). Laut Bundesarztregister waren Ende 2017 mehr als ein Drittel (34 %) der in Deutschland tätigen HÄ 60 Jahre oder älter [2]. Insbesondere im Fach Allgemeinmedizin mangelt es an Nachwuchs, um die frei werdenden Arztsitze neu besetzen zu können [1]. Zudem sinkt seit Jahren die durchschnittliche Wochenarbeitszeit sowohl angestellter als auch selbstständiger Ärzte in Deutschland [3]. Die ausscheidenden Kolleginnen können also nicht 1:1 ersetzt werden. Zusätzlich zeigen die Daten der kassenärztlichen Vereinigungen, dass es eine regionale Ungleichverteilung sowohl in den Bundesländern als auch in den einzelnen Planungsbereichen gibt. Über- und unterversorgte Gebiete kommen gleichzeitig vor [4].

In Hessen stellt sich die Situation ganz ähnlich dar. Auch hier waren im Jahr 2017 mehr als ein Drittel (34 %) der tätigen HÄ 60 Jahre oder älter [5]. Die landkreisspezifischen Berichte der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zeigen, dass sich auch hier unter- und übertersorgte Gebiete direkt gegenüberstehen. Wir haben es also nicht mit einem generellen Hausarzt-Mangel zu tun, sondern mit einer strukturellen Fehlverteilung [6]. Vor allem im ländlichen Raum fällt es schwer, frei werdende Hausarztsitze neu zu besetzen. Um diesem Trend entgegenzuwirken, ist es wichtig, die Interessen und Bedürfnisse zukünftiger HÄ zu kennen. Eine umfangreiche Analyse der subjektiven Beweggründe für oder gegen eine Niederlassung auf dem

Land wurde in Hessen bislang nicht durchgeführt.

Methoden

Die multimethodische Studie gliederte sich in zwei Phasen. Im Rahmen von Fokusgruppen wurden im Februar und Mai 2018 insgesamt 29 hessische ÄiW zu ihrer Einstellung gegenüber einer ländlichen Tätigkeit befragt. Im Juni 2018 konnten die qualitativen Ergebnisse der Fokusgruppen durch einen quantitativen Online-Fragebogen (n = 68) ergänzt werden. Insgesamt wurden sieben moderierte Fokusgruppensitzungen mit jeweils drei bis fünf Teilnehmer/-innen durchgeführt (männlich n = 4; weiblich n = 25). An der Online-Umfrage nahmen 50 Frauen und 18 Männer teil. Die Befragten waren mehrheitlich zwischen 30 und 45 Jahren alt (80,9 %), hatten Kinder im Haushalt (64,7 %) und schon während des Studiums Kontakt zu ländlichen Praxen (58,5 %). Die durchschnittliche Erfahrung in der unmittelbaren Patientenversorgung betrug 3,6 Jahre (davon 0,7 Jahre in der hausärztlichen Praxis). Ein erheblicher Anteil der Befragten verbrachte seine Kindheit in einem Ort mit 10.000–50.000 Einwohnern (23,5 %). Diese Ortsgröße war auch beim aktuellen Wohnort der Studienteilnehmer/-innen auf Platz eins zu finden (mit 17,7 %).

Die Fokusgruppensitzungen wurden im Rahmen der Seminartage des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen in Frankfurt und Gießen durchgeführt. Die zentrale Frage der Fokusgruppen lautete: „Welche Faktoren könnten Sie persönlich zu einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land motivieren?“ Neben der mündlichen Beantwortung dieser Frage sollten die Teilnehmer/-innen (TN) auch einen schriftlichen Kriterienkatalog mit Motivationsfaktoren für eine hausärztliche Tätigkeit auf dem Land entwickeln. Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Margrit Schreier [7] ausgewertet.

Für die Online-Umfrage konnte die Datenbank des Kompetenzzentrums Weiterbildung (KW) Allgemeinmedizin Hessen benutzt werden, in der zum Zeitpunkt der Befra-

gung über 500 aktive oder ehemalige ÄiW registriert waren. Um die aktiven ÄiW herauszufiltern, wurden für den Online-Fragebogen nur diejenigen TN angeschrieben, die im Jahr 2017 oder 2018 an einem Seminar des KW teilgenommen hatten (n = 236). Alle anderen wurden als inaktiv bzw. mit abgeschlossener Facharztprüfung gewertet und von der Befragung ausgeschlossen. Unter 95 Rückmeldungen haben 68 Personen den Fragebogen vollständig, 27 unvollständig ausgefüllt. In die weitere Analyse sind nur vollständig ausgefüllte Fragebögen eingeflossen. Für die Online-Umfrage wurden Freitextfelder, Schieberegler, Einfachauswahl-Optionsfelder, Mehrfachauswahl-Optionsfelder und Rangfolgefragen benutzt. Insgesamt bestand die Umfrage aus 25 Items, die sowohl deduktiv (vorherige Literaturrecherche) als auch induktiv (aus den Fokusgruppen) entwickelt wurden. Der Fragebogen wurde vollständig anonymisiert durchgeführt und mittels einer Korrelationsanalyse nach Pearson ausgewertet. Vorher erfolgte ein Pretest.

Ergebnisse

Fokusgruppen

Bei den Fokusgruppen zeigte sich, dass viele der Befragten ein negatives Bild vom ländlichen Raum haben. Obwohl die zentrale Frage positiv gestellt war (Motivationsfaktoren für eine ländliche Tätigkeit), kamen in allen Gruppen auch demotivierende Faktoren rasch zur Sprache. Typisch für den ländlichen Raum waren aus Sicht der Befragten: weite Wege, mangelhafte Infrastruktur, Überalterung der Bevölkerung, geringe Privatsphäre und fehlende Jobmöglichkeiten für Partner/-innen.

Zusätzlich zum negativen Bild vom ländlichen Raum wurde bei vielen Befragten auch ein negatives Bild von der Landarztztätigkeit sichtbar. Hausärztliche Tätigkeit auf dem Land bedeutete für sie: hohe Arbeitsbelastung, schlechte Bezahlung, Angst vor Regressen und medizinischer Überforderung, fehlende Unterstützung durch Kolleginnen und hoher Anteil an älteren, chronisch kranken Patienten. Insgesamt war das Bild einer wegfallenden Infrastruktur auch für den

Präferenzen	Weiblich (n = 43)	Männlich (n = 17)	Gesamt (n = 60)
Landleben	21 (48,8 %)	10 (58,8 %)	31 (51,7 %)
Pendeln	16 (37,2 %)	4 (23,5 %)	20 (33,3 %)
Egal	6 (14 %)	3 (17,6 %)	9 (15 %)
Gemeinschaftspraxis	36 (83,7 %)	13 (76,5 %)	49 (81,7 %)
Einzelpraxis	3 (7 %)	3 (17,6 %)	6 (10 %)
MVZ	4 (9,3 %)	1 (5,9 %)	5 (8,3 %)
Angestelltenverhältnis	23 (53,5 %)	4 (23,5 %)	27 (45 %)
Selbstständigkeit	11 (25,6 %)	9 (52,9 %)	20 (33,3 %)
Egal	9 (20,9 %)	4 (23,5 %)	13 (21,7 %)
Teilzeit	35 (81,4 %)	4 (23,5 %)	39 (65 %)
Vollzeit	6 (14 %)	11 (64,7 %)	17 (28,3 %)
Egal	2 (4,7 %)	2 (11,8 %)	4 (6,7 %)
Maximale Arbeitszeit pro Woche: < 20 Stunden	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
... 20–29 Stunden	23 (53,5 %)	0 (0 %)	23 (38,3 %)
... 30–39 Stunden	15 (34,9 %)	7 (41,2 %)	22 (36,7 %)
... 40–49 Stunden	4 (9,3 %)	9 (52,9 %)	13 (21,7 %)
... 50–59 Stunden	1 (2,3 %)	1 (5,9 %)	2 (3,3 %)
... mind. 60 Stunden	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Tabelle 1 Präferenzen bei ländlicher Tätigkeit nach Geschlecht

medizinischen Bereich sehr präsent: „Teilweise machen die Krankenhäuser dicht, manche Praxen geben auf und dann bist du noch alleine da“, befürchtete ein Arzt in Weiterbildung. Die Angst, irgendwann als Einzelkämpfer dazustehen, hatte insgesamt den größten Einfluss auf die Einstellung der ÄiW zur ländlichen Tätigkeit.

Neben demotivierenden Punkten nannten die Befragten allerdings auch eine Vielzahl an Faktoren, die sie zu einer ländlichen Tätigkeit motivieren könnten. Dazu zählte die Möglichkeit, in Teilzeit und angestellt zu arbeiten, aber auch die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis. Ein funktionierender ärztlicher Bereitschaftsdienst, ein gut ausgebautes medizinisches Netz sowie das Vorhandensein von Mitstreiter/-innen für eine gemeinsame Niederlassung gehörten ebenfalls dazu. Auch eine höhere Vergütung, die Unterstützung durch nicht-ärztliche Fachkräfte sowie die Möglichkeit einer schrittweisen Praxisübernahme wurden genannt. Als Vorteile der Landarztztätigkeit galten die engere Bindung zu den Patientin-

nen und Patienten sowie die Möglichkeit einer qualitativ hochwertigen Familienmedizin. Aber auch private Faktoren spielten eine entscheidende Rolle: der persönliche Bezug zur Region, die höhere Lebensqualität auf dem Land, die vorhandene Infrastruktur für Partner/-innen, Freizeit und Familie.

Online-Umfrage

In der Online-Umfrage entschieden sich acht der 68 Befragten klar gegen eine hausärztliche Tätigkeit auf dem Land. 50 TN konnten sich hingegen eine Landarztztätigkeit prinzipiell vorstellen. Zehn gaben an, es noch nicht zu wissen. Bei den letzten beiden Gruppen (n = 60) wurde nachgefragt, welche Faktoren sie zu einer ländlichen Tätigkeit motivieren könnten (Tab. 1). Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Befragten zeigte sich eine klare Präferenz für die Gemeinschaftspraxis auf dem Land. Einzelpraxis und Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) erschienen im Vergleich wenig attraktiv. Die Mehrheit der Be-

fragten entschied sich für einen ländlichen Wohnort – und damit gegen das Pendeln von einer größeren Stadt aus. Als wichtigste Faktoren für den ländlichen Wohnort wurden genannt: Grundschule, gute Verkehrsanbindung, Kindertagesstätte/Kindergarten, schnelles Internet und guter Handyempfang. Als signifikanter Prädiktor für das Interesse an einer ländlichen Tätigkeit erwies sich vor allem die ländliche Herkunft der Studienteilnehmer/-innen ($r = 0,370$, $p = 0,002$). Auch der Kontakt zu ländlichen Praxen während des Studiums erhöhte signifikant das Interesse an einer Landarztztätigkeit ($r = 0,361$, $p = 0,002$). Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und das Vorhandensein von Kindern im eigenen Haushalt hatten keinen eindeutigen Effekt auf das Interesse an einer ländlichen Tätigkeit. Ein deutlicher Geschlechterunterschied war bei den Arbeitsmodellen zu beobachten: Während sich die befragten Ärztinnen in Weiterbildung mehrheitlich für ein Angestelltenverhältnis in Teilzeit mit einer maximalen Arbeitszeit von 20–29 Stunden pro Woche (inkl. Überstunden) aussprachen, präferierten die männlichen Befragten eine selbstständige Tätigkeit in Vollzeit. Sie waren mehrheitlich dazu bereit, 40–49 Wochenstunden zu arbeiten. Die stärkste Korrelation war zwischen Geschlecht und Teilzeitmodell ($r = 0,548$, $p < 0,001$) sowie zwischen Geschlecht und maximaler Wochenstundenzahl ($r = 0,552$, $p < 0,001$) zu beobachten. Alter, Berufserfahrung und das Vorhandensein von Kindern hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Wahl der Arbeitsmodelle im ländlichen Raum. Bei den Motivationsfaktoren für eine Niederlassung auf dem Land (Rangfolgefrage) war für beide Geschlechter ein familiärer Bezug zur Region sowie eine höhere Vergütung für die Landarztztätigkeit von zentraler Bedeutung. Während die männlichen Befragten außerdem die Nähe zu einer größeren Stadt als wichtig einschätzten, spielte für die weiblichen Befragten das Vorhandensein von Mitstreitern für eine gemeinsame Niederlassung eine zentrale Rolle. Auf Rang 2 und 3 wurde zusätzlich zu den genannten Faktoren auch die Möglichkeit einer kostenlo-

sen Praxisübernahme besonders häufig genannt.

Diskussion

Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass das Bild vom ländlichen Raum von zahlreichen Klischees geprägt ist. Wegbrechende Infrastruktur und demografischer Wandel mögen in einzelnen Gebieten Hessens ein Problem sein, in der Gesamtschau zeigt sich aber, dass das Durchschnittsalter in ländlichen Regionen relativ stabil ist [8], die Arbeitslosenquoten geringer sind als in städtischen Regionen [9] sowie die Lebensqualität auf dem Land generell höher ist als in der Stadt [10]. Die Ängste in Bezug auf den ländlichen Raum spiegeln sich auch im Bild vom Landarzt wider. Dieser wird immer noch als Einzelkämpfer gesehen, der sowohl medizinisch als auch finanziell die volle Verantwortung für seine Praxis trägt. Da die Mehrheit der befragten ÄiW Frauen mit Kindern oder Kinderwunsch sind, spielt für sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine zentrale Rolle. Die Aussicht auf einen Vollzeitjob in einer Einzelpraxis (womit sie den Beruf des Landarztes verbinden) scheint für sie wenig attraktiv zu sein. Auch der Wunsch nach Kooperation mit anderen HÄ und Spezialisten, um sich gegenseitig unterstützen zu können, ist bei den befragten Ärztinnen in Weiterbildung stark ausgeprägt. So überrascht es nicht, dass die befragten ÄiW überschaubare Arbeitszeiten, feste Gehälter sowie medizinische Unterstützung durch ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte wünschen. All dies dient der Minimierung finanzieller und medizinischer Risiken. Interessant ist, dass die Forderung nach einer höheren Vergütung in den Fokusgruppen (im Gegensatz zum Fragebogen) nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dies kann durch den Faktor der sozialen Erwünschtheit erklärt werden. Eine Teilnehmerin sprach diesen Punkt von selbst an: „Wir sind hier fünf Frauen, die miteinander reden, ne? Das ist ja total typisch, dass wir nicht übers Geld sprechen.“

Der in den letzten Jahren beobachtbare Trend zur Gemeinschaftspraxis, zu Anstellung und Teilzeitbeschäftigung spiegelt sich auch in

den Ergebnissen des Online-Fragebogens wider. Dieser Trend hängt nicht nur, aber auch mit der Feminisierung der hausärztlichen Versorgung in Hessen zusammen [6]. Das Geschlecht der befragten ÄiW hat sich im Online-Fragebogen als wesentlicher Faktor in der beruflichen Zukunftsplanung herausgestellt. So bevorzugen die männlichen Befragten Selbstständigkeit und Vollzeitbeschäftigung – unabhängig davon, ob in ihrem Haushalt Kinder leben oder nicht. Die weiblichen Befragten würden sich bei ländlicher Tätigkeit in der Mehrheit für ein Angestelltenverhältnis in Teilzeit entscheiden – auch,



Jana Groth ...

... ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps-Universität Marburg. Sie koordiniert das vom Hessischen Ministerium für Soziales geförderte Projekt „Landtage in Hessen“ und promoviert an der Pädagogischen Hochschule Freiburg im Fach Soziologie.

wenn sie selbst keine Kinder zu versorgen haben. Bei den Faktoren für die Niederlassung auf dem Land zeigt sich, dass für die männlichen Befragten tendenziell eine höhere Vergütung und die Nähe zu einer größeren Stadt wichtig sind; für die weiblichen Befragten fällt neben einer höheren Vergütung vor allem das Vorhandensein von Mitstreiterinnen für eine gemeinsame Niederlassung ins Gewicht. Dass eine ländliche Herkunft – unabhängig vom Geschlecht – und der Kontakt zu ländlichen Praxen innerhalb des Studiums das Interesse an einer Landarztztätigkeit erhöhen, wurde in den letzten Jahren auch durch andere Studien belegt [11, 12, 13].

Limitationen

Die vorliegende Studie ist nicht repräsentativ für das Meinungsbild aller ÄiW Allgemeinmedizin in Hessen, gibt aber ein wichtiges und differenziertes Stimmungsbild wider. Sie ermöglicht, gezielt die Attraktivität einer zukünftigen Tätigkeit als HÄ im ländlichen Bereich zu steigern. Im Vergleich zur Grundgesamtheit [14] war der Frauenanteil in der Online-Umfrage leicht erhöht (69,8 % vs. 73,5 %), das Durchschnittsalter der Umfrageteilnehmer geringfügig niedriger (37,6 vs. 39,6 Jahre).

Dass sich im Online-Fragebogen nur zwölf Prozent der Befragten klar gegen eine ländliche Tätigkeit entschieden haben, überrascht zunächst – vor allem in Hinblick auf das in den Fokusgruppen vorherrschende negative Bild vom Landleben. Hier ist zu vermuten, dass die Gegner einer ländlichen Tätigkeit aus mangelndem Interesse am Thema gar nicht erst dem Umfragelink gefolgt sind. Die Ergebnisse könnten in diesem Fall also leicht verzerrt sein. Umgekehrt ist es auch möglich, dass vor allem ÄiW mit einem negativen Bild vom ländlichen Raum an den Fokusgruppen teilgenommen haben, weil ihre Motivation „Dampf abzulassen“ größer war. Um allgemeingültige Aussagen zu treffen, sind in jedem Fall Nachfolgeuntersuchungen mit einer größeren Stichprobe notwendig.

Fazit

Damit die hausärztliche Versorgung in Zukunft auch in ländlichen Regionen gesichert werden kann, müssen sich sowohl Kommunen als auch niedergelassene Landärztinnen und -ärzte auf die veränderte Bedürfnislage des medizinischen Nachwuchses einstellen. Hier geht es sowohl um die Schaffung von Gemeinschaftspraxen, Teilzeitbeschäftigungen und Angestelltenverhältnissen als auch um die Möglichkeit einer schrittweisen Praxisübernahme. Zudem sind erhebliche Investitionen in die technische und soziale Infrastruktur ländlicher Räume vonnöten sowie die Sicherstellung attraktiver wirtschaftlicher Bedingungen bei hausärztlicher Tätigkeit in diesen Regionen. Nicht zuletzt muss auch dem immer noch bestehenden negativen Bild vom ländlichen Raum aktiv entgegen gewirkt werden.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Klose J, Rehbein I. *Ärztatlas 2017*. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK, 2017. https://www.wido.de/fileadmin/Datenteile/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Buchreihen/Aerzteatlas_wido_amb_aerzteatlas_2017.pdf (letzter Zugriff am 19.07.2019)
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister*, 2017. http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf (letzter Zugriff am 13.06.2019)
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Ärztemonitor. Ergebnisse zur vierten Befragung im Frühjahr 2018*. https://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor_2018_LANG.pdf (letzter Zugriff am 13.06.2019)
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Versorgungsgrade in den Planungsbereichen*, 2017. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (letzter Zugriff am 13.06.2019)
5. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. *Bedarfsplan 2017*. www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/unternehmen-praxis/bedarfsplanung-und-freie-arzt-sitze/bedarfsplan-2017 (letzter Zugriff am 13.06.2019)
6. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. *Fokus Gesundheit*, 2017. <https://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/publikationen/fokus-gesundheit> (letzter Zugriff am 13.06.2019)
7. Schreier M. *Qualitative content analysis in practice*. London: SAGE, 2012
8. Hessisches Statistisches Landesamt. *Durchschnittsalter der Bevölkerung in den hessischen Gemeinden am 31.12.2017*. <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung-tabellen> (letzter Zugriff am 13.06.2019)
9. Bundesagentur für Arbeit. *Arbeitsmarkt im Überblick – Berichtsmontat Dezember 2018 – Hessen*, 2018. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Hessen-Nav.html> (letzter Zugriff am 13.06.2019)
10. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. *Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden*, 2011. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BerichteKompakt/2011/BK052011.html?nn=1855838 (letzter Zugriff am 13.06.2019)
11. Bien A, Gerlach F, Paulitsch M, Ravens-Taeuber G, Becker N, Barthenet L. *Einstellungen Medizinstudierender zu ambulanter oder stationärer sowie landärztlicher Tätigkeit*. *Z Allg Med* 2019; 95: 109
12. Kaduszkiewicz H, Teichert U, van den Bussche H. *Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung*. *Bundesgesundheitsbl* 2018; 61: 190
13. Holst J. *Schlüssel für mehr Landärzte: Landärztliche Studieninhalte und Medizinstudierende vom Land. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche*. *Z Allg Med* 2019; 95: 83
14. Landesärztekammer Hessen. *Hessisches Weiterbildungsregister. Zentrale Ergebnisse 2017*. www.laekh.de/images/Aerzte/Weiterbildung/Weiterbildungsregister/2017_Weiterbildungsregister_Statistik.pdf (letzter Zugriff am 13.06.2019)

Korrespondenzadresse

Jana Groth, M.A.
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4
35043 Marburg
jana.groth@uni-marburg.de

**DEGAM im Netz**

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam-kongress.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de