

Aus dem Zentrum Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Jäger, MME

**Die Wahl von Berufsausübungsoptionen von Medizinerinnen und
Medizinern in Ausbildung**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Theoretischen
Medizin der Medizinischen Fakultät**

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2023

vorgelegt von: Martina Schneider, geb. Müller
geboren am: 16.03.1988 in Saarbrücken

Tag der Promotion:

Dekan:

Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Johannes Jäger

Prof. Dr. Dr. Sören Becker

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG/SUMMARY	1
1.1 Zusammenfassung	1
1.2 Summary	2
2. EINLEITUNG	3
2.1 Problemstellung	3
2.2 Zielsetzung	4
2.3 Aufbau der Arbeit	5
2.4 Relevanz der Thematik	6
3. DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN	7
3.1 System und Strukturmerkmale der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	7
3.2 Der deutsche Gesundheitsmarkt in Zahlen	9
3.3 Die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung	10
3.4 Möglichkeiten der Berufsausübung in der ambulanten medizinischen Versorgung	13
3.5 Voraussetzung der Tätigkeit als Vertragsarzt	15
3.6 Die Finanzierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	16
3.7 Abgrenzung ambulanter hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung	19
3.7.1 Die ambulante Versorgung durch eine/einen Hausärztin/Hausarzt	19
3.7.2 Die ambulante Versorgung durch eine/einen Fachärztin/Facharzt	21
3.8 Aktuelle Probleme im deutschen Gesundheitswesen	22
3.8.1 Demografische Entwicklung auf Bundesebene und für das Saarland	22
3.8.2 Weitere Herausforderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen	25
3.8.3 Niederlassungsproblematik im Saarland	27
3.8.4 Strukturelle Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung	32
3.9 Diskussion bestehender Lösungsansätze des Niederlassungsproblems	34
3.9.1 Das Versorgungsstrukturgesetz	34

3.9.2 Initiativen der Selbstverwaltung	35
4. KONZEPTIONELLER BEZUGSRAHMEN: EMPLOYER BRANDING	36
4.1 Employer Branding als Ansatzpunkt zur Lösung des Niederlassungsproblems	36
4.1.1 Der Prozess des Employer Brandings und dessen Anwendungsmöglichkeit für Profit-Unternehmen	37
4.1.2 Die Arbeitgebermarke als Erfolgsfaktor	40
4.1.3 Informationsquellen für Young Professionals	43
4.1.4 Einflussgrößen auf das Employer Branding	45
4.2 Besonderheiten und Möglichkeiten zur Anwendung des Employer Brandings in der ambulanten ärztlichen Versorgung	47
4.2.1 Besonderheiten des Berufsbildes des niedergelassenen Arztes	47
4.2.2 Diskussion der Übertragbarkeit des Employer Branding Ansatzes	48
4.2.3 Entwicklung und Ziele einer Employ-of-Choice Strategie	49
4.3 Besonderheiten des Employer Brandings in den verschiedenen Generationen	52
4.4 Die Persönlichkeit als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft	55
4.4.1 Der Begriff der Persönlichkeit	55
4.4.2 Elemente und dynamische Prozesse der Persönlichkeit	57
4.4.3 Die Faktoren des Five Factors Modells	58
4.4.4 Limbic Types	60
4.5 Die Einstellung als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft	62
4.5.1 Definition und Abgrenzung der Begrifflichkeiten Einstellung und Image	62
4.5.2 Komponenten der Einstellung	63
4.6 Die Niederlassungsbereitschaft als Ziel der Beeinflussungsstrategien	64
4.7 Ableitung der Hypothesen	64
5. UNTERSUCHUNGSDESIGN	68
5.1 Einflussfaktoren auf die Niederlassungsbereitschaft	68
5.2 Durchgeführte Analysen	70
5.2.1 Explorative Faktorenanalyse	70
5.2.2 Clusteranalyse	71
5.2.3 Kontingenzanalyse	72
5.2.4 Regressionsanalyse	72
6. ERGEBNISSE	73

6.1 Deskriptive Statistik	73
6.1.1 Deskriptive Statistik der Befragung der Medizinstudierenden	74
6.1.2 Deskriptive Statistik der Befragung der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte	75
6.1.3 Deskriptive Statistik der Befragung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte	76
6.1.4 Deskriptive Statistik der abgefragten Maßnahmen des Fragebogens der Medizinstudenten	78
6.2 Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Niederlassungsbereitschaft	81
6.2.1 Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse	81
6.2.2 Ergebnisse der Clusteranalyse	83
6.2.3 Ergebnisse der Kontingenzanalyse	87
6.3 Ergebnisse der Analyse der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen	91
6.3.1 Der Einfluss des Stipendiums auf die Niederlassungsbereitschaft	92
6.3.2 Der Einfluss der Patenschaft auf die Niederlassungsbereitschaft	93
6.3.3 Der Einfluss der Kinderversorgung auf die Niederlassungsbereitschaft	94
6.3.4 Der Einfluss des Rotationsmodells auf die Niederlassungsbereitschaft	94
7. DISKUSSION	95
7.1 Die Persönlichkeit als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft	95
7.2 Die Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft	99
7.3 Implikation für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie	100
7.3.1 Implikationen für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie aus den Ergebnissen des Einflusses der Persönlichkeit	100
7.3.2 Implikationen für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie aus den Ergebnissen der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen	102
7.4 Limitationen der Studie und Ableitung weiterer Forschungsfragen	104
8. FAZIT	106
9. LITERATURVERZEICHNIS	X
10. RECHTSQUELLENVERZEICHNIS	XXII
11. ANHANG	XXIII
DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG AUF BUNDESEBENE UND SAARLAND	XXIII

ABLEITUNG DER HYPOTHESEN	XXV
OPERATIONALISIERUNG DER VARIABLEN	XXVI
INDEXBILDUNG	XXVII
12. PUBLIKATIONEN/DANK	XXXI
13. LEBENSLAUF	XXXII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	7
Abbildung 2: Entwicklung der im angestellten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte	9
Abbildung 3: Versorgungsgrade	12
Abbildung 4: Anzahl MVZ nach Trägerschaft.....	15
Abbildung 5: Hausärztinnen/Hausärzte Saarland Vollendung 65. Lebensjahr bis 2026/2031 in %	24
Abbildung 6: Fachärztinnen/Fachärzte Saarland Vollendung 65. Lebensjahr bis 2026/2031 in %	25
Abbildung 7: Versorgungsgrad der Hausärzte nach Mittelbereichen 2020.....	31
Abbildung 8: Generationenverteilung Deutschland Stand 2019	55
Abbildung 9: Dynamische Prozesse und Inhalt des Five-Factor Modells.....	58
Abbildung 10: Beeinflussungsmöglichkeiten der Niederlassungsbereitschaft.....	68
Abbildung 11: Ähnlichkeiten zwischen Medizinstudenten und Ärzten	69
Abbildung 12: Einfluss der Maßnahmen auf die Niederlassungsbereitschaft	69
Abbildung 13: Einstellung der Medizinstudierende zu den Maßnahmen.....	91
Abbildung 14_A: Wirkungsrichtung der aufgestellten Hypothesen	XXV

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitspersonal differenziert nach Einrichtungen (in 1.000)	10
Tabelle 2: Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung	10
Tabelle 3: Überblick hausärztliche Versorgung 2021 im Saarland	21
Tabelle 4: Überblick fachärztliche Versorgung 2021 im Saarland.....	22
Tabelle 5: rBIX nach Arztgruppe Vergleich Saarland und Bund in %	23
Tabelle 6: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen in Million EUR	27
Tabelle 7: Arztzahlen 1960 bis 2019 getrennt nach ärztlichen Tätigkeiten auf Bundesebene	28
Tabelle 8: Überblick aktuelle haus- und fachärztliche Versorgungssituation im Saarland	29
Tabelle 9: Entwicklung der hausärztlichen Versorgung im Saarland nach Köpfen	29
Tabelle 10: Entwicklung fachärztlicher/psychotherapeutischer Versorgung im Saarland pro Kopf.....	30
Tabelle 11: Die Elemente der Persönlichkeit	57
Tabelle 12: Hypothesenaufstellung Persönlichkeitsfaktoren.....	66
Tabelle 13: Hypothesenaufstellung Persönlichkeitsfaktoren.....	66
Tabelle 14: Hypothesenaufstellung Maßnahmen	67
Tabelle 15: Hypothesenaufstellung Persönlichkeitsfaktoren(Anhang)	67
Tabelle 16: Vergleich der Soziodemografika der Befragungsorte der Medizinstudierenden.....	75
Tabelle 17: Zusammenfassung der Soziodemografika der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte	76
Tabelle 18: Vergleich Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte und niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte.....	77
Tabelle 19: Vergleich Mittelwerte der präferierten BAO.....	78
Tabelle 20: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Stipendium	79
Tabelle 21: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Patenschaft	79
Tabelle 22: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Kinderversorgung	80
Tabelle 23: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Rotationsmodell.....	80
Tabelle 24: Faktoren des Modells	83
Tabelle 25: Anzahl der Fälle in jedem Cluster	85
Tabelle 26: Ergebnisse Clusteranalyse	86
Tabelle 27: ANOVA der Clusteranalyse.....	87
Tabelle 28: Fragestellungen der Kontingenanalyse.....	87
Tabelle 29: Mediansplit mit größter Trennkraft	89
Tabelle 30: Ergebnisse der Kontingenanalyse.....	90
Tabelle 31: Reliabilität Stipendium.....	92
Tabelle 32: Reliabilität Patenschaft.....	92
Tabelle 33: Reliabilität Kinderversorgung und Rotationsmodell	92
Tabelle 34: Ergebnisse Regression Stipendium	93
Tabelle 35: Ergebnisse Regression Patenschaft	93
Tabelle 36: Ergebnisse Regression Kinderversorgung.....	94
Tabelle 37: Ergebnisse Regression Rotationsmodell ohne Gruppeneinteilung.....	94
Tabelle 38: Ergebnisse Hypothesenprüfung erster Teil Faktor Persönlichkeit	98

Tabelle 39: Ergebnisse Hypothesenprüfung zweiter Teil Faktor Persönlichkeit.....	99
Tabelle 40: Ergebnisse Hypothesenprüfung für den Faktor Einstellung.....	100
Tabelle 41: Abgeleitete Employer Branding Maßnahmen für die Persönlichkeit.....	102
Tabelle 42: Abgeleitete Employer Branding Strategien für die Maßnahmen	104
Tabelle 43: Antizipierende Employer Branding Maßnahmen.....	106
Tabelle 44_A: Altersstruktur Hausärztinnen/Hausärzte im Saarland bis 2031	XXIII
Tabelle 45_A: Altersstruktur Fachärztinnen/Fachärzte im Saarland bis 2031	XXIV
Tabelle 46_A: Gruppeneinteilung der Clusteranalyse.....	XXVIII

Abkürzungsverzeichnis

A

AV abhängige Variable

B

BAO Berufsausübungsoption

Bspw. beispielsweise

Bzw. beziehungsweise

C

C1 NZ Cluster 1 Neurotizismus

C2 EV Cluster 2 Extraversion

C3 OH Cluster 3 Offenheit

C4 VK Cluster 4 Verträglichkeit

C5 GH Cluster 5 Gewissenhaftigkeit

CZ Clusterzugehörigkeit

E

EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab

EFA Explorative Faktorenanalyse

F

FA Facharzt

FFM Five-Factor Modell

G

G1 Grundannahme 1

G2 Grundannahme 2

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

H

H Hypothese

HA Hausarzt

K

Keine BAO präferierte keine BAO präferiert

KMO-Wert Kaiser-Mayer-Olkin-Wert

KV Kassenärztliche Vereinigung

KVen Kassenärztliche Vereinigungen

M

MVZ Medizinische Versorgungszentren

O

O. G. ohne Gebietsbezeichnung

S

SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
Sog.	sogenante
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
U	
UV	unabhängige Variable
W	
WLB	Work-Life-Balance
Z	
z. B.	zum Beispiel

1. Zusammenfassung/Summary

1.1 Zusammenfassung

Hintergrund

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland ist eine der wichtigsten Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems in den kommenden Jahren. Daher gilt es neue innovative Lösungsansätze zu gestalten, um das derzeit schon sichtbare und sich in Zukunft verstärkende Problem des Ärztemangels zu lösen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es zum einen die Persönlichkeitseigenschaften von Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzte zu analysieren, um mögliche Unterschiede in der Persönlichkeit zwischen den Fachgruppen und Generationen aufzudecken. Zum anderen soll erhoben werden, welche Maßnahmen seitens der Politik oder der Kassenärztlichen Vereinigungen initiiert werden können, um die Niederlassungsbereitschaft von Medizinstudierenden zu erhöhen.

Methoden

Um die zentrale Fragestellung dieser Arbeit beantworten zu können, wurden im Rahmen einer empirischen Studie insgesamt 1.056 Medizinstudierenden, 589 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie 170 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte befragt. Der erste Teil der empirischen Studie zielte auf die Persönlichkeitseigenschaften unter Anwendung des Five-Factor Models der Probanden ab. Im zweiten Teil, den nur die Medizinstudierenden erhielten, galt es herauszufinden, welche Maßnahmen einen Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft ausüben.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der durchgeführten Studie belegen die Gültigkeit des Five-Factor Models für die Gruppe der Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzte. Zudem konnten die fachgruppen- und generationsbedingten Unterschiede bestätigt werden. Ebenso haben die im Rahmen dieser Studie abgefragten Maßnahmen einen positiven Effekt auf die Niederlassungsbereitschaft der Medizinstudierenden. Aus diesen Ergebnissen konnten spezifische Employer Branding Strategien sowohl für die Persönlichkeit als auch für die Maßnahmen abgeleitet werden.

Diskussion

Die erhobenen Ergebnisse stellen einen grundlegenden Ansatzpunkt dar, die Attraktivität des Berufes der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes zu steigern und den Bekanntheitsgrad der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zu steigern. Zudem konnten exemplarische Maßnahmen aufgezeigt werden, die den Bedürfnissen der Generation Y und Z entsprechen und die derzeit schon bestehenden Angebote von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland erweitern. In zukünftigen Studien gilt es die gewonnenen Erkenntnisse bundesweit zu validieren und die neuen Anforderungen der Generation Z und Alpha in die Analysen einzubeziehen.

1.2 Summary

Background

Securing outpatient medical care in Germany is one of the most important challenges facing the German healthcare system in the coming years. Therefore, it is necessary to design new innovative approaches to solve the problem of the shortage of physicians, which is already visible at present and will increase in the future. The aim of the present study is, on the one hand, to analyze the personality traits of medical students and physicians in order to uncover possible differences in personality between specialty groups and generations. On the other hand, it is to be ascertained which measures can be initiated on the part of politics or the associations of statutory health insurance physicians in order to increase the willingness of medical students to settle down as a practicing physician.

Methods

In order to be able to answer the central question of this thesis, a total of 1,056 medical students, 589 practicing physicians, and 170 hospital physicians were interviewed in an empirical study. The first part of the empirical study targeted personality traits using the Five-Factor Model of the subjects. In the second part, which was given only to the medical students, the aim was to find out which measures exert an influence on the willingness to settle down.

Results

The results of the conducted study prove the validity of the Five-Factor Model for the group of medical students and physicians. In addition, the differences due to specialty groups and generations could be confirmed. Likewise, the measures queried in this study have a positive effect on the willingness of medical students to settle. From these results, specific employer branding strategies could be derived for both personality and measures.

Discussion

The results obtained represent a fundamental starting point for increasing the attractiveness of the profession of a general practitioner and raising the profile of the Association of Statutory Health Insurance Physicians Saarland. In addition, exemplary measures could be identified that meet the needs of generation Y and Z and expand the existing offers of the Association of Statutory Health Insurance Physicians Saarland. In future studies, it will be necessary to validate the findings nationwide and to include the new requirements of generation Z and Alpha in the analyses.

2. Einleitung

2.1 Problemstellung

Eine der größten derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems in Deutschland besteht in der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Ursachen hierfür liegen sowohl im demografischen Wandel als auch in Veränderungsprozessen innerhalb der deutschen Gesellschaft begründet, die nachweislich in einen Ärzte- und Pflegekräfte-Mangel münden. Ist das Durchschnittsalter vor der Pandemie tendenziell angestiegen, kann durch die Corona-Pandemie ein Sinken der Lebenserwartung festgestellt werden. Die Lebenserwartung von Jungen bei in Geburt 2021 ist auf 78,5 Jahre gesunken und die Lebenserwartung von Mädchen bei Geburt in 2021 auf 83,4 Jahre. Bei Jungen um 0,6 Jahre im Vergleich zum Jahre 2019 und bei Mädchen um 0,4 Jahre im Vergleich zum Jahre 2019. Hauptgrund für diese Entwicklung sind die außergewöhnlich hohen Sterbezahlen während der Corona¹ Wellen.²

Zudem ist eine Veränderung im Gesundheitsbild der deutschen Bevölkerung festzustellen und zwar in der Art, dass der Anteil an mehrfach chronisch erkrankten Menschen zunimmt, was durch den zunehmenden Anteil an älteren Menschen bedingt ist. Um diesen zusätzlichen Bedarf an medizinischer Versorgung auffangen zu können, müsste die Zahl an Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzte ebenfalls kontinuierlich steigen.³ Jedoch gestaltet sich die Lage in vielen Regionen Deutschlands derart, dass sich die Probleme mit fehlenden Hausärzten verschärft.⁴ Die Robert Bosch Stiftung teilte mit, dass im Jahre 2035 rund 11.000 Praxen bundesweit unbesetzt sein könnten, nach 3.570 unbesetzten Arztsitzen im Jahre 2019/2020.⁵ Die Zahl an Hausärztinnen und Hausärzte könnte in einigen Landkreisen in Deutschland bis zum Jahre 2035 um rund 50 % zurückgehen.⁶ Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung analysierte das Berliner IGES Institut mit dem Ergebnis, dass im Zeitraum von 2019 bis zum Jahre 2035 von derzeit rund 52.000 Hausärztinnen und Hausärzten altersbedingt fast 30.000 Hausärztinnen und Hausärzte ausscheiden.⁷ Dies könnte dazu führen, dass nur rund 25.000 Praxen nachbesetzt werden und die Zahl der zu besetzenden Hausarztsitze angesichts der alternden Bevölkerung auf 58.000 ansteigen könnte. Das Resultat wären knapp 10.900 unbesetzte Sitze und die Versorgungsdichte würde demnach von zuletzt 63 auf 57 Hausärztinnen und Hausärzte pro 100.000 Einwohner abnehmen.⁸ Die Gründe hierfür liegen vor allem darin begründet, dass sich wenige Nachwuchsmediziner für eine Niederlassung

¹ Unter dem Begriff Corona ist die Infektionskrankheit COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) gemeint. Vgl. Robert Koch Institut (2022).

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2022).

³ Vgl. Sachverständigenrat (2014), S. 2.

⁴ Vgl. Ärzteblatt (2021).

⁵ Vgl. Ärzteblatt (2021).

⁶ Vgl. Ärzteblatt (2021).

⁷ Vgl. Ärzteblatt (2021).

⁸ Ärzteblatt (2021).

als Hausärztin und Hausarzt entscheiden.⁹ Junge Ärztinnen und Ärzte bevorzugen Angestelltenverhältnisse und Teilzeitmodelle und möchten nicht mehr eine Einzelpraxis führen. So könnten lokale Gesundheitszentren mit multiprofessionellen Teams zukunftsweisend sein.¹⁰

Ein weiterer Grund für den zuvor thematisierten drohenden Ärztemangel stellt die wachsende Feminisierung der ärztlichen Profession in dar. So stieg der Anteil der Ärztinnen in allen Arztgruppen vom Jahre 2017 zum Jahre 2021 an¹¹

Zudem ist ersichtlich, dass Medizinstudierende zunehmend andere Anforderungen an den Beruf des niedergelassenen Haus- und Facharztes stellen, sodass nach innovativen Formen abseits der Einzelpraxis und Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufes gesucht werden muss. So müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) noch stärker auf die Bedürfnisse der so genannten (sog.) Generation Y und Z eingehen, wenn sie das Problem des zukünftigen Ärztemangels im niedergelassenen Bereich minimieren möchten. Studien zeigen, dass diese Generationen nicht mehr ihre Arbeit als Leben verstehen, sondern die Arbeit muss zu ihrem Leben passen.

2.2 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen innovativen Ansatz zu finden, der zur Lösung des Problems der derzeit schon sichtbaren und zukünftig noch stärker werdenden Folgen des Ärztemangels beiträgt. Die Notwendigkeit eines innovativen Ansatzes liegt darin begründet, dass bisherige Initiativen wie bspw. das Versorgungsstrukturgesetz zeigten, dass die Niederlassungsbereitschaft dadurch nicht gesteigert werden konnte. So ist die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich gesunken.¹²

Studien beschäftigen sich daher damit herauszufinden, welche Gründe für Medizinstudierende gegen eine Niederlassung sprechen. Es existieren Studien, die den Einfluss von instrumentellen Faktoren auf die Bereitschaft von Medizinstudierenden, sich für eine Niederlassung zu entscheiden, untersucht haben. Die Studie von Günther, Kürstein, Riedel-Heller et. al konnte nachweisen, dass das Einkommen den wichtigsten Faktor bei der Entscheidung für oder gegen eine Berufsausübungsoption (BAO) spielt. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass das zusätzliche Einkommen einen Anreiz gibt, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen.¹³

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte empirische Studie zielt zum einen darauf ab, die Persönlichkeitseigenschaften von Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten zu analysieren, um herauszufinden, ob Unterschiede in der Persönlichkeit zu erkennen sind. Zum anderen werden den Medizinstudierenden beispielhafte Maßnahmen im Fragebogen präsentiert, die diese hinsichtlich der

⁹ Vgl. Ärzteblatt (2021).

¹⁰ Vgl. Ärzteblatt (2021).

¹¹ Vgl. Statista (2022), vgl. Arzt & Wirtschaft (2021).

¹² Vgl. Ärzteblatt (2021).

¹³ Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S. G., König, H. H. (2010), S. 224.

Tatsache sinnvoll oder nicht sowie dahingehend bewerten sollten, ob diese einen Beitrag dazu leisten, dass eine Niederlassung in Betracht gezogen wird. Weiterhin gilt es ebenfalls zu erheben, ob Unterschiede in der Persönlichkeit auf die unterschiedlichen Generationen zurückzuführen sind.

Die generelle Fragestellung ist, ob die KVen oder die Bundespolitik die Möglichkeit besitzen, die Niederlassungsbereitschaft durch gezielte Maßnahmen zu fördern. Wenn diese Tatsache gegeben ist, dann können spezifische, auf die Persönlichkeit der Medizinstudierende abgestimmte Maßnahmen entwickelt werden, die diese zu einer Niederlassung bewegen. Diese Maßnahmen könnten dann mit Hilfe einer Employer Branding Strategie den Medizinstudierenden präsentiert werden, sodass der Beruf des niedergelassenen Haus- und Facharztes zum Employ-of-Choice wird. Die Möglichkeit der Übertragung des Employer Branding Ansatzes auf die ambulante medizinische Versorgung gilt es ebenso nachzuweisen wie der zuvor beschriebene Unterschied in den Persönlichkeitsstrukturen und die Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft durch mögliche von der KV bereits angebotene oder im Rahmen der Studie konstruierte Maßnahmen.

2.3 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird im zweiten Kapitel das deutsche Gesundheitswesen mit den Grundstrukturen, den aktuellen Problemen, der Definition der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Abgrenzung zwischen ambulanter hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung beschrieben. Den Abschluss bildet eine Diskussion bestehender Lösungsansätze des Niederlassungsproblems. Es sei darauf hingewiesen, dass lediglich eine detaillierte Erläuterung der ambulanten ärztlichen Versorgung und nicht der stationären Versorgung erfolgt, da der Fokus der Arbeit auf einem Ansatz zur Konzeption einer möglichen Strategie zur Lösung des Niederlassungsproblems in diesem Bereich liegt.

In Kapitel 3, dem konzeptionellen Bezugsrahmen, wird zunächst das Konzept des Employer Brandings als Ansatzpunkt zur Lösung des Niederlassungsproblems vorgestellt, gefolgt von der Präsentation der Besonderheiten aber auch der Möglichkeiten, die bei der Anwendung dieses Konzepts in der ambulanten ärztlichen Versorgung beachtet werden müssen. Zudem werden Charakteristiken aufgezeigt, die bei der Anwendung von Employer Branding Strategien in den verschiedenen Generationen zu berücksichtigen sind. Weiterhin werden die Persönlichkeit sowie die Einstellung anhand der verwendeten Modelle vorgestellt als auch der Begriff der Niederlassungsbereitschaft erläutert. Den Abschluss des Kapitels bildet die Ableitung der Hypothesen, die in der Analyse überprüft werden sollen. Kapitel 4 erörtert das Untersuchungsdesign sowie die Darstellung der in der Arbeit durchgeführten Analysen. In Kapitel 5 findet die Präsentation der Ergebnisse statt und zwar sowohl für die Persönlichkeit als auch für die Einstellung der Medizinstudierenden zu den jeweiligen Maßnahmen. Kapitel 6 diskutiert die erhobenen Ergebnisse und leitet daraus mögliche Maßnahmen für die KVen ab. In Kapitel 7, dem Schlusskapitel, erfolgt eine zusammenfassende Betrachtung der Arbeit.

2.4 Relevanz der Thematik

Das im Rahmen dieser Arbeit bearbeitete Thema besitzt sowohl eine praktische als auch theoretische Relevanz. Die praktische Relevanz liegt darin begründet, einen möglichen innovativen Ansatzpunkt zu finden, der zur Lösung des aktuell schon sichtbaren, aber in Zukunft noch stärker werdenden Ärztemangels besonders im niedergelassenen Bereich beiträgt. Wie die Zahlen des statistischen Bundesamtes belegen, ist die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte rückläufig.¹⁴ Grund hierfür bilden die Anforderungen, die die Generation Y, die sich seit kurzer Zeit auf dem Arbeitsmarkt befindet, an ihren Beruf stellt. Themen wie Work-Life-Balance, Kinderversorgung oder Identifikation mit der Arbeit spielen eine immer bedeutendere Rolle.¹⁵ Daher ist das Anliegen dieser Arbeit, einen innovativen Ansatzpunkt für die Lösung des Problems zu finden, der zum einen auf der Analyse der Persönlichkeitsstruktur der Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte beruht sowie zum anderen auf der Entwicklung einer Employ-of-Choice Strategie, welche den Beruf des niedergelassenen Haus- und Facharztes attraktiver gestaltet und in Kapitel 3 genauer vorgestellt wird. In der Zusammenführung bedeutet dies, dass individuell auf die Persönlichkeit der Medizinstudierenden zugeschnittene Maßnahmen konzipiert werden können, die diese zu einer Niederlassung motivieren und bewegen. Diese Maßnahmen können im Rahmen der Employ-of-Choice-Strategie kommuniziert werden.

Die theoretische Relevanz liegt in der Übertragung des Five-Factor Modells (FFM) auf die Gruppe der Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte begründet, für welche die Anwendbarkeit bisher noch nicht nachgewiesen werden konnte. Zudem soll der Ansatz des Person-Organization-Fits auf die vorliegende Fragestellung teilweise übertragen werden.¹⁶ Dies bedeutet, haben Medizinstudierende je nachdem für welche BAO sie sich entscheiden eine andere Persönlichkeitsstruktur respektive kann dies ebenfalls auf berufstätige Ärztinnen und Ärzte übertragen werden. Die Verbindung zum Person-Organization-Fit ist darin zu sehen, dass die Medizinstudierende sich somit die BAO auswählen, die ihrer Persönlichkeit am ähnlichsten ist. Sind die Wünsche und Anforderungen, die Medizinstudierende zum Beispiel (z. B.) an eine Niederlassung stellen, bekannt, so können spezifische Maßnahmen abgeleitet werden, die das Berufsbild der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes modifizieren, sodass dies kompatibel zur Persönlichkeitsstruktur ist.

Sowohl die praktische wie auch die theoretische Relevanz bedürfen eine empirische Überprüfung der vorliegenden Themenstellung.

¹⁴ Vgl. Ärzteblatt (2021).

¹⁵ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

¹⁶ Vgl. Cable, D. M., Judge, T. A. (1996).

3. Das deutsche Gesundheitswesen

3.1 System und Strukturmerkmale der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung beinhaltet die hausärztliche, fachärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung und ist von der stationären Versorgung abzugrenzen. Die zahnärztliche Versorgung obliegt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung¹⁷ und wird daher in dieser Arbeit nicht näher behandelt ebenso wie die stationäre Versorgung.

Das System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist Abbildung 1 zu entnehmen.

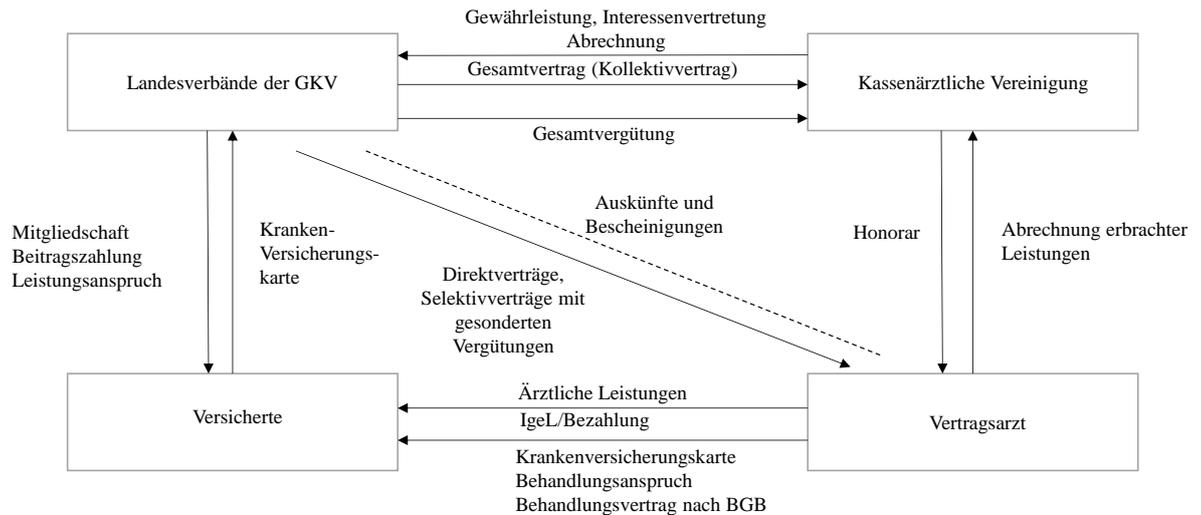


Abbildung 1: System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung¹⁸

Die Teilnehmer der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind wie Abbildung 1 zu entnehmen die **Versicherten**, die **Vertragsärzte**, **Landesverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** sowie die **KV**. Die **Versicherungspflicht**, welcher sowohl die Beschäftigten als auch die Arbeitgeber unterliegen, beginnt mit dem ersten Arbeitstag - somit noch vor der ersten Beitragszahlung. Durch diese **Mitgliedschaft** erhält das gesetzlich versicherte Mitglied sowie mitversicherte Familienangehörige einen Anspruch auf die Gewährung von Leistungen durch die jeweilige GKV. Das Mitglied als auch die mitversicherten Familienangehörigen erhalten eine **Krankenversichertenkarte** der jeweiligen Krankenkasse.¹⁹

Die **Krankenkasse** geht die Verpflichtung ein, ihren Versicherten alle medizinisch notwendigen Leistungen zu gewähren. Daher schließen die Gesamtverbände der GKV mit den KVen einen **Gesamtvvertrag** für den Bereich, in dem die/der Versicherte wohnt, ab. Dieser **Gesamtvvertrag** beinhaltet einerseits die Verpflichtung der KV zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung aller Versicherten der jeweiligen Krankenkasse und andererseits verpflichtet sich die jeweilige Krankenkasse zur Vergütung der ärztlichen Leistungen. Diese Vergütung zahlen die jeweiligen

¹⁷ Vgl. Kassenzahnärztliche Vereinigung (2022).

¹⁸ Simon, M. (2021), S. 198.

¹⁹ Vgl. Simon M. (2021), S. 196.

Krankenkassen als **Gesamtvergütung** an die jeweilige KV der jeweiligen Bundesländer, mit der pauschal alle für die Versicherten erbrachten ärztlichen Leistungen abgegolten werden.²⁰

Die Beziehung zwischen Versichertem und Vertragsärztin/Vertragsarzt gestaltet sich so, dass bei dem Besuch des Versicherten dieser zunächst seine Versichertenkarte in einer Arztpraxis vorlegt. Diese Karte erfüllt zwei Zwecke, einmal ist sie für die Abrechnung relevant und zweitens macht der Versicherte durch die Karte einen **Behandlungsanspruch** gegenüber der/dem Vertragsärztin/Vertragsarzt geltend. Dabei unterliegt die/der Vertragsärztin/Vertragsarzt einer **Behandlungspflicht**, dies bedeutet, dass er alle zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden medizinisch notwendigen Leistungen für den Versicherten erbringt und veranlasst.

Nach Ablauf eines Quartals leitet die/der Vertragsärztin/Vertragsarzt die Daten über die erbrachten Leistungen für alle Patientinnen und Patienten der GKV zur **Abrechnung** an die zuständigen KV des jeweiligen Bundeslandes weiter. Die jeweilige KV prüft in einem ersten Schritt die Abrechnungsunterlagen und überweist der/dem Vertragsärztin/Vertragsarzt zunächst eine Abschlagszahlung. Nach Abrechnung aller im Bezirk der jeweiligen KV erbrachten Leistungen erfolgt die endgültige Abrechnung und **Überweisung des Honorars**.²¹ Für **Privatpatientinnen** und **Privatpatienten** erstellt die/der Ärztin/Arzt nach Ablauf eines Quartals eine Rechnung über alle in dem abgelaufenen Quartal erbrachten Leistungen. Die Rechnungen werden den Privatpatientinnen und Privatpatienten zugestellt. Diese enthalten eine Frist, bis wann die Rechnung zu bezahlen ist. Die/Der Privatpatientin/Privatpatient kann dann diese Rechnung bei seiner privaten Krankenversicherung zur Kostenerstattung einreichen.²² Privatpatientinnen und Privatpatienten werden im weiteren Verlauf der Arbeit nicht weiter betrachtet.

Die Beziehung zwischen Versicherten, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten setzt sich oberhalb der individuellen Ebene in der **Selbstverwaltung** und der **gemeinsamen Selbstverwaltung** fort. Im Rahmen der **Selbstverwaltung der Krankenkassen** können die Mitglieder der GKV in Sozialwahlen ihre Vertreter in den Verwaltungsrat der jeweiligen Krankenkasse wählen. Der Verwaltungsrat wählt danach den Vorstand der Krankenkassen, der wiederum die Verhandlungen mit den jeweiligen KV führt. Bei der **vertragsärztlichen Selbstverwaltung** wählen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in ihrer Funktion als Mitglied der jeweiligen KV eine Vertreterversammlung. Die Vertreterversammlung wählt den Vorstand der jeweiligen KV des jeweiligen Bundeslandes und legt die Maßstäbe zur Verteilung der Gesamtvergütung fest.²³

Die Landesverbände der Krankenkassen und die KV besetzen gemeinsam und paritätisch Ausschüsse der **gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene**, die zentrale Entscheidungen treffen wie z.B. die Feststellung von Unter- und Überversorgung und die Zulassung von neuen Vertragsärztinnen und

²⁰ Vgl. Simon, M. (2021), S. 196.

²¹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 197.

²² Vgl. Simon, M. (2021), S. 197.

²³ Vgl. Simon, M. (2021), S. 197.

Vertragsärzten. Die gemeinsame Selbstverwaltung setzt sich auf Bundesebene in Gremien fort, die von Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam besetzt werden. Wichtigstes Gremium auf Bundesebene ist der **Gemeinsame Bundesausschuss**, welcher unterhalb der gesetzlichen Regelungen darüber entscheidet, welche Leistungen Bestandteil des GKV-Leistungskataloges und somit Bestandteil von Versorgungsaufträgen der Leistungserbringer sind.²⁴

Die Entscheidungen der Selbstverwaltung von Krankenkassen und KVen wie auch der gemeinsamen Selbstverwaltung unterliegen der **staatlichen Aufsicht**.²⁵

3.2 Der deutsche Gesundheitsmarkt in Zahlen

Abbildung 2 verdeutlicht die Entwicklung der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich, die sich derzeit auf einem Höchststand befindet. Diese Sichtweise berücksichtigt jedoch nur die Anzahl von Arztköpfen und nicht den Versorgungsauftrag (Vollzeit oder Teilzeit). Der Trend hin zur Teilzeitbeschäftigung ist unter Ärztinnen und Ärzten weiterhin ungebrochen. Zudem wächst auch der Anteil der Frauen in jeder Arztgruppe an.²⁶

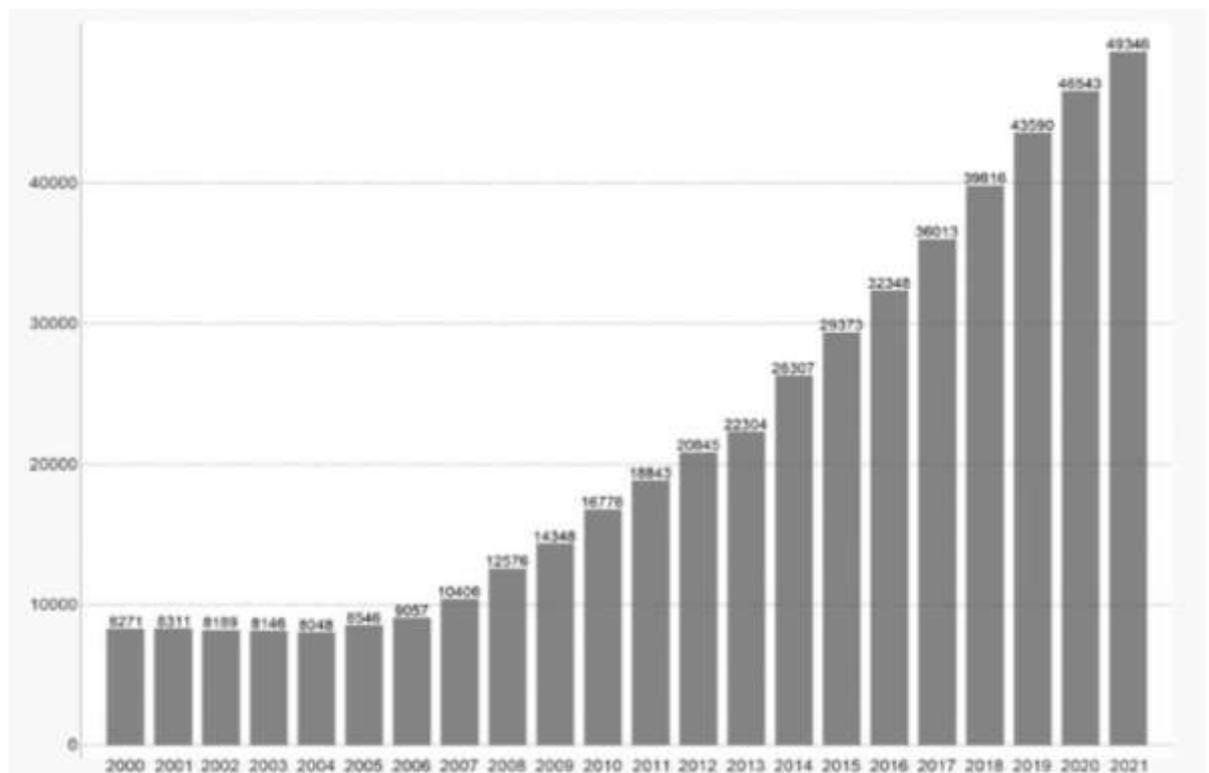


Abbildung 2: Entwicklung der im angestellten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte²⁷

²⁴ Vgl. Simon, M. (2021), S. 197.

²⁵ Vgl. Simon, M. (2021), S. 197.

²⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

²⁷ Bundesärztekammer (2021).

Nicht nur das Gesundheitspersonal hat in den letzten Jahren einen Zuwachs erfahren, sondern auch die Anzahl der Einrichtungen wie bspw. Arztpraxen oder auch Krankenhäuser, was Tabelle 1 veranschaulicht.

Art der Einrichtung	2010	2018	2019
Arztpraxen	651	702	708
Zahnarztpraxen	325	357	359
Apotheken	217	227	229
Einzelhandel	103	125	128
Ambulante Pflege	275	398	407
Krankenhäuser	1.038	1.167	1.194

Tabelle 1: Gesundheitspersonal differenziert nach Einrichtungen (in 1.000)²⁸

3.3 Die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung

Die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung ist in Tabelle 2 dargestellt.

Versorgungsebene	Hausärztliche Versorgung	Ambulante fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Räumliche Ebene	Mittelbereiche	Landkreise	Raumordnungsregionen	KV Bezirk
	Eine Verhältniszahl	Fünf Verhältniszahlen	Eine Verhältniszahl	Eine Verhältniszahl
Arztgruppen	Hausärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Augenärzte • Chirurgen • Frauenärzte • HNO-Ärzte • Hautärzte • Nervenärzte • Psychotherapeuten • Orthopäden • Urologen • Kinderärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachinternisten • Anästhesisten • Radiologen • Kinder- und Jugendpsychiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Physikalische und Rehabilitationsmediziner • Nuklearmediziner • Strahlentherapeuten • Neurochirurgen • Humangenetiker • Laborärzte • Pathologen • Transfusionsmediziner

Tabelle 2: Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung²⁹

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, nimmt die Bedarfsplanung eine Einteilung in Facharztgruppen, in definierte Versorgungsebenen sowie die Anpassung der Verhältniszahlen für die definierten

²⁸ Vgl. Preusker, U. K. (2015); S. 321; Statistisches Bundesamt (2022).

²⁹ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2019), S. 13; Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Arztgruppen vor. Die Verhältniszahl gibt die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem definierten räumlichen Bereich an, die jeweils für eine bestimmte Bevölkerungsanzahl zur Verfügung stehen sollen (somit Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten pro Einwohner).³⁰

Die Verhältniszahlen werden mithilfe eines Demografiefaktors (Altersfaktor) und eines Leistungsfaktors modifiziert, sodass der besondere Leistungsbedarf der über 65-jährigen Bevölkerung ausgewiesen wird.³¹ Dieser Demografiefaktor kommt bei der Arztgruppe der Kinderärztinnen/Kinderärzte und der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung nicht zur Anwendung.³²

Der Vorteil der neuen Bedarfsplanung liegt in der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in Bezug auf Demografie, Morbidität und infrastrukturellen und geographischen Gegebenheiten.³³

Sinkt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 % im hausärztlichen Bereich und unter 50 % im fachärztlichen Bereich ist eine **Unterversorgung** festzustellen.³⁴ In diesem Fall sollen die KVen Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einleiten, in dem sie bestimmte Fördermaßnahmen zur Verfügung stellen. Eine **drohende Unterversorgung** wird vom Landesausschuss ausgesprochen, falls aktuell noch keine Unterversorgung besteht, diese aufgrund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte jedoch zu erwarten ist. Somit besteht ebenfalls die Möglichkeit Fördermaßnahmen anzubieten. Wird das Soll-Versorgungsniveau um mindestens 10 % überschritten, ist dieser für weitere Niederlassungen gesperrt und somit ein **gesperrter Planungsbereich**. Unter besonderen Voraussetzungen sind zusätzliche Zulassungen möglich, beispielsweise als Sonderbedarf oder als Jobsharing. So kann in einem gesperrten Planungsbereich ebenfalls die Nachbesetzung einer Praxis nicht stattgegeben werden, wenn diese für die Versorgung nicht erforderlich ist. In diesem Fall ist die/der Kassenärztin/Kassenarzt von der KV zu entschädigen.³⁵

Liegt der **Versorgungsgrad bei 140 % oder höher**, so soll der Zulassungsausschuss dann einer Nachbesetzung nicht zustimmen, falls die Praxis aus Versorgungsgründen nicht notwendig ist und Privilegierungstatbestände (§ 103 Absatz 3a SGB V) nicht zutreffen. Die KV muss dann die/den Kassenärztin/Kassenarzt entschädigen. Ein Instrument um Fördermaßnahmen für unterversorgte Gebiete in Teilregionen eines ansonsten eventuell gesperrten Planungsbereiches zu beschließen, ist der **zusätzliche lokale Versorgungsbedarf**.³⁶

³⁰ Vgl. KV Saarland (2022).

³¹ Vgl. KV Saarland (2022).

³² Vgl. KV Saarland (2022).

³³ Vgl. KV Saarland (2022).

³⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022); SGB V § 100.

³⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

³⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

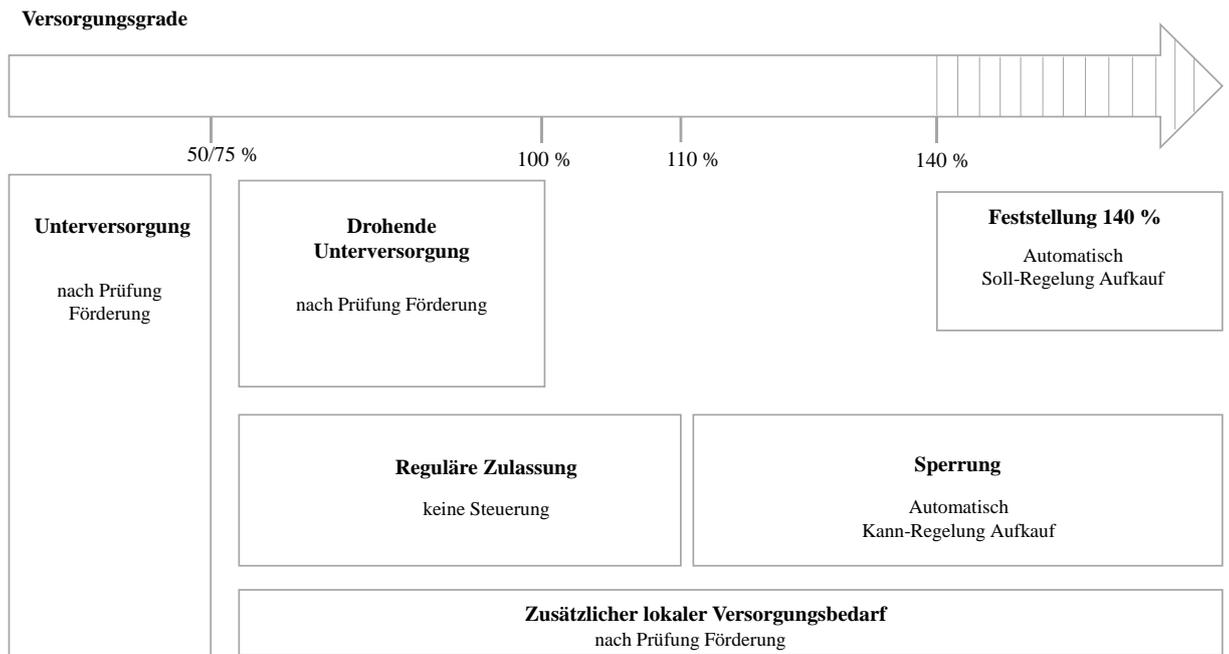


Abbildung 3: Versorgungsgrade³⁷

Ferner sind die in den Praxen tätigen Medizinischen Fachangestellten ebenfalls der ambulanten Versorgung zuzuordnen.³⁸ Die Durchführung der ambulanten Versorgung wird überwiegend von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorgenommen.³⁹ Die ärztliche Behandlung umfasst laut SGB V, (...) die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.⁴⁰ Zentrale Strukturmerkmale der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland sind:

- die Gliederung in eine hausärztliche und in eine fachärztliche Versorgung;
- eine freie Arztwahl auf Seiten der Patienten;
- eine Bedarfsplanung und Zulassungsbegrenzungen;
- die Niederlassungsfreiheit der Ärzte;
- eine Übertragung der zentralen Aufgaben durch die KV;
- eine gemeinsame Selbstverwaltung durch KV und Krankenkassen sowie
- Gruppenverhandlungen zwischen KV und Krankenkassen.⁴¹

In dem Jahr 2000 hat der Gesetzgeber die zuvor beschriebene Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung durch getrennte Honorar- und Leistungsbereiche weiter vertieft.⁴² Das Strukturmerkmal der **freien Arztwahl** besagt, dass sich Patientinnen und Patienten von einer/einem

³⁷ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

³⁸ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 118.

³⁹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 163.

⁴⁰ § 28 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁴¹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 163.

⁴² Vgl. Nagel, E. (2013), S. 135.

Ärztin/Arzt ihrer Wahl behandeln lassen können. Eine Einschränkung besteht lediglich bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), diese können sich nur von zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder von zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärztinnen und Ärzten behandeln lassen. Versicherte der GKV dürfen Privatärztinnen und Privatärzte nur in Notfällen aufsuchen und sich einer Behandlung unterziehen. Ein weiteres Strukturmerkmal im deutschen Gesundheitssystem ist die **Bedarfsplanung**⁴³. Die Bedarfsplanung erfolgt, um einer Unterversorgung oder einer Überversorgung in Planungsbezirken entgegenzuwirken (§§ 99 – 105 SGB V⁴⁴).

Als **Niederlassungsfreiheit** wird das Recht von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bezeichnet, den Ort der Niederlassung frei zu wählen.⁴⁵ Die Zulassung erfolgt allerdings nur, wenn die/der Ärztin/Arzt die Voraussetzungen, die in der Zulassungsverordnung und im Gesetz stehen, erfüllt und wenn keine Überversorgung in dem entsprechenden Zulassungsbezirk vorliegt.⁴⁶ Die gemeinsamen Zulassungszuschüsse der Krankenkassen und KVen haben sowohl die allgemeinen Vorschriften des Zulassungsrechtes als auch die Regelungen zur Überversorgung zu beachten.⁴⁷ Im Rahmen der **Gemeinsamen Selbstverwaltung** wird die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung in Gremien auf Landes- oder Bundesebene getroffen. Dabei sind die Gremien paritätisch durch die KVen und die Krankenkassen besetzt.⁴⁸ In **Gruppenverhandlungen (Kollektivverträge)** – als letztes Strukturmerkmal der ambulanten ärztlichen Versorgung – werden Vereinbarungen über die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung zwischen den jeweiligen KV und den Landesverbänden der Krankenkassen getroffen. Diese vereinbarten Verträge sind somit für alle Vertragsärzte bindend, da diese alle Mitglieder der jeweiligen KV sein müssen. Neben den beschriebenen Gruppenverhandlungen gewinnen Verhandlungen kollektiver Art zwischen den Vertretern einzelner Arztgruppen und einzelnen Krankenkassen in Form sogenannter Direktverträge oder Selektivverträge zunehmend an Bedeutung.⁴⁹

3.4 Möglichkeiten der Berufsausübung in der ambulanten medizinischen Versorgung

Eine/Ein Ärztin/Arzt, die/der sich gerne niederlassen möchte, hat neben der Möglichkeit einer Einzelpraxis, in der sie/er als einzelne/einzeln Ärztin/Arzt Patientinnen und Patienten persönlich behandelt, verschiedene Kooperationsformen zur Auswahl.⁵⁰ Weitere Organisationsformen sind sowohl

⁴³ Vgl. Simon, M. (2021), S. 164

⁴⁴ Vgl. SGB V § 99 bis 105.

⁴⁵ Die Voraussetzung zur Teilnahme bildet dabei die zuvor beschriebene Zulassung als Vertragsarzt. Vgl. Simon, M. (2021), S. 163.

⁴⁶ Vgl. Simon, M. (2021), S. 164.

⁴⁷ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 274.

⁴⁸ Vgl. Simon, M. (2021), S. 165.

⁴⁹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 164 f..

⁵⁰ Vgl. Simon, M. (2021), S. 172.

Gemeinschaftspraxen⁵¹, **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)** als auch **Praxisgemeinschaften**.⁵² Ärztinnen und Ärzte können ihren Beruf ebenfalls im Angestelltenverhältnis ausüben, dabei haben Sie in der Regel keine eigene Zulassung und werden von der/dem jeweiligen Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Privatärztin/Privatarzt vergütet oder an den Honorareinnahmen beteiligt.⁵³ Durch das Vertragsarztänderungsgesetz⁵⁴ 2007 wurde die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Vertragsarztpraxen erleichtert und somit dem gestiegenen Interesse an Anstellungen Rechnung getragen.⁵⁵ Das Strukturmerkmal der freien Arztwahl schafft die Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten Ärztinnen und Ärzte jeglicher BAO in Anspruch nehmen können.⁵⁶

Die Gemeinschaftspraxis ist der Zusammenschluss zweier oder mehrerer Ärztinnen und Ärzte in einer Praxis, die gemeinsam ihren Beruf ausüben, einen gemeinsame Patientenkartei besitzen und gemeinsam ihre Abrechnung machen.⁵⁷

Die **Praxisgemeinschaft** unterscheidet sich von der Gemeinschaftspraxis dahingehend, dass die zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte die Praxisräume und Praxiseinrichtungen gemeinsam nutzen, jedoch eigene Patientenkarteien besitzen und getrennte Abrechnungen machen.⁵⁸

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) besitzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung eine Sonderstellung. Diese Versorgungsform wird im § 95 SGB V als fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung beschrieben, in denen mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Die Zahl der MVZs stieg im Laufe der Jahre deutlich an, so gab es im Jahr 2020 über 3800.⁵⁹ Der starke Zuwachs ist seit dem Jahre 2016 durch eine veränderte Gesetzeslage zu erklären (Einführung fachgleicher MVZs). Wie untenstehende Abbildung 4 verdeutlicht, liegt die Zahl der MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern im Jahre 2020 deutlich über den MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten.⁶⁰

⁵¹ Die Anzahl der Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen tätig sind, hat deutlich zugenommen. Vgl. Statista (2022).

⁵² Vgl. Simon, M. (2021), S. 172

⁵³ Vgl. Simon, M. (2021), S. 166.

⁵⁴ Vgl. Bundesgesetzblatt (2006), S. 3439-3449.

⁵⁵ Vgl. Simon, M. (2021), S. 166.

⁵⁶ Vgl. Simon (2021), S. 164.

⁵⁷ Vgl. Simon, M. (2021), S. 172.

⁵⁸ Vgl. Simon, M. (2021), S. 172.

⁵⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Gesundheitsdaten.

⁶⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

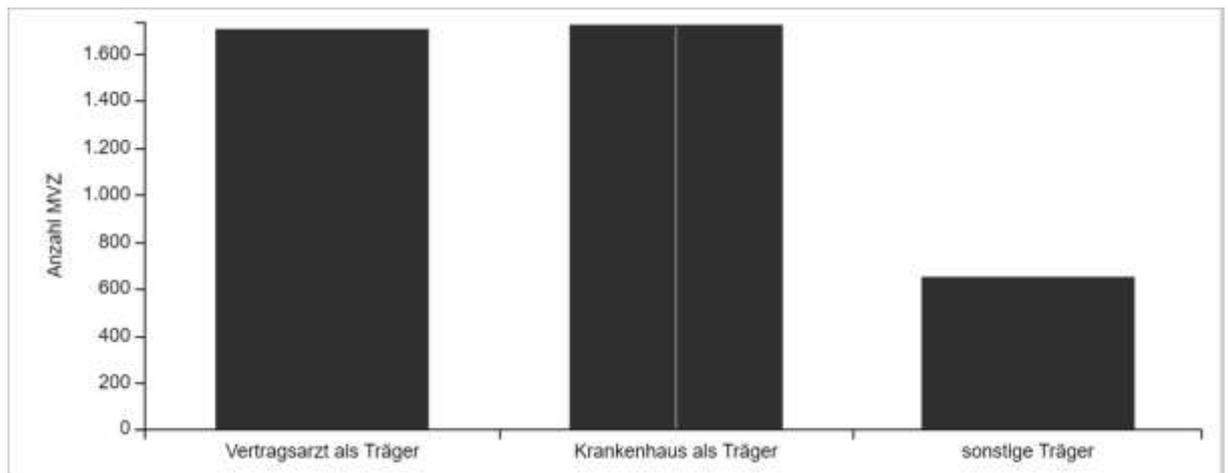


Abbildung 4: Anzahl MVZ nach Trägerschaft⁶¹

3.5 Voraussetzung der Tätigkeit als Vertragsarzt

Eine/Ein Ärztin/Arzt erhält eine Kassenzulassung nur dann, wenn sie/er sich ins Arztregister eingetragen hat, eine Approbation als Ärztin/Arzt besitzt, einen erfolgreichen Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung hat, sein Alter unter 55 Jahren ist⁶² sowie sie/er eine persönliche Eignung als Vertragsärztin/Vertragsarzt vorweist. Die persönliche Eignung setzt voraus, dass die Versorgung der Versicherten in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Dabei besteht für die/den Vertragsärztin/Vertragsarzt die Verpflichtung zur Behandlung von Kassenpatientinnen und Kassenpatienten, sie/er kann Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, Heil- und Hilfsmittel verordnen, Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus einweisen und die Weiterbehandlung durch eine/einen spezialisierte/spezialisierten Ärztin/Arzt anordnen.⁶³

Durch Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung darf eine/ein Ärztin/Arzt Leistungen erbringen, die zu Lasten der GKV gehen.⁶⁴ Zu diesen Leistungen gehören laut § 73 Absatz 2 SGB V unter anderem Folgende⁶⁵:

- „die ärztliche Behandlung;
- zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Absatz 2 SGB V;
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten;
- ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft;
- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation;

⁶¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

⁶² In unterversorgten Gebieten gilt dabei eine ältere Altersgrenze. Vgl. hierzu Nagel, E. (2013), S. 129.

⁶³ Vgl. Nagel, E. (2013), S. 129 f.

⁶⁴ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 274.

⁶⁵ Vgl. SGB V § 73 Absatz 2.

- Anordnung zur Hilfeleistung anderer Personen etc.⁶⁶

3.6 Die Finanzierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Bei der Finanzierung der ärztlichen Versorgung müssen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet auf langfristige Sicht die Einnahmen der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Ausgaben übersteigen. Kurz- und mittelfristig, insbesondere bei der Praxiseröffnung, kommt es auf Grund des Erstinvestitionsbedarf zu erheblichen Ausgaben in die Räumlichkeiten und die (Erst-)Ausstattung.⁶⁷ Hinzu kommen laufende Kosten für das Personal, Wartungskosten sowie Reinvestitionen, welche grundsätzlich die/der niedergelassene Vertragsärztin/Vertragsarzt zu tragen hat. Die Vergütung der ambulanten ärztlichen Behandlungen wird in drei Teilsystemen dargestellt, die sich nach Finanzierungsträgern unterscheiden.⁶⁸

- **Krankenkassen** vergüten die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten zum Großteil über die Gesamtvergütung, welche sie als Pauschale je Mitglied an die KV überweisen. Damit sind in der Regel alle vertragsärztlichen Leistungen abgegolten.⁶⁹
- **Übrige Sozialleistungsträger** wie z. B. die gesetzliche Unfallversicherung, Sozialhilfe, Bundeswehr etc. vergüten die ambulanten ärztlichen Leistungen mit Einzelvergütungen in der Regel auf Grundlage einer Gebührenverordnung, welche auch für die Krankenkassen gilt.⁷⁰
- **Privatpatientinnen/Privatpatienten** erhalten von der/dem Ärztin/Arzt eine Rechnung auf Grundlage der von der Bundesregierung erlassenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dabei reichen sie die Rechnung bei ihrer privaten Krankenversicherung zur Kostenerstattung ein. Die Erstattung des vertraglich vereinbarten Teils der Kosten auf Grundlage der GOÄ erfolgt durch die private Krankenversicherung.⁷¹

Im Folgenden wird vertieft auf das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung von Kassenpatientinnen und Kassenpatienten eingegangen. Dieses System wurde in den letzten Jahrzehnten in den wichtigsten Bereichen reformiert.⁷² Seit 1993 unterliegen die Gesamtvergütungen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung einer Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder je Mitglied, der sogenannten Deckelung. Zum ersten Januar 2009 wurde diese Anbindung dahingehend gelockert, dass die Entwicklung der Morbidität der Versicherten im Bezirk der jeweiligen KV bei der Vereinbarung der **Gesamtvergütung** zu

⁶⁶ SGB V § 73 Absatz 2.

⁶⁷ Eine Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung kann in von Unterversorgung bedrohten Gebieten in dergestalt geschehen, dass die Erstinvestitionen bis hin zur vollständigen Übernahme der Infrastruktur einer Praxis übernommen werden.

⁶⁸ Vgl. Simon, M. (2021), S. 183.

⁶⁹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 183.

⁷⁰ Vgl. Simon, M. (2021), S. 184.

⁷¹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 184.

⁷² Vgl. Simon, M. (2021), S. 184.

berücksichtigen ist. Diese werden als **morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen** bezeichnet (§ 87a Abs. 3 SGB V).⁷³

Die größte Änderung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte trat mit der Honorarreform 2009 in Kraft, mit der feste Punktwerte eingeführt wurden. Der Leitwert des neuen Honorarsystems ist der auf Bundesebene zwischen KBV und dem GKV-Spitzenverband jährlich **vereinbarte bundesweit einheitliche Orientierungspunktwert**. Der **bundeseinheitliche Orientierungspunktwert** sieht für einen erheblichen Teil der vertragsärztlichen Leistungen im Voraus festgelegte Punktwerte vor. Durch die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen auf der Ebene der KVen der einzelnen Bundesländer (§ 87 a SGB V) wird daraus die **regionale Gebührenordnung**.⁷⁴ Der Bundesweit einheitliche Orientierungswert ermöglicht eine bessere Kalkulationsgrundlage für die einzelnen Praxen und vollzog eine Angleichung des teilweise sehr unterschiedlichen Vergütungsniveaus zwischen den KV-Bezirken.⁷⁵

Die Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung bilden **Gesamtverträge**, welche die KVen der Bundesländer mit den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkassen vereinbaren (§ 83 SGB V). Der Inhalt und die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der jeweiligen Kassenart werden im Gesamtvertrag festgehalten.⁷⁶ Dabei ist die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung in zwei Bereiche aufgeteilt, in die Gesamtvergütung und in Vergütungen außerhalb der Gesamtvergütung. Die Gesamtvergütung bildet die zentrale und wichtigste Vergütung, welche laut § 85 Abs. 2 SGB V als das „Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“⁷⁷ definiert ist. Diese werden von den Krankenkassen nicht für die vertragsärztliche Einzelleistung bezahlt, sondern dafür, dass der Sicherstellungsauftrag durch die KV übernommen wird.⁷⁸ Die Krankenkasse hat ihre Vertragspflicht mit der Überweisung der Gesamtvergütung erfüllt. Die Vergütungsansprüche der einzelnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind an die KV zu richten, die die Gesamtvergütung erhalten hat.⁷⁹

Die Gesamtvergütung wird auf die einzelnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach festgelegten Regeln und Kriterien verteilt, die durch den bundesweit geltenden **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** als auch durch den für jede KV gesondert festzulegenden **Honorarverteilungsmaßstab (HVM)** vorgegeben sind.⁸⁰ Der EBM stellt eine Gebührenordnung für die vertragsärztliche Versorgung dar, welcher den Behandlungsbedarf in EBM-Punkten misst. Im EBM sind alle abrechnungsfähigen

⁷³ Vgl. Simon, M. (2021), S. 184.

⁷⁴ Vgl. Simon, M. (2021), S. 184.

⁷⁵ Vgl. Simon, M. (2021), S. 184.

⁷⁶ Vgl. Simon, M. (2021), S. 185.

⁷⁷ § 85 Abs. 2 SGB V

⁷⁸ Vgl. Simon, M. (2021), S. 186.

⁷⁹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 186.

⁸⁰ Vgl. Simon, M. (2021), S. 186.

Leistungen aufgelistet und mit einer Punktzahl und Abrechnungsziffer versehen. Die Punktzahlen sollen das relative Wertverhältnis der verschiedenen Leistungen zueinander ausdrücken.⁸¹

Dabei ergibt sich die von einer Krankenkasse insgesamt an die KV zu zahlende Gesamtvergütung aus der Multiplikation des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs eines Versicherten der Krankenkasse in EBM-Punkten mit der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der KV und dem jeweils geltenden Punktwert.⁸²

*Gesamtvergütung = Ø Behandlungsfall eines Versicherten der Krankenkasse in EBM-Punkten * Zahl der Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort im KV Bezirk * geltender Punktwert⁸³*

Der EBM sieht eine Trennung der vertragsärztlichen Leistungen in drei Bereiche vor: Arztübergreifende allgemeine Leistungen (können von jeder/jedem Ärztin/Arzt erbracht werden), arztgruppenspezifische Leistungen (nur von Ärztinnen und Ärzten der entsprechenden Arztgruppe berechnet werden) und arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (nur abrechnungsfähig, wenn eine/ein Ärztin/Arzt besondere Fachkunde und notwendige apparative Ausstattung nachweist).⁸⁴

Weiterhin gewinnen **Selektivverträge** oder auch **Direktivverträge** genannt an zunehmender Bedeutung im Vergütungsbereich außerhalb der Gesamtvergütung. Der Unterschied zwischen Gesamtvergütungen aus **Kollektivverträgen** und Selektivverträgen besteht darin, dass Kollektivverträge zwischen der KV und den Krankenkassen abgeschlossen werden. Selektivverträge sind Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen und den einzelnen Arztgruppen. Dabei sind die Vergütungen, der im Rahmen der Selektivverträge erbrachten Leistungen nicht Bestandteil der Gesamtvergütung und werden von der jeweiligen Krankenkasse direkt an die betreffenden Ärztinnen und Ärzte ausgezahlt. Zur Vermeidung von Doppelvergütungen wird die Gesamtvergütung um die entsprechenden Vergütungsanteile gekürzt.⁸⁵

Der bereits benannte HVM ist von der jeweiligen KV in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen festzulegen (§ 85 Abs. 4 SGB V). Im HVM wird festgelegt, wie viel Prozent der Gesamtvergütung für die hausärztliche und wie viel für die fachärztliche Versorgung vorgesehen ist. Zudem wird darin geregelt, für welche Leistungsbereiche welche Punktwerte bei der Honorarverteilung zugrunde gelegt werden, in welcher Art eine Abstufung von Punktwerten erfolgt, wenn einzelne Ärztinnen und Ärzte Leistungsmengen überschreiten und für welche Leistungsbereiche Sonderregelungen gelten. Anzumerken gilt es, dass die gesetzliche Pflicht zur Festlegung und Anwendung von **Regelleistungsvolumina** (RLV) durch das GKV mittels dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 gestrichen wurde und es seitdem der jeweiligen KV obliegt, ob die bisherigen RLV weiter angewendet werden.⁸⁶

⁸¹ Vgl. Simon, M. (2021), S. 189.

⁸² Vgl. Simon, M. (2021), S. 187.

⁸³ Simon, M. (2021), S. 187.

⁸⁴ Vgl. Simon, M. (2021), S. 190.

⁸⁵ Vgl. Simon, M. (2021), S. 189.

⁸⁶ Vgl. Simon, M. (2021), S. 190-191.

Seit dem Jahre 2000 ist eine Aufteilung der Gesamtvergütung in einen **hausärztlichen** und einen **fachärztlichen** Teil vorgeschrieben und dient der Förderung und der Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Den Hausärztinnen und Hausärzten stehen ungefähr 40 Prozent der Gesamtvergütung zu und den Fachärztinnen und Fachärzten 60 Prozent. Der **Trennungsfaktor**, welcher das genaue Verhältnis der Aufteilung angibt, ist von jeder KV für ihren Zuständigkeitsbereich gesondert zu ermitteln.⁸⁷

3.7 Abgrenzung ambulanter hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung

3.7.1 Die ambulante Versorgung durch eine/einen Hausärztin/Hausarzt

Die Aufgabe einer/eines Hausärztin/Hausarztes besteht aufgrund des breiten und allgemeinen Wissens darin, die gesundheitlichen Probleme einer/eines Patientin/Patienten zu identifizieren und die/den Patientin/Patient bei Bedarf mit einer Diagnose an die/den entsprechende/entsprechenden Fachärztin/Facharzt für eine weiterführende Behandlung zu überweisen. Weiterhin ist die/der Hausärztin/Hausarzt für die Betreuung und Überwachung chronisch kranker Menschen sowie an mehreren chronischen Erkrankungen leidende Menschen zuständig wie auch für die Motivation zu einer Mitarbeit.⁸⁸ Die Koordination der verschiedenen fachärztlichen Behandlungen sowie die Überwachung der Medikation gehört ebenfalls zur Aufgabe der/des Hausärztin/Hausarztes.⁸⁹

Eine Abgrenzung zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in Bezug auf die Tätigkeiten nimmt § 73 Absatz 1 SGB V vor.⁹⁰ Demnach gehören zu der hausärztlichen Versorgung:

- Sowohl die allgemeine als auch die fortgesetzte Betreuung einer/eines Patientin/Patienten in der Diagnostik und in der Therapie bei gleichzeitiger Kenntnis des häuslichen und auch des familiären Umfeldes. Zudem ist es möglich, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt ebenfalls die Behandlungsmethoden sowie die Arznei- und Heilmittel in besonderen Therapieeinrichtungen betreut.⁹¹
- Die Koordination der therapeutischen, diagnostischen wie auch pflegerischen Maßnahmen.⁹²

⁸⁷ Vgl. Simon, M. (2021), S. 193.

⁸⁸ Ärztinnen und Ärzte müssen neben den therapeutischen Fähigkeiten ebenfalls Fähigkeiten zur Motivation ihrer Patientinnen und Patienten besitzen. So würde es den Großteil der gesundheitlichen Probleme nicht geben, wenn Menschen genug Motivation hätten, um sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Vgl. IWW Institut (2011).

⁸⁹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014).

⁹⁰ Vgl. SGB V § 73 Absatz 1.

⁹¹ SGB V § 73 Absatz 1.

⁹² SGB V § 73 Absatz 1.

- Die Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung sowie Aufbewahrung der relevanten Behandlungsdaten, der Befunde und der Berichte, die sowohl aus der ambulanten als auch der stationären Versorgung stammen.⁹³
- Die Einleitung oder die Durchführung von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen wie auch Integration nicht ärztlicher Hilfen und flankierende Dienste in den Behandlungsmaßnahmen.⁹⁴

Die hausärztliche Versorgung bilden Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Internisten, die keine Schwerpunktbezeichnung besitzen und sich für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschlossen haben, Ärztinnen und Ärzte, die nach § 95 a Absatz 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind, sowie Ärztinnen und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Im Umkehrschluss ergibt sich, dass die hier nicht aufgelisteten Fachärzte der fachärztlichen Versorgung zuzuordnen sind.⁹⁵

Hintergrund dieser Trennung in die beiden Bereiche ist die zunehmende Spezialisierung der Medizin, die zudem einen Wertewandel innerhalb der Ärztinnen und Ärzte hervorgerufen hat.⁹⁶ Eine Folge aus dieser Trennung ist die Abnahme der hausärztlichen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, was die steigende Anzahl an Facharztanerkennungen ohne Allgemeinmedizin mit gleichzeitig fast stagnierenden Raten an Facharztanerkennungen in Allgemeinmedizin sowie Innere Medizin verdeutlichen⁹⁷ Die Verlagerung der Versorgungsaufgaben von den allgemeinen in die fachärztlichen Praxen äußert sich ebenfalls in einer Kostensteigerung. Die Ursache hierfür liegt darin begründet, dass Fachärztinnen und Fachärzte vergleichsweise eher mit einem höheren diagnostischen und zugleich technisch apparativen Aufwand arbeiten als Hausärztinnen und Hausärzte, wobei dieser Aufwand bei häufig unkomplizierten Fällen nicht erforderlich ist. Um diesem Umstand entgegenzuwirken, trat im Jahr 1992 das Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft, welches die hausärztliche Versorgung stärken sollte. Dies wurde ebenfalls mit der Gesundheitsreform im Jahre 2004 durch die hausarztzentrierte Versorgung antizipiert. Im Rahmen von Hausarztmodellen verpflichten sich Versicherte eine ambulante fachärztliche Behandlung nur mit Überweisung einer/eines selbstständig gewählten Hausärztin/Hausarztes in Anspruch zu nehmen.⁹⁸

Aus der bereits thematisierten freien Arztwahl resultiert jedoch, dass die Versicherten nicht der Verpflichtung unterliegen, zuerst eine/einen Hausärztin/Hausarzt aufzusuchen. Allerdings sind die Krankenkassen dazu angehalten, ihren Versicherten im Rahmen von Hausarztmodellen spezielle

⁹³ SGB V § 73 Absatz 1.

⁹⁴ SGB V § 73 Absatz 1.

⁹⁵ Vgl. SGB V § 73 Absatz 1.

⁹⁶ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014).

⁹⁷ Vgl. Bundesärztekammer (2018).

⁹⁸ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014).

Hausarzttarife anzubieten. Nimmt ein Versicherter auf freiwilliger Basis an dem Hausarztmodell teil oder wählt er einen entsprechenden Tarif aus, so muss er im Krankheitsfall immer zunächst eine/einen Hausärztin/Hausarzt aufsuchen. Erst mit Überweisung der/des Hausärztin/Hausarztes kann er eine ambulante fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen.⁹⁹

Die Zahl der Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte ist im Saarland rückläufig so waren es im Jahre 2000 35 Prozent und im Jahre 2018 26 Prozent.¹⁰⁰

Jahr	Hausärztinnen/Hausärzte				Kinderärztinnen/Kinderärzte				Summe
	Niederlassungen	Anstellungen	Gesamt	Davon im Job-Sharing	Niederlassungen	Anstellungen	Gesamt	Davon im Job-Sharing	
2021	3	14	17	1 ANG	0	2	2	1 ANG	19

Tabelle 3: Überblick hausärztliche Versorgung 2021 im Saarland¹⁰¹

3.7.2 Die ambulante Versorgung durch eine/einen Fachärztin/Facharzt

Eine entsprechende Definition für den Begriff der fachärztlichen Versorgung fehlt derzeit im SGB V noch.¹⁰² Um zukünftig eine wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung zu gewährleisten, soll eine Legaldefinition in den § 73 SGB V analog zur hausärztlichen Definition integriert werden.¹⁰³ Ungeachtet der mangelnden gesetzlichen Definition charakterisiert sich die Arbeit einer/eines Fachärztin/Facharztes durch einen erfolgreichen Abschluss einer mehrjährigen Facharztprüfung nach mehrjähriger Weiterbildung und einer Zulassung zur Versorgung in dem jeweiligen Fachbereich.¹⁰⁴ Die Tätigkeit einer/eines Fachärztin/Facharztes ist vergleichbar mit der Arbeit in einer Klinik. Aufgrund der häufig bereits vorgeklärten Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen kommen zumeist spezialisierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Einsatz, da sie stärker auf definierte Krankheiten spezialisiert sind.¹⁰⁵

Der größte Teil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ist in der ambulanten fachärztlichen Versorgung tätig. Der Anteil nimmt kontinuierlich zu und lag im Jahre 2018 bei 73,7 Prozent. Dieser Trend ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Aus- und Weiterbildungsstrukturen vor allem fachärztlich ausgerichtet sind. Des Weiteren werden fachärztliche

⁹⁹ Ausnahmen hierfür bilden die Leistungen von Frauenärztinnen/Frauenärzten und Augenärztinnen/Augenärzten. Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 128.

¹⁰⁰ Vgl. Simon, M. (2021), S. 167.

¹⁰¹ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹⁰² Vgl. Graf von Stillfried, D., Ehrhart, M., Czihal, T. (2012), S. 195.

¹⁰³ Vgl. Bundesärztekammer (2016).

¹⁰⁴ Vgl. Graf von Stillfried, D. et al. (2012), S. 195.

¹⁰⁵ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014).

Leistungen höher vergütet als allgemeinmedizinische. Es wurden bereits Initiativen geschaffen, die die Vergütungen für allgemeinmedizinische Leistungen angehoben haben.¹⁰⁶

Jahr	Fachärztinnen/Fachärzte				Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten*				Summe
	Niederlassungen	Anstellungen	Gesamt	Davon im Job-Sharing	Niederlassungen	Anstellungen	Gesamt	Davon im Job-Sharing	
2021	15	37	52	1 ZUL 3 ANG	24	9	33	5 ZUL 6 ANG	85

*Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten*innen.

Tabelle 4: Überblick fachärztliche Versorgung 2021 im Saarland¹⁰⁷

Die bessere Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzten, um Synergieeffekte zu nutzen und somit die Qualität in der Patientenversorgung zu erhöhen, stellt eine zentrale Herausforderung dar. Ein internationaler Vergleich verdeutlicht, dass das Angebot an Fachärztinnen und Fachärzten in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland sehr groß ist.¹⁰⁸

3.8 Aktuelle Probleme im deutschen Gesundheitswesen

3.8.1 Demografische Entwicklung auf Bundesebene und für das Saarland

Die zuvor dargelegten Entwicklungen und Charakteristiken des deutschen Gesundheitswesens sind abhängig von der demografischen Entwicklung in Deutschland. Dies trifft sowohl auf die stationäre als auch auf die ambulante Versorgung sowie auch in besonderem Maße auf die pflegerische Versorgung älterer Menschen zu.¹⁰⁹ Folgende Tabelle 5 unterstreicht diese Tatsache und legt den relativen Beanspruchungsindex der einzelnen Arztgruppen für das Saarland und den Bund für die nächsten Jahre dar.

¹⁰⁶ Vgl. Simon, M. (2021), S. 168.

¹⁰⁷ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹⁰⁸ Vgl. Bundesärztekammer (2016).

¹⁰⁹ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 27.

Arztgruppe	Relativer Beanspruchungsindex (rBIX)							
	Saarland				Bund			
	2020	2025	2030	2035	2020	2025	2030	2035
Augenärzte	1,04	1,06	1,10	1,12	1,07	1,10	1,15	1,20
Chirurgen	0,98	0,97	0,95	0,92	1,02	1,02	1,01	1,00
Fachinternisten	1,04	1,04	1,06	1,06	1,07	1,10	1,13	1,15
Frauenärzte	0,97	0,93	0,89	0,85	0,99	0,96	0,93	0,90
Hausärzte	1,02	1,02	1,01	1,01	1,05	1,07	1,08	1,09
HNO-Ärzte	0,99	0,98	0,97	0,95	1,02	1,02	1,02	1,02
Kinderärzte	0,93	0,90	0,87	0,83	0,97	0,95	0,93	0,90
Nervenärzte	1,00	0,99	0,98	0,97	1,04	1,05	1,05	1,05
Orthopäden	1,00	0,98	0,97	0,96	1,03	1,03	1,04	1,04
Urologen	1,06	1,09	1,12	1,13	1,09	1,14	1,19	1,23

Tabelle 5: rBIX nach Arztgruppe Vergleich Saarland und Bund in %¹¹⁰

Der relative Beanspruchungsindex verdeutlicht, dass zukünftig in vielen Fachbereichen mehr Ärztinnen und Ärzte sowohl im Saarland wie auch auf Bundesebene benötigt werden. Diesen Bedarf gilt es von Seiten der KV zu decken. Um dies zu gewährleisten, müssen die Renteneintritte jeweils durch neue Niederlassungen oder Ärztinnen und Ärzte in Anstellung kompensiert werden. Die Altersstruktur der saarländischen Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte zeigt Abbildung 5. 40,8 % der Hausärztinnen und Hausärzte werden bis 31.12.2026 das 65. Lebensjahr vollendet haben, bis zum Jahre 2031 sogar 58,3 %. Bei den Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte ist eine ähnliche Tendenz erkennbar.¹¹¹ Die genaue Tabelle ist im Anhang dargestellt.

¹¹⁰ Schulz M., Czihal, T., Bätzing-Feigenbaum, J., von Stillfried, D. (2016).

¹¹¹ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Hausärztinnen/Hausärzte Saarland - Vollendung des 65. Lebensjahres in 2026 / 2031 in %

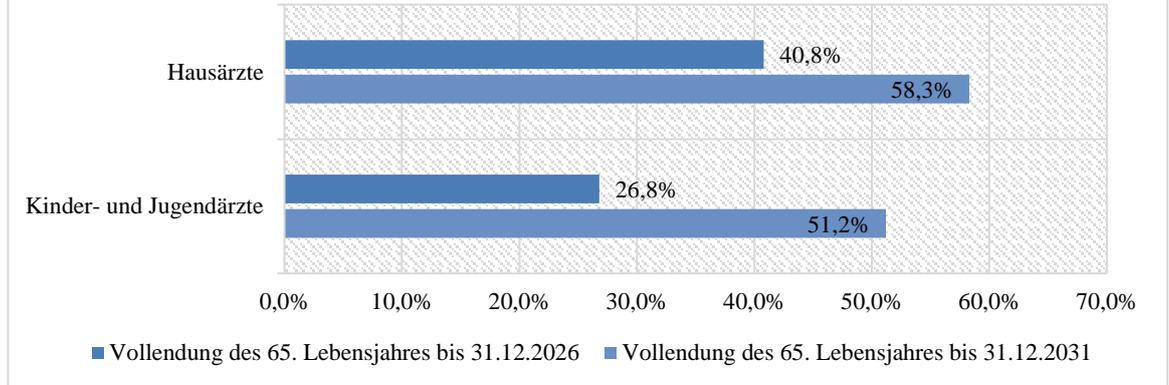


Abbildung 5: Hausärztinnen/Hausärzte Saarland Vollendung 65. Lebensjahr bis 2026/2031 in %¹¹²

Im fachärztlichen Bereich ist ebenso ersichtlich, dass die Beendigung in % bis 31.12.2031 zwischen 41,8 % (Radiologinnen/Radiologen, Strahlentherapeutinnen/Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner) und 84,6 % (ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten) schwankt. Sowohl die bis zum 31.12.2031 in Rente gegangenen Hausärztinnen/Hausärzte als auch die Fachärztinnen/Fachärzte müssen bis zu diesem Stichtag ersetzt werden.¹¹³

¹¹² Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹¹³ Vgl Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Fachärztinnen/Fachärzte Saarland - Vollendung des 65. Lebensjahres in 2026 / 2031 in %

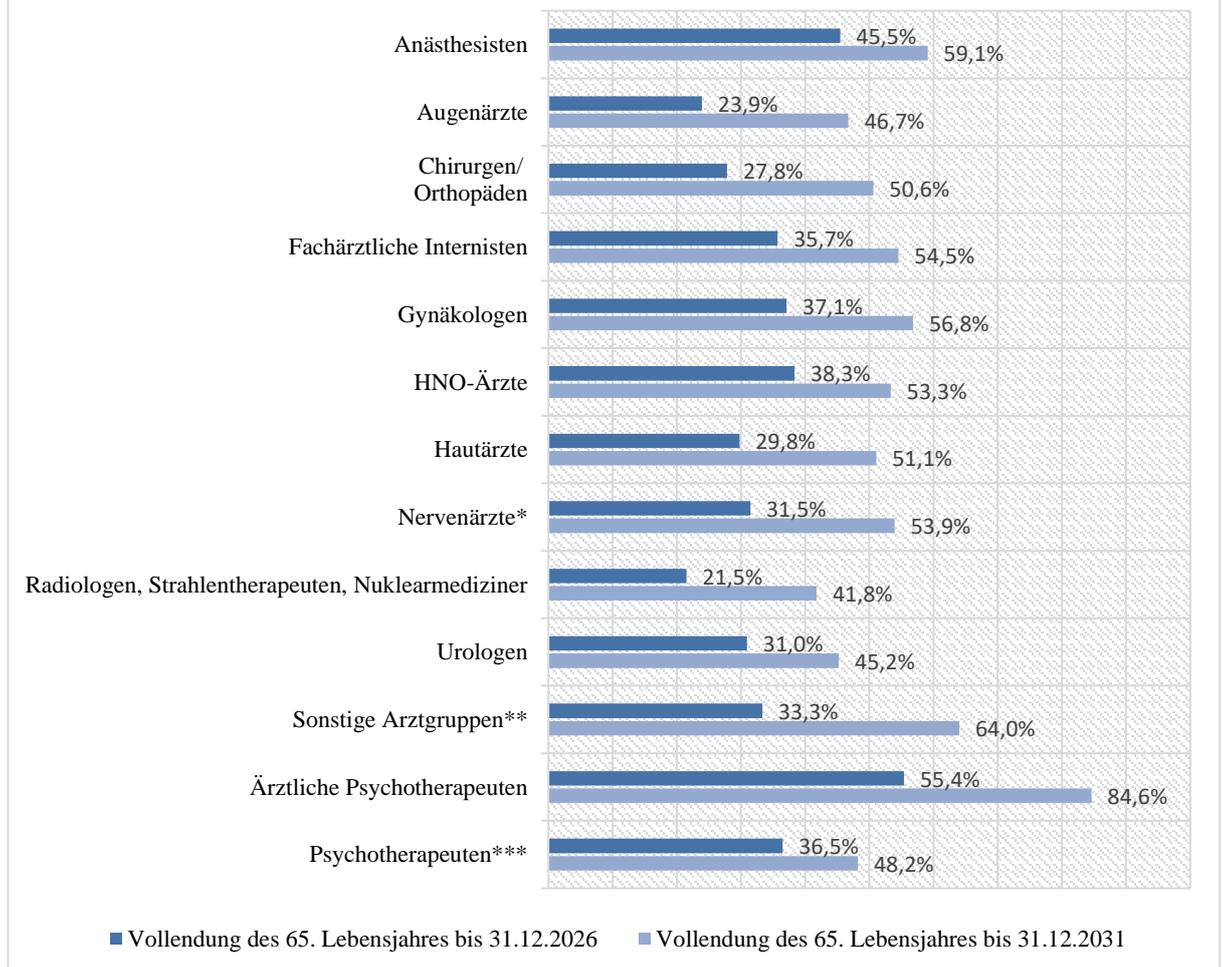


Abbildung 6: Fachärztinnen/Fachärzte Saarland Vollendung 65. Lebensjahr bis 2026/2031 in %¹¹⁴

Um diese Herausforderung lösen zu können, bedarf es neuer Ansätze und Ideen, welche in Kapitel 3 erörtert werden sollen.

3.8.2 Weitere Herausforderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen

Weitere Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens liegen neben der fehlenden Flexibilisierung in der Fragmentierung, der fehlenden sektorenübergreifenden Betrachtung, in der zunehmenden Feminisierung sowie im Kostenanstieg begründet.

Um dem Problem der fehlenden Flexibilisierung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren diverse Anstrengungen unternommen, den Beruf der ärztlichen Profession attraktiver zu

¹¹⁴ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

gestalten. Kritisiert wird bislang, dass vergleichbare Initiativen in anderen Pflegeberufen noch nicht unternommen wurden.¹¹⁵

Durchlässige und besser kooperierende Sektoren sind zu schaffen, um der bestehenden Fragmentierung und der mangelnden Koordination begegnen zu können. Ein modernes Gesundheitssystem muss der Anforderung gerecht werden, die Struktur an dem Bedürfnis der Patientinnen/Patienten und Nutzerinnen/Nutzer auszurichten und damit an den großen und häufigen Krankheitsbildern, die eine sektorenübergreifende Behandlung erfordern und nicht an tradierten Strukturen festhalten. Aktuelle Entwicklungen in den Gesundheitsbildern erweitern den bestehenden Gesundheitsbegriff hin zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise, der sowohl das physische als auch psychische Wohlbefinden umfasst und die Anforderungen, die an die Strukturierung des Gesundheitssystems gestellt werden.¹¹⁶

Die wachsende Feminisierung der ärztlichen Profession bildet eine weitere Herausforderung,¹¹⁷ was folgende Zahlen belegen:¹¹⁸

Fachübergreifend stieg der Anteil der Frauen von 47% (2018) auf 48% (2019). Im Jahre 2009 lag dieser noch bei 39%. In den Fachgruppen der Dermatologie (54,3%), Kinder- und Jugendmedizin (55,4%) und Gynäkologie (68,3%) ist der Anteil der Frauen schon auf über 50% angewachsen. Daher ist es erforderlich, auf die Bedürfnisse der Frauen einzugehen und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Anpassung der bestehenden Strukturen, wie bspw. eine bessere Kinderbetreuung, anzubieten.

Zu den Gesundheitsausgaben in Deutschland zählen dabei alle Leistungen und Güter, die Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege zum Ziel haben sowie Investitionen in die Einrichtungen des Gesundheitswesens. Nach dieser Definition gehören zu den Gesundheitsausgaben sowohl ärztliche Vorsorgeuntersuchungen als auch pflegerische Leistungen, die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugutekommen.¹¹⁹ Diese sind über die letzten Jahre hinweg ebenfalls kontinuierlich angestiegen, was Tabelle 6 verdeutlicht.

¹¹⁵ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 380. Hier könnten erste Anreize geschaffen werden, damit sich mehr Studenten bspw. für ein Medizinstudium entschließen. Dieser Punkt wird in Kapitel fünf stärker fokussiert, sei hier aber bereits erwähnt.

¹¹⁶ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 377. Als Beispiel kann bei multimorbiden Krankheitsbildern hier angeführt werden, dass für die Genesung neben der ambulanten und stationären Versorgung auch die psychotherapeutische Betreuung erforderlich ist.

¹¹⁷ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 377.

¹¹⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020).

¹¹⁹ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 300.

Merkmal in TEUR	2017	2018	2019
Gesundheitsausgaben	375 979	391 580	410 849
Investitionen	6 658	7 257	7 405
Laufende Gesundheitsausgaben	369 321	384 322	403 444
Gesundheitsschutz	2 835	2 907	2 999
Ambulante Einrichtungen	186 656	193 960	204 256
Arztpraxen	53 524	54 890	56 994
Zahnarztpraxen	26 651	27 349	28 343
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	15 708	17 464	19 407
Apotheken	50 027	51 883	55 192
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	20 860	21 312	22 246
Ambulante Pflege	19 886	21 063	22 074
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	138 180	142 878	149 405
Krankenhäuser	93 893	96 886	100 763
Vorsorge-/Reha Einrichtungen	9 727	10 100	10 644
Stationäre/teilstationäre Pflege	34 560	35 892	38 000
Rettungsdienste	4 890	5 341	5 864
Verwaltung	19 358	20 248	20 249
Sonstige Einrichtungen/private Haushalte	15 705	17 181	18 812
Ausland	1 696	1 808	1 859
Nachrichtlich			
Ausbildung	1 715	1 972	1 994
Forschung	4 871	5 266	5 268
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	23 346	24 255	25 387
Einkommensleistungen	101 587	106 041	111 609

Tabelle 6: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen in Million EUR¹²⁰

Um diese Herausforderungen zukünftig meistern zu können, gewinnt die Entwicklung neuer Versorgungsformen an Bedeutung. Dadurch könnte die Möglichkeit eröffnet werden, das beschriebene Problem des Ärzte- und Pflegekräfte-Mangels einzudämmen und der zunehmend alternden Bevölkerung sowie eines veränderten Krankheitsbildes Rechnung zu tragen. Die resultierende Aufgabe der Wissenschaft und auch der Politik ist die Bestandsaufnahme der oben beschriebenen Auswirkungen und die Entwicklung patientenindividueller Versorgungskonzepte.¹²¹

3.8.3 Niederlassungsproblematik im Saarland

Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes ist es die Tätigkeit als niedergelassene/niedergelassener Vertragsärztin/Vertragsarzt, insbesondere in ländlichen Regionen, durch Flexibilisierung, Deregulierung sowie Eröffnung von Handlungsspielräumen zu fördern und dem aufgrund des demografischen Wandels aktuell schon teilweise vorhandenen und zukünftig drohenden Ärzte- und Pflegekräftemangels entgegenzuwirken.¹²²

Absolut betrachtet findet sich ein Widerspruch in Bezug auf den im Versorgungsstrukturgesetz thematisierten Ärztemangel wieder. Bei Betrachtung der Zahlen der in den Jahren 1960 bis 2019 tätigen Ärztinnen und Ärzte stieg die Anzahl im ambulanten wie auch im stationären Bereich an, was Tabelle

¹²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2021).

¹²¹ Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 377.

¹²² Vgl. Preusker, U. K. (2015), S. 123 ff.

7 veranschaulicht, jedoch nimmt die Teilzeitbeschäftigung zu.¹²³ Somit stehen im Zeitverlauf mehr Ärztinnen und Ärzte pro Einwohner zur Verfügung. Der eigentliche Ärztemangel zeigt sich erst nach Differenzierung in die regionale Komponente, da in ländlichen Regionen eine Abnahme bei gleicher Zunahme in Ballungszentren vernommen wurde. Absolut gesehen begründet sich zukünftig der drohende Mangel durch den Renteneintritt einer großen Anzahl an Ärztinnen und Ärzten, die über 55 Jahre alt sind (sog. Babyboomer-Generation) bei gleichzeitig steigenden Zahlen junger Ärztinnen/Ärzte und gleichzeitiger Abnahme der Arbeitszeit.¹²⁴

Stichtag	Berufstätige Ärzte*innen		Ärztliche Tätigkeitsbereiche		
	Insgesamt Anzahl (Spalte 4+5+6)	Einwohner je Arzt	Ambulante Anzahl	Stationäre Anzahl	In anderen Bereichen Anzahl
1	2	3	4	5	6
31.12.1960	92.028	793	-	-	-
31.12.1970	126.695	616	-	-	-
31.12.1980	173.346	452	-	-	-
31.12.1990	237.750	335	92.289	118.087	27.374
31.12.2000	294.676	279	128.488	139.477	26.711
31.12.2010	333.599	245	141.461	163.632	28.506
31.12.2019	402.119	206,5	159.846	206.965	35.308

Tabelle 7: Arztzahlen 1960 bis 2019 getrennt nach ärztlichen Tätigkeiten auf Bundesebene¹²⁵

Die ambulante hausärztliche Versorgung in Deutschland wird von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen, die bei der jeweiligen KV Mitglieder sind.¹²⁶ Die Anzahl der in Deutschland derzeit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten liegt bei ungefähr 149.710 (Stand 2019).¹²⁷ Im Saarland nehmen 2.143 Ärztinnen und Ärzte an der haus- und fachärztlichen Versorgung teil.¹²⁸ Der Altersdurchschnitt der Hausärztinnen und Hausärzten liegt im Saarland bei 55,7 Jahren, der der Fachärztinnen und Fachärzte bei 54,6 Jahren und der der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei 52,7 Jahren. Tabelle 8 verdeutlicht zudem, dass im Saarland die Anzahl der Zulassungen die Anzahl der Anstellungen in allen Facharztgruppen übersteigt. Zudem ist der Altersdurchschnitt im Bereich der Zulassungen in allen Facharztgruppen etwas geringer.¹²⁹

¹²³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020).

¹²⁴ Bundesärztekammer (2018).

¹²⁵ Bundesärztekammer (2021).

¹²⁶ Vgl. Simon, M. (2013), S. 276.

¹²⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020).

¹²⁸ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹²⁹ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Facharztgruppe	Teilnahmestatus 01.01.2022		% - Anteil	Altersdurchschnitt
Hausärzte (Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten, Praktische Ärzte, Kinder und Jugendärzte)	Zulassungen	557	74,6%	56,4
	Anstellungen	190	25,4%	53,8
	Gesamt	747		55,7
Fachärzte	Zulassungen	685	66,1%	55,6
	Anstellungen	352	33,9%	52,7
	Gesamt	1.037		54,6
Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendliche Psychotherapeuten)	Zulassungen	332	92,5%	53,6
	Anstellungen	27	7,5%	42,0
	Gesamt	359		52,7
Ärzte / Psychotherapeuten Gesamt	Zulassungen	1.574	73,4%	55,5
	Anstellungen	569	26,6%	52,6
	Gesamt	2.143		54,7

Tabelle 8: Überblick aktuelle haus- und fachärztliche Versorgungssituation im Saarland¹³⁰

Nichtsdestotrotz existiert im Saarland das Problem der sinkenden Zulassungen in den letzten Jahren, dies unterstreichen Tabelle 9 und 10, die im Folgenden dargestellt sind. Es ist ersichtlich, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte eher für eine Anstellung entscheiden als den Weg in die Niederlassung zu wählen. Diese Aufgabe gilt es von Seiten der KV zu lösen und es bedarf generell neuer Konzepte, die an die Bedürfnisse der Generation Z angepasst sind. Diese Fragen werden in Kapitel 3 diskutiert.

Anzahl nach Köpfen	01.01.2017	01.01.2022	+/-	+/- in Prozent
Zugelassene Ärzte	557	491	- 66	- 11,8 %
Angestellte Ärzte...			↓	
...bei Vertragsärzten	103	121	18	17,5 %
... in Medizinischen Versorgungszentren	14	53	39	278,6 %
Summe	674	665	- 9	- 1,3 %

Tabelle 9: Entwicklung der hausärztlichen Versorgung im Saarland nach Köpfen¹³¹

Tabelle 10 veranschaulicht diese Entwicklung für die fachärztliche und die psychotherapeutische Versorgung im Saarland.

¹³⁰ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹³¹ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Anzahl nach Köpfen	01.01.2017	01.01.2022	+/-	+/- in Prozent
Zugelassene Ärzte	827	751	- 76	- 9,2 %
Angestellte Ärzte...			↓	
...bei Vertragsärzten	131	178	47	35,9 %
... in Medizinischen Versorgungszentren	137	190	53	38,7 %
Summe	1.095	1.119	24	2,2 %
Psychologische Psychotherapeuten	216	295	79	36,6 %
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten	50	64	14	28,0 %
Summe	266	359	93	35,0 %
Ermächtigte Krankenhausärzte ¹³²	166	148	-18	-10,8 %
Summe	1.527	1.626	99	6,5 %

Tabelle 10: Entwicklung fachärztlicher/psychotherapeutischer Versorgung im Saarland pro Kopf¹³³

Diese in den Tabellen 9 und 10 aufgezeigte Entwicklung kann ebenfalls auf ganz Deutschland übertragen werden wie Abbildung 7 dargestellt. So bestehen in verschiedenen Regionen in Deutschland derzeit Schwierigkeiten, freiwerdende Hausarztsitze wiederzubesetzen oder Hausarztsitze neu zu besetzen. Der Versorgungsgrad soll exemplarisch zuerst für die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland und dann für das Saarland dargestellt werden.

¹³² Ermächtigte Krankenhausärzte: Eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten ohne Vertragsarzt zu sein gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln und Leistungen mit der KV abrechnen zu können. Eine Ermächtigung erteilt der Zulassungsausschuss und erfolgt nur dann, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke besteht, die die Niedergelassenen nicht decken können (§116 SGB V in Verbindung mit § 31 a Ärzte-ZV). Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2022).

¹³³ Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

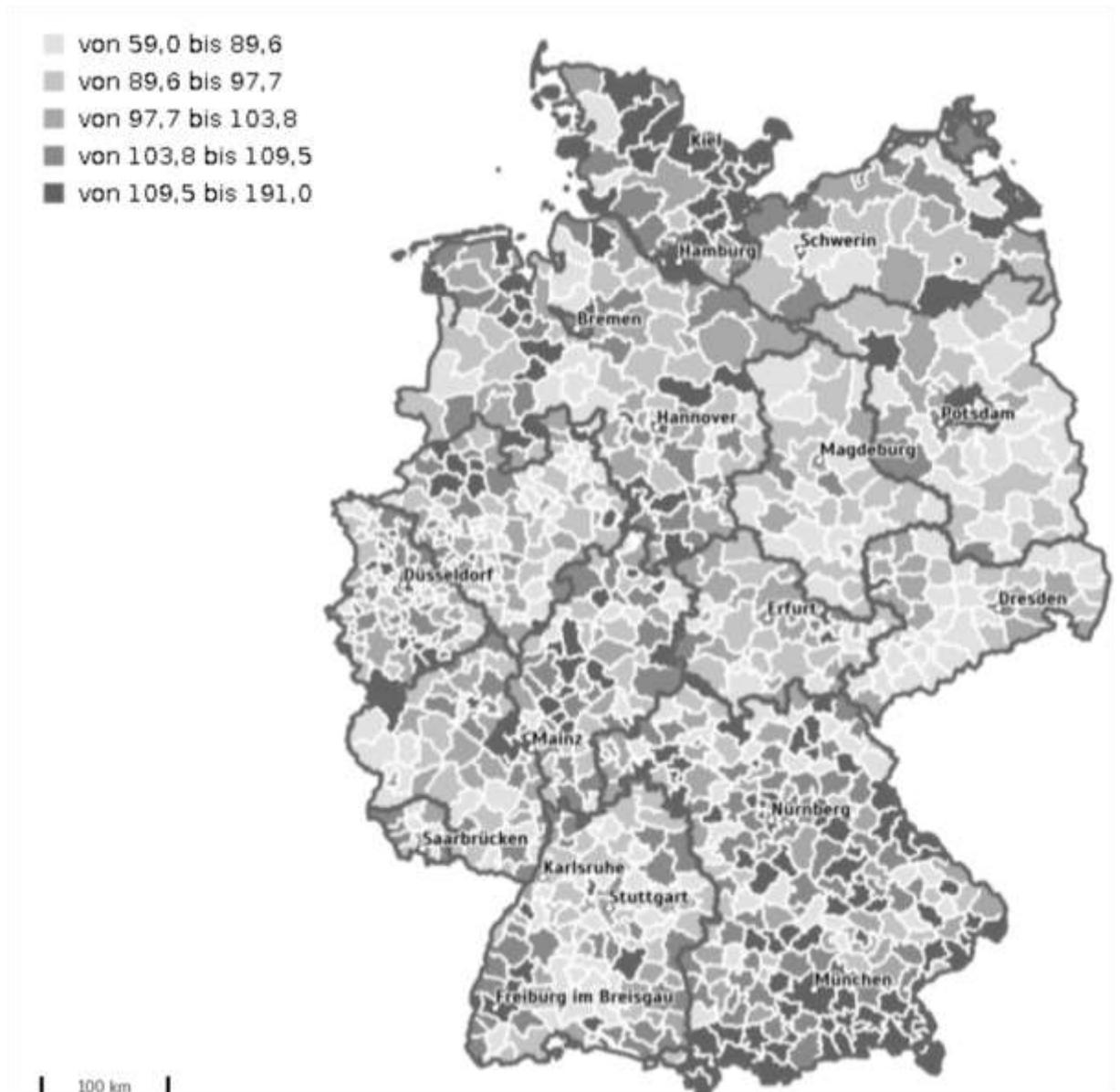


Abbildung 7: Versorgungsgrad der Hausärzte nach Mittelbereichen 2020¹³⁴

Wie Abbildung 7 verdeutlicht, könnte in vielen Mittelbereichen abseits von Großstädten in den nächsten Jahren eine Unterversorgung an Hausärztinnen und Hausärzten drohen, da der bedarfsgerechte Versorgungsgrad unter 75 % sinken könnte. Auf der anderen Seite gibt es Regionen in Deutschland, die überversorgte Gebiete mit einem Versorgungsgrad von bis zu 192 % darstellen.¹³⁵ Es handelt sich meistens um Ballungszentren in der Umgebung von Großstädten.

Im Saarland gibt es 12 Mittelbereiche, Saarbrücken, Völklingen, Merzig, Wadern, Neunkirchen, Dillingen, Saarlouis, Lebach, Homburg, St. Ingbert, Blieskastel und St. Wendel. Derzeit herrscht im

¹³⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021).

¹³⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

Mittelbereich Wadern eine Unterversorgung und im Mittelbereich Lebach liegt eine drohende Unterversorgung vor.¹³⁶

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Landkreise als Planungsbereiche betrachtet, der Landkreis Regionalverband Saarbrücken, Kreis Saarlouis, Kreis Merzig-Wadern, Kreis St. Wendel, Kreis Neunkirchen und Kreis Saarpfalz. In keinem Planungsbereich liegt eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung vor.¹³⁷

Zudem vollzog sich in den letzten Jahren ein Wertewandel durch die sog. Generationen Y und Z, die die Anforderungen und Werte, die die derzeit praktizierenden Ärztinnen und Ärzte besitzen, veränderte. Werden seitens der Politik, der Gesetzgebung, der KBV oder der KVen keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, so droht zukünftig in einigen Regionen Deutschlands eine Unterversorgung.

In diesem Zusammenhang kann die Frage aufgeworfen werden, ob die Persönlichkeitseigenschaften der verschiedenen Generationen und die Erwartungen der Medizinstudierenden variieren. Um diese zu beantworten, wird im Kapitel fünf der vorliegenden Arbeit eine empirische Überprüfung durchgeführt.

3.8.4 Strukturelle Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die zunehmend älter werdende Bevölkerung in Deutschland erzeugt einen wachsenden Bedarf an medizinischer Versorgung. Speziell wird die wohnortnahe Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen wichtiger. Der demografische Wandel betrifft ebenfalls die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und Fachärzte, die bei einer geringeren Anzahl an neuen Niederlassungen zum einen älter werden und zum anderen immer älter werdenden Patientinnen und Patienten mit multimorbidem Krankheitsbild gegenüberstehen, was in den vorangegangenen Abschnitten mit den Zahlen der KV Saarland belegt werden konnte.¹³⁸ Die Frage ist, wie die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung zukünftig erfolgen kann. Um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu erhalten, scheint es zum jetzigen Zeitpunkt unumgänglich, dass sich niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäuser aufeinander zu bewegen. Weiterhin ist es unsicher, ob der alleinige Sicherstellungsauftrag bei den KVen bleibt.¹³⁹

Das kollektivvertragliche Versorgungssystem ist ebenfalls fraglich, da dies zukünftig der gesamten Bevölkerung einen einheitlichen und uneingeschränkten Zugang zu einer ambulanten medizinischen Versorgung erschweren könnte.¹⁴⁰

Ein weiteres Problem, weshalb die medizinische Versorgungsleistung bundesweit bis zum Jahre 2035 stark gefährdet sein könnte, liegt in der Tatsache begründet, dass es zu wenige Medizinstudienplätze gibt. So fehlen laut statistischen Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung

¹³⁶ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹³⁷ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarlandes (2022)

¹³⁸ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

¹³⁹ Vgl. Nagel, E. (2013), S. 138.

¹⁴⁰ Vgl. Nagel, E. (2013), S. 138.

(Zi) pro Jahr 6.000 Studienplätze im Fach Humanmedizin. Die Projektion variiert dabei in Abhängigkeit vom Ausbildungserfolg der zukünftigen Studierenden, der Dauer der Weiterbildung und der beruflichen Orientierung zwischen 6.000 (75 % der Studienanfänger werden innerhalb von 15 Jahren Fachärztin/Facharzt) und 3.000 fehlender Studienplätze (Facharztquote von 92%) pro Jahr. Um den günstigsten Fall zu erreichen müssten 9 von 10 Absolventinnen und Absolventen in der medizinischen Versorgung bleiben und sich gegen eine Anstellung in der Industrie, Forschung etc. entscheiden. So verdeutlicht die Projektion das der ärztliche Versorgungsgrad bis zum Jahre 2035 auf 74 % des heutigen Niveaus absinken könnte, selbst, wenn die derzeitige Nettozuwanderung von 1.639 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr nach Deutschland aufrecht gehalten werden könnte. Eine Steigerung der Zuwanderung um 3.600 Fachärztinnen und Fachärzten pro Jahr könnte das medizinische Versorgungsniveau in Deutschland bis 2035 stabilisieren.¹⁴¹

Eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin von derzeit 11.000 Plätzen (Stand 2020) um 30 bis 50 Prozent wäre erst nach 15 Jahren in der vertragsärztlichen Versorgung spürbar. Der Studienplatzabbau der letzten zwei Jahrzehnte ist derzeit spürbar und führt zu einem Wettbewerb um ausgebildete Mediziner und Fachärztinnen und Fachärzte, der in den nächsten zehn Jahren zunehmen wird. So wird das Ziel ein flächendeckendes medizinisches Leistungsangebot zu garantieren und strukturschwache Regionen nicht zu benachteiligen schwierig zu gewährleisten.¹⁴²

Der bereits thematisierte demografische Wandel mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung führt ebenfalls zu einem Anstieg der Nachfrage nach ärztlicher Versorgung. Jedoch ist ersichtlich, dass die zur Verfügung stehende Arztzeit in der ambulanten medizinischen Versorgung kontinuierlich zurückgeht. Die Gründe hierfür liegen in einem gestiegenen Arbeitsaufwand sowie in Veränderungen der Arbeitsgewohnheiten der Generation Y und Z begründet. Die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte hat sich im Zeitraum von 2007 mit rund 5.600 Angestellten Ärztinnen und Ärzten zum Jahre 2017 fast versechsfacht (31.477). So arbeiten selbstständig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte rund 50 Stunden pro Woche wo hingehen die Trends zur Anstellung (40 Stunden Woche) und zur Teilzeitbeschäftigung zur einer Abnahme der Behandlungszeit pro Ärztin/Ärztin führen.¹⁴³ Dies hat zur Folge, dass mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt werden, um das Versorgungsniveau aufrecht zu erhalten. Diese Situation wird in den nächsten Jahren verschärft durch die Ärztinnen und Ärzte, die aus Altersgründen aus der ambulanten Versorgung ausscheiden und einen Nachfolger suchen (was die Zahlen der KV Saarland belegen).¹⁴⁴

¹⁴¹ Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019).

¹⁴² Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019).

¹⁴³ Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019).

¹⁴⁴ Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019).

3.9 Diskussion bestehender Lösungsansätze des Niederlassungsproblems

Es gibt aktuell verschiedene Alternativen, Medizinstudierende zu einer Tätigkeit als niedergelassene/niedergelassener Haus- oder Fachärztin/Facharzt zu bewegen. Ein Ansatzpunkt ist eine rechtliche Lösung, die die damalige Bundesregierung mit dem Versorgungsstrukturgesetz zur Sicherung der medizinischen Versorgung geschaffen hat.¹⁴⁵ Die aktuell bestehenden Lösungskonzepte in Form des Versorgungsstrukturgesetzes sowie ergänzender Initiativen der Selbstverwaltung wie die Erarbeitung eines Marketing Konzeptes werden im Folgenden analysiert.

3.9.1 Das Versorgungsstrukturgesetz

Um die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber das Versorgungsstrukturgesetz zur Sicherung der medizinischen Versorgung eingeführt. Das Gesetz trat am 01.01.2012 in Kraft und umfasst Regelungen für viele Bereiche der ambulanten medizinischen Versorgung. Die Ziele des Gesetzes beinhalten eine bessere Versorgung für die Patientinnen und Patienten, eine Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen auf dem Land, das Setzen von Anreizen, damit sich Ärztinnen und Ärzte in strukturschwachen Gebieten niederlassen, das Gestalten von guten Rahmenbedingungen für den Arztberuf sowie eine zielgenaue Bedarfsplanung und sind demnach vielfältig.¹⁴⁶ Einschränkung auf die hier relevante Thematik ist die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch das Setzen von Anreizen zur Niederlassungsförderung ausschlaggebend. Auf Basis der unterschiedlichen Maßnahmen wurden folgende Aspekte bereits umgesetzt:

- Die Abschaffung der Residenzpflicht, wonach niedergelassene Haus- und Fachärztinnen/Fachärzte bspw. auf dem Land arbeiten und in der Stadt wohnen können.
- Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird erleichtert, indem sich Ärztinnen und Ärzte bis zu einem Jahr nach der Geburt vertreten lassen und bis zu drei Jahre einen Entlastungsassistenten einstellen können.
- Das Regressrisiko wird verringert, indem das Überschreiten der Richtgrößen um ein Viertel möglich ist, ohne dass sofort ein Regress droht.
- Die Erleichterung der Eröffnung von weiteren Filialen unter der Bedingung, dass die medizinische Versorgung am neuen Standort verbessert wird bei gleichzeitigem Erhalt der Versorgungsqualität am bestehenden Standort.¹⁴⁷

Das aufgezeigte Gesetz birgt nur punktuelle Ansätze, die Niederlassung von Medizinstudierenden als Haus- oder Fachärztin/Facharzt hauptsächlich zu fördern. Ob die aufgezeigten Maßnahmen tatsächlich dazu beitragen, bleibt fraglich und wird erst verlässlich in den nächsten Jahren anhand der Zahlen an

¹⁴⁵ Ein ergänzender, aber noch nicht umgesetzter Ansatzpunkt wäre das sog. Employer Branding, das in Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit näher beschrieben wird.

¹⁴⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015).

¹⁴⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

neuen Niederlassungen erkennbar sein. Seit der Einführung des Gesetzes ist bis dato kein nennenswerter Anstieg an Neu-Niederlassungen, gerade unter Hausärztinnen und Hausärzten zu erkennen.¹⁴⁸ Es entsteht die Vermutung, dass die im Rahmen des Gesetzes veranlassten Änderungen nicht die vom Gesetzgeber gewünschte Wirkung entfalten. Als Ergebnis lässt sich konstatieren, dass es anderer Ansatzpunkte bedarf, die im nachfolgenden Kapitel im Rahmen des Employer Brandings entwickelt werden.

3.9.2 Initiativen der Selbstverwaltung

Alternativ zu einer rechtlichen Herangehensweise haben die KVen der einzelnen Bundesländer sowie die KBV in Deutschland gezielte Maßnahmen eingeführt, um mehr Medizinstudierende zu motivieren, sich als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner oder Fachärztin/Facharzt niederzulassen. Die unterschiedlichen KVen setzen verschiedene Maßnahmen ein, die als Marketinginstrumente fungieren. Ferner initiierte die KBV zwei Kampagnen „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“¹⁴⁹, welche von 2013 bis 2017 lief sowie „Lass dich nieder! Lass dich fördern - geh aufs Land“¹⁵⁰, welche ebenfalls abgeschlossen wurde. Die aktuelle Kampagne trägt den Namen #GesundheitBrauchtPraxis und soll auf die aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitspolitik aufmerksam machen. Dabei greift sie das zur Bundestagswahl veröffentlichte Positionspapier #GesundheitBrauchtPraxis auf und knüpft daran an. Dabei werden die größten Probleme in der ambulanten Versorgung diskutiert, Nachwuchsgewinnung, weniger Bürokratie für den Praxisalltag der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Initiativen gegen den Arztmangel auf dem Land. Weiterhin geht es um die Forderung nach einer digitalen Infrastruktur bei der sich die Vorgaben und Technik an der ärztlichen Arbeit in der Praxis ausrichten.¹⁵¹

Die KV Saarland beschloss im Jahre 2016 die nächste Stufe ihres Nachwuchskonzeptes. So wurden die Medizinstudierende bereits vor dem Jahre 2016 während ihrer Ausbildung begleitet und seit dem Jahre 2016 auch finanziell unterstützt.¹⁵²

Seit 2021 trägt das Nachwuchskonzept der KV Saarland den Titel Saar Land Arzt Praxis, darin sind alle Aktivitäten der KV in einem Zielgruppenkonzept zusammengefasst. Dabei wurden folgende Zielgruppen identifiziert, Mitglieder der KV und deren Angestellte; Kommunen und Landkreise, Bürgerinnen/Bürger, Fachärztinnen/Fachärzte (aktuell nicht in ambulanter Versorgung), Weiterbildungsassistentinnen/Weiterbildungsassistenten und Medizinstudierende.¹⁵³

¹⁴⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016).

¹⁴⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

¹⁵⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015).

¹⁵¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

¹⁵² Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2016), S. 41f.

¹⁵³ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022), S.33.

Die KV Saarland bietet finanzielle Förderungen, Veranstaltungsmöglichkeiten und Beratungsangebote für Medizinstudierende an und seit dem Jahre 2021 ebenfalls ein Social Media Konzept. Dabei wird v.a. auf Instagram unter dem Slogan SaarLandArztPraxis auf alles aufmerksam gemacht, was die Arbeit als Ärztin/Arzt im Saarland ausmacht und wie die KV Saarland Medizinstudierende bereits zu Beginn ihres Studiums unterstützt.¹⁵⁴ Neben dem Social Media Auftritt gibt es noch einen Alumni-Verteiler, einen Newsletter, eine Postkartenaktionen, die über die Förder-, Beratungs- und Niederlassungsmöglichkeiten informiert, klassische Werbemittel und die Kontaktaufnahme zur KV Saarland wurde vereinfacht. Zudem soll es kurzfristig, mittelfristig und langfristig angelegte Projekte geben, die zielgruppenübergreifend die Zielgruppen dort ansprechen, wo sich diese bewegen.¹⁵⁵

Zudem wird das SaarLandArztKonzept von dem Maskottchen Paul Konrad (Alpaka) und Agatha (Quietscheente) verkörpert.¹⁵⁶

Die Frage, die dabei aufkommt, ist, ob die bisher angebotenen Konzepte das angestrebte Ziel erreichen und die Medizinstudierende zu einer Niederlassung als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner oder Fachärztin/Facharzt auf dem Land motivieren können oder ob andere Anreize gesetzt werden müssen. Damit die bereits existenten und neu konzipierten Maßnahmen zu einer Steigerung der Niederlassung führen, ist es notwendig, dass die Medizinstudierende davon Kenntnis erlangen, was von der KV Saarland bereits erkannt wurde. Eine Möglichkeit, um dies zu erreichen, stellt der Ansatz des Employer Brandings dar, der im folgenden Kapitel erläutert und auf die ambulante Versorgung übertragen wird.

4. Konzeptioneller Bezugsrahmen: Employer Branding

In einem ersten Schritt werden in diesem Kapitel der Begriff des Employer Brandings erläutert und Handlungsempfehlungen für Unternehmen dargestellt. Der zweite Schritt besteht in der Erläuterung der Besonderheiten und der Möglichkeiten zur Anwendung des Employer Brandings in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Weiterhin findet eine Präsentation der Anwendung von Employer Branding Strategien für die verschiedenen Generationen statt. Die Persönlichkeit als auch die Einstellung als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft werden vorgestellt und die Bedeutung des Begriffes Niederlassungsbereitschaft erklärt.

4.1 Employer Branding als Ansatzpunkt zur Lösung des Niederlassungsproblems

Der erste Abschnitt veranschaulicht den Prozess des Employer Brandings sowie dessen Anwendungsmöglichkeit für Profit-Unternehmen. Der Begriff der Arbeitgebermarke wird definiert sowie Informationsquellen als auch Einflussgrößen auf das Employer Branding vorgestellt.

¹⁵⁴ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022), S. 33.

¹⁵⁵ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022), S. 33.

¹⁵⁶ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022), S. 33.

4.1.1 Der Prozess des Employer Brandings und dessen Anwendungsmöglichkeit für Profit-Unternehmen

Nicht nur Unternehmen des Gesundheitswesens, sondern auch privatwirtschaftliche Unternehmen müssen sich mit den dargelegten Folgen des demografischen Wandels beschäftigen, um den Bestand des Unternehmens zu sichern. Das Personal ist zur wichtigsten Ressource eines Unternehmens geworden. Dies hat zur Folge, dass sich hochqualifizierte Hochschulabgänger oder High-Potentials den präferierten Arbeitgeber aussuchen können. Die bislang gültige Marktlage, dass sich Unternehmen die Arbeitskräfte ihrer Wahl selektieren können, kehrt sich um.¹⁵⁷ Zudem bedingt der demografische Wandel, dass die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter von 42,05 Millionen im 1. Quartal 2022¹⁵⁸ auf mindestens 41,5 Millionen und höchstens auf 33,3 Millionen im Jahre 2060 abnehmen wird. Zudem wird ein Rückgang an Erwerbspersonen und eine dauerhaft hohe Nettozuwanderung aus dem Ausland mit über 300.000 Personen pro Jahr sowie eine Zunahme der Erwerbsbeteiligung voraus, welche bei Frauen stärker ausfällt als bei Männern. Der starke Rückgang an Erwerbspersonen resultiert aus der Tatsache einer niedrigen Nettozuwanderung von 150.000 Personen pro Jahr bei gleichzeitig stagnierendem Erwerbsverhalten. Die Hauptursache für das Sinken der Erwerbspersonenzahl ist das Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge (Baby-Boomer Generation) aus dem erwerbsfähigen Alter in den kommenden 25 Jahren. Ohne eine erhöhte Nettozuwanderung ist ein Absinken der Erwerbspersonenzahl bis 2060 auf knapp 28,2 bis 30,6 Millionen zu erwarten.¹⁵⁹

Die aufgezeigten Zahlen der sinkenden Erwerbspersonenzahlen in den nächsten Jahren werden den Kampf um geeignete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch zusätzlich verstärken. Genau diese dargelegte Situation findet sich auch im deutschen Gesundheitswesen wieder. Die immer wichtiger werdende Herausforderung ist es als attraktiver Arbeitgeber aufzutreten.¹⁶⁰ Damit die potenziellen Bewerberinnen und Bewerber ein Unternehmen als interessant wahrnehmen, setzen die Arbeitgeber neben Kriterien wie Work-Life-Balance oder finanziellen Anreizen verstärkt auf Employer Branding-Kampagnen, die auf den Ansatz des Product Brandings¹⁶¹ zurückgehen.¹⁶² Dies bedingt, dass die Unternehmen verpflichtet sind, ihre eigene Persönlichkeit durch Corporate Identity zu pflegen, welche für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie von wesentlicher Bedeutung ist.¹⁶³

Ambler und Barrow verstehen unter Employer Branding die Kombination aus psychologischen, fachlichen und wirtschaftlichen Vorteilen, die eine Beschäftigung beim jeweiligen Arbeitgeber

¹⁵⁷ Vgl. Rietz, C., Lohaus, D. (2013), S. 1418.

¹⁵⁸ Vgl. Statista (2022).

¹⁵⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2022).

¹⁶⁰ Vgl. Bruhn, M, Batt, V., Flückiger, B. (2013), S. 62.

¹⁶¹ Product Branding erstellt getrennte Identitäten für verschiedene Produkte (product branding builds separate brand identities for different products). Vgl. Xie, H. Y., Boggs, D. J. (2006), S. 347.

¹⁶² Vgl. Rietz, C., Lohaus, D. (2013), S. 1418.

¹⁶³ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 235.

befürwortet.¹⁶⁴ Der Arbeitnehmer wird somit auf verschiedenen Wegen, auf denen die Employer Branding Maßnahmen kommuniziert werden, bei der Wahl des Arbeitgebers beeinflusst.¹⁶⁵ Die Kernidee hierbei ist die unmittelbare Identifikation des Arbeitnehmers mit dem Arbeitgeber, sodass die sozio-kulturellen Wertvorstellungen und die politischen Zielsetzungen übereinstimmen.¹⁶⁶ Dieser Aspekt stellt neben den üblichen Charakteristiken eines Arbeitgebers den ausschlaggebenden Parameter für die Entscheidung hinsichtlich eines Arbeitgebers dar und schließt auch die Motivation eines Arbeitnehmers zur Erbringung einer aktuellen und auch einer zukünftigen Leistung für diesen ein. Ist diese Identifikation gegeben, dann fühlen sich die Bewerber von den Arbeitgebern angezogen, die ihr reales Selbst festigen und gleichzeitig die Möglichkeit eröffnen, ihrem idealen Selbst näher zu kommen.¹⁶⁷ Die Ähnlichkeit zwischen dem eigenen Selbst und dem am meisten präferierten Arbeitgeber ist größer als die Ähnlichkeit zwischen dem eigenen Selbst und dem am wenigsten präferierten Arbeitgeber. Somit stehen das Selbstkonzept und die wahrgenommene Arbeitgeberattraktivität bei Übereinstimmung in einem positiven Zusammenhang.¹⁶⁸ Eine/Ein Bewerberin/Bewerber wählt folglich nach Abgleich seiner Persönlichkeitseigenschaften mit denen des Unternehmens dasjenige aus, für das er zum Zeitpunkt der Entscheidung die höchste Präferenz empfindet.¹⁶⁹

Der Auswahlprozess einer Präferenz für einen Arbeitgeber läuft nach Böcker in drei Phasen ab: In der Vorauswahlphase, der Zwischenauswahlphase und in der Phase der Entscheidung. In der Vorauswahlphase wählt die/der Bewerberin/Bewerber diejenigen Unternehmen aus, mit denen die vom ihm gesetzten Ziele erreicht werden können. In der Zwischenauswahlphase filtert die/der Bewerberin/Bewerber anhand von Schlüsselkriterien diejenigen Unternehmen aus, die die von ihm gesetzten Mindestanforderungen nicht erfüllen. In der Phase der Entscheidung findet die genaue Auseinandersetzung der vorselektierten Unternehmen in Bezug auf den oben konstatierten Fit zwischen der Persönlichkeit der/des Bewerberin/Bewerbers und der Persönlichkeit des Unternehmens sowie die merkmalsbezogene Abwägung der Vor- und Nachteile statt.¹⁷⁰

Um den Zustand der höchsten Präferenz zu erlangen und in der Entscheidungsphase von einer/einem Bewerberin/Bewerber ausgewählt zu werden, ist der wiederkehrende Kontakt des Unternehmens mit der/dem Bewerberin/Bewerber von zentraler Bedeutung. So können bspw. die Unfreundlichkeit von

¹⁶⁴ Vgl. Ambler, T., Barrow, S. (1996), S. 187.

¹⁶⁵ Vgl. Rietz, C., Lohaus, D. (2013), S. 1418.

¹⁶⁶ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 132.

¹⁶⁷ Vgl. Petkovic; M. (2008), S. 132.

¹⁶⁸ Vgl. Andratschke, N., Regier, S., Huber, F. (2009), S. 66.

¹⁶⁹ Vgl. Nieschlag, R., Dichtl, E., Hörschgen, H. (2002), S. 609 ff.

¹⁷⁰ Vgl. Böcker, F. (1986), S. 570.

Repräsentanten oder ein mangelnder Internet- und Social Media-Auftritt gerade im Zeitalter der Generation Y und Z dazu führen, das ein Unternehmen ausscheidet.¹⁷¹

Die resultierende Handlungsempfehlung für ein Unternehmen ist es, eine Persönlichkeit zu entwickeln,¹⁷² indem die Werte und Charakteristiken nach außen kommuniziert werden, sodass sich Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Bewerberinnen/Bewerber mit dem Unternehmen identifizieren können.¹⁷³ Durch die Implementierung der Arbeitgeberidentität erhöhen sich die emotionale Bindung und die Loyalität der Mitarbeiter, was wiederum die Motivation und die Leistungsfähigkeit steigert.¹⁷⁴ Die Entwicklung einer Arbeitgeberidentität im Rahmen der Employer Branding Strategie ermöglicht es, dass die Bewerberinnen/Bewerber auf ein Unternehmen aufmerksam werden, das die gleichen Werte und die gleiche Persönlichkeit aufweist wie sie selbst.¹⁷⁵ Dadurch erhält das Unternehmen für die Bewerberinnen/Bewerber eine hohe Präferenz, sodass es in der Vor- und der Zwischenauswahlphase nicht aussortiert, sondern in die Entscheidung einbezogen wird. Des Weiteren sind die Außendarstellung der Repräsentanten eines Unternehmens, bspw. auf Karrieremessen und Jobbörsen, als auch die Informationsbereitstellung z. B. auf der Homepage eines Unternehmens von zentraler Bedeutung und fließen in die Entscheidungsfindung mit ein.¹⁷⁶

Problematisch an dem beschriebenen Konzept ist, dass vielen Bewerberinnen und Bewerbern zentrale Informationen über das Unternehmen als solches fehlen,¹⁷⁷ weshalb die oben beschriebene Entscheidungsfindung erschwert werden kann, sodass es für einen Arbeitgeber wichtig ist, als Top-of-Mind Arbeitgeber für die Bewerberinnen und Bewerber zu gelten. Dieser Begriff besagt, dass das Unternehmen gedanklich präsent ist und dem akademischen Nachwuchs bei der Wahl eines Arbeitgebers oder bei der Thematisierung der Attraktivität eines Unternehmens als Arbeitgeber als erstes einfällt.¹⁷⁸ Abstufungen davon sind die Kategorien „Arbeitgeber ist unbekannt“¹⁷⁹, „Arbeitgeber ist passiv bekannt“¹⁸⁰ und „Arbeitgeber ist aktiv bekannt“¹⁸¹. „Arbeitgeber ist unbekannt“ bedeutet, dass das Unternehmen unter den akademischen Nachwuchskräften auch mangels Kenntnis nicht als

¹⁷¹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 158.

¹⁷² Vgl. Mayer, A., Mayer, R. U. (1987), S. 16 ff.; Biel, A. L. (2000), S. 79 ff.; Wiedmann, K. P. (2004), S. 1415.

¹⁷³ Vgl. Mattmüller, R., Buschmann, A. (2015), S. 22. In der Studie von Aaker, in der es um die Übertragbarkeit des FFMs auf die Dimensionen der Markenpersönlichkeit geht, konnte dies belegt werden. Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67; Aaker, J. L. (1997) S. 347-356; Aaker, J. L. (2005), S. 171 ff.

¹⁷⁴ Vgl. Backhaus, K., Tikoo, S. (2004), S. 508 f.; Wiese, D. (2005), S. 67.

¹⁷⁵ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 36.

¹⁷⁶ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 158.

¹⁷⁷ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 112.

¹⁷⁸ Vgl. Schmidt, H. J. (2001), S. 64.

¹⁷⁹ Vgl. Herbst, D. (2002), S. 83 f.; Esch, F. R. (2005), S. 72 ff.

¹⁸⁰ Vgl. Kapferer, J. N (1992), S. 101; Herbst, D. (2002), S. 64.

¹⁸¹ Vgl. Herbst, D. (2002), S. 64; Langner, T. (2003), S. 18 f.; Tolle, E., Steffenhagen, H. (1994), S. 1294 ff.; Kapferer, J. N (1992), S. 101; Unger, F. (1986 b), S. 13.

Arbeitgeber in Betracht kommen kann.¹⁸² „Arbeitgeber ist passiv bekannt“ beschreibt die Tatsache, dass der akademische Nachwuchs sich nach Lesen oder Hören des Namens an das Unternehmen erinnert.¹⁸³ „Arbeitgeber ist aktiv bekannt“ drückt den Sachverhalt aus, dass sowohl bei der kognitiven Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber als auch bei der Betrachtung besonderer Nutzenvorteile der Nachwuchs selbstständig den Namen des Unternehmens assoziiert.¹⁸⁴ Unabhängig von den beschriebenen Möglichkeiten, wird eine Entscheidung für oder gegen einen Arbeitgeber stets unter Risiko getroffen, da die/der Bewerberin/Bewerber vor Aufnahme der Beschäftigung keine vollständige Datengrundlage über das Unternehmen besitzt sowie die Mitarbeiter und die Organisationsprozesse nicht kennt.¹⁸⁵ Tritt die Tatsache „Arbeitgeber ist passiv bekannt“ oder „Arbeitgeber ist unbekannt“ auf, dann wird von den Bewerberinnen und Bewerbern regelmäßig die Meinung von Dritten unreflektiert übernommen.¹⁸⁶

Eine Handlungsempfehlung für Unternehmen ist darin zu sehen, als Top-of-Mind Arbeitgeber zu gelten,¹⁸⁷ damit das Risiko für Bewerberinnen und Bewerber sich für einen Arbeitgeber zu entscheiden, minimiert werden kann und die Bewerberinnen und Bewerber die Meinungen von Dritten nicht unreflektiert übernehmen.¹⁸⁸ Eine eigene Meinungsbildung wird damit gefördert. Dazu ist es notwendig geeignete Werbemaßnahmen sowie Informationsveranstaltungen für Hochschulabgängerinnen/Hochschulabgänger und Auszubildende anzubieten oder aktiv in Universitäten und Schulen zu werben.¹⁸⁹ Die herrschende Meinung außerhalb eines Unternehmens wird somit als positiv empfunden, weshalb Rekrutierungsprobleme besser gelöst werden können.¹⁹⁰

4.1.2 Die Arbeitgebermarke als Erfolgsfaktor

Der in Abschnitt 3.1.1 definierte Begriff Employer Branding ist von der sog. Employer Brand abzugrenzen. Das Employer Branding möchte wie bereits dargelegt eine höhere emotionale Bindung zwischen den Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter oder den Bewerberinnen/Bewerber und dem Unternehmen erreichen¹⁹¹ sowie durch Planung, Gestaltung, Führung und Kontrolle die umworbenen Fachkräfte präferenzwirksam beeinflussen (Employer-of-Choice).¹⁹² Die Employer Brand hingegen bildet letztlich

¹⁸² Vgl. Herbst, D. (2002), S. 64; Aaker, D. A. (1992), S. 83 f.; Esch, F. R. (2005), S. 72 ff.

¹⁸³ Vgl. Kapferer, J. N. (1992), S. 101; Herbst, D. (2002), S. 64.

¹⁸⁴ Vgl. Herbst, D. (2002), S. 64; Langner, T. (2003), S. 18 f.; Tolle, E., Steffenhagen, H. (1994), S. 1294 ff.; Kapferer, J. N. (1992), S. 101; Unger, F. (1986 b), S. 13.

¹⁸⁵ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 84.

¹⁸⁶ Vgl. Moll, M. (1992), S. 32; Zimmer, D. (1995), S. 53.

¹⁸⁷ Vgl. Schmidt, H. J. (2001), S. 99; Herbst, D. (2002), S. 64.

¹⁸⁸ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 84; Moll, M. (1992a), S. 32; Zimmer, D. (1995), S. 53.

¹⁸⁹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 112 f.

¹⁹⁰ Vgl. Nieschlag, R. et al. (2002), S. 994 f.; Knoblauch, R. (2001), S. 142 f.

¹⁹¹ Vgl. Koppelman, U. (2001), S. 42 ff.; in Anlehnung an Meffert, H. (2000), S. 847.

¹⁹² Vgl. Bierwirth, A. (2003), S. 18; Domizlaff, H. (1951), S. 159 ff.; Petkovic, Mladen (2008), S. 71.

das Ergebnis des Prozesses eines Employer Brandings und stellt die nach außen hin kommunizierte Marke des Arbeitgebers dar.¹⁹³ Durch die Steigerung der Attraktivität erhöht sich die Anzahl an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern,¹⁹⁴ die Wechselbereitschaft sinkt, die Loyalität wird gefördert und die Bindung erhöht.¹⁹⁵ Dadurch kann eine Differenzierung zur Konkurrenz¹⁹⁶ durch ein Paket an inhaltlichen, ökonomischen und psychologischen Vorteilen als Alleinstellungsmerkmal sowie durch die Vermittlung von Orientierung, Vertrauen und Identifikation erreicht werden.¹⁹⁷ So definieren Ambler und Barrow den Begriff der Employer Brand bspw. als „the package of functional, economic and psychological benefits provided by employment and identified with the employing company“.¹⁹⁸ Die Employer Brand bietet den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf der einen Seite als Identifikationsfunktion die Möglichkeit in Analogie zum Employer Branding, sich als Person mit den Eigenschaften des Unternehmens als Ganzes zu vergleichen. Existieren auf der anderen Seite positive Korrelationen in Bezug auf die Werte oder die Einstellung der/des Mitarbeiterin/Mitarbeiters mit den Produkten, der Umwelt- oder Sozialpolitik des Unternehmens, so kann dies ein langfristiges, auf gleichen Idealen basierendes Arbeitsverhältnis begründen,¹⁹⁹ was als Prestigefunktion bezeichnet wird. Akademische Nachwuchskräfte wählen vorzugsweise den Arbeitgeber aus, der ihnen die Möglichkeit bietet, sich in ihrem Freundeskreis positiv darzustellen.²⁰⁰

Je stärker das Bild einer Arbeitgebermarke mit dem Image eines Individuums übereinstimmt, desto höher ist die Präferenz des Individuums für die Marke, was sich darin äußert, dass die Loyalität zum Unternehmen ebenfalls hoch ist, andernfalls ist das Individuum bereit, sich ein neues Unternehmen zu suchen.²⁰¹

Dieser zuvor beschriebene Zusammenhang konnte bei der Arbeitgeberwahl bereits festgestellt werden, so führt eine wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen dem Selbstimage der/des Bewerber/Bewerbers und dem Unternehmen zu einer Erhöhung der Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeber.²⁰² Eine/Ein Bewerberin/Bewerber fühlt sich demnach von dem Unternehmen angezogen, dass es ihm potentiell ermöglicht, das gewünschte Selbstimage zu erreichen.²⁰³ Bewerberinnen und Bewerber sind von dem Arbeitgeber mehr angezogen, welcher die gleichen Werte und Normen wie die/der

¹⁹³ Vgl. Backhaus, K., Tikoo, S. (2004), S. 502.

¹⁹⁴ Vgl. Edig, T. (2002), S. 2.

¹⁹⁵ Vgl. Hatfield, J. (1999), S. 50 f.

¹⁹⁶ Vgl. Esch, F. R. (2005), S. 1.

¹⁹⁷ Vgl. Rietz, C., Lohaus, D. (2013), S. 1418.

¹⁹⁸ Vgl. Ambler, T., Barrow, S. (1996), S. 187.

¹⁹⁹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 132.

²⁰⁰ Vgl. Koppelman, U. (2001), S. 42 ff.

²⁰¹ Vgl. Meffert, H., Bierwirth, A. (2005), S.153; Herrmann, A., Huber, F., Braunstein, C. (2005), S. 185.

²⁰² Vgl. Süß, M. (1996), S. 92 f.; Bezug nehmend auf Tom, V. R. (1971), S. 573-592.

²⁰³ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 133.

Bewerberin/Bewerber selbst vertritt.²⁰⁴ Dabei kommt die Identifikation der Employer Brand zum Tragen.²⁰⁵ Zudem vermittelt der emotionale Beitrag der Employer Brand Prestige, Werte und Gruppenzugehörigkeit. Hervorzuheben hierbei ist, dass das Unternehmensimage bei externen Bezugsgruppen den Wunsch auslöst, im Unternehmen mitwirken zu wollen. Wenn es einen Fit zwischen dem Versprechen und den Erwartungen sowie zwischen dem Verhalten und dem Erlebnis gibt, dann erhält das Unternehmen eine positive Reputation.²⁰⁶ Im Zusammenhang mit der Employer Brand steht auch das Employer Image, das die Perspektive der Nachwuchskräfte beschreibt.²⁰⁷ Es werden verschiedene Imagearten unterschieden, wobei hier der Fokus auf dem Personalimage, welches das Vorstellungsbild beschreibt, das sich Menschen im Arbeitsmarkt über ein Unternehmen als Arbeitgeber gemacht haben, liegt.²⁰⁸

In Summe ergibt sich für Unternehmen aus dem Prozess des Employer Brandings, dem daraus resultierenden Ergebnis in Form der Employer Brand und dem damit verbundenen Employer Image, dass sich sowohl Bewerberinnen/Bewerber als auch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit dem Unternehmen identifizieren können. Dies äußert sich darin, dass die/der Bewerberin/Bewerber oder die/der Mitarbeiterin/Mitarbeiter die gleichen Werte oder die gleiche Einstellung zu der Sozial- oder Umweltpolitik vertritt wie das Unternehmen selbst. Dies kann auf ein langes bestehendes Verhältnis oder auf ein neues Verhältnis hindeuten, welches auf der Basis gleicher Ideale begründet ist und somit als erfolgsversprechend eingeschätzt werden kann.²⁰⁹ Dadurch verkörpert ein Unternehmen Prestige, was von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern als wichtig empfunden wird²¹⁰ und ihnen ermöglicht, das gewünschte Selbstimage zu erreichen.²¹¹ Es ist für Unternehmen beim Werben um geeignete Bewerberinnen/Bewerber als auch bei der Bindung beschäftigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von zentraler Bedeutung, eine Arbeitgebermarke mit Werten und Einstellungen, die dem Unternehmen wichtig sind, aufzubauen, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzusprechen, die ein Unternehmen gerne rekrutieren möchte. Um ein positives Unternehmensimage zu erhalten, ist es unerlässlich, dass das Versprechen des Unternehmens mit den Erwartungen der Bewerberinnen und Bewerber übereinstimmen wie auch das Verhalten und das Erlebnis.²¹² Zudem sollte das Personalimage ebenfalls

²⁰⁴ Vgl. Lievens, F, Highhouse, S. (2003), S. 76; Tom, V. R. (1971), S. 586.

²⁰⁵ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 50.

²⁰⁶ Vgl. Burmann, C., Halaszovich, T., Hemmann, F. (2012), S. 74.

²⁰⁷ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 7.

²⁰⁸ Vgl. Henzler, A. (1975), S. 1565. Synonym zu diesem Begriff, werden ebenfalls die Begriffe des Organizational Image, Arbeitgeberimage oder auch Employer Image verwendet, um ein Unternehmen subjektiv zu bewerten.

Vgl. Lieber, B. (1995), S. 10; Teufer, S. (1999), S. 133.

²⁰⁹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 132.

²¹⁰ Vgl. Koppelman, U. (2001), S. 42 ff.

²¹¹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 133.

²¹² Vgl. Burmann, C. et al. (2012), S. 74.

positiv ausgeprägt sein, da andere Menschen in der Folge ein positives Bild des Unternehmens als Arbeitgeber besitzen.

4.1.3 Informationsquellen für Young Professionals

Anwendbare Theorien zur Verdeutlichung der bisherigen Erkenntnisse bzgl. der Wichtigkeit von Informationen für die Wahl eines Arbeitgebers sind in der Informationsökonomie gegeben. Diese unterscheidet zwischen internen und externen sowie zwischen primären und sekundären Informationsquellen. Dabei werden unter internen Quellen im Gedächtnis gespeicherte Informationen verstanden, die ein Individuum in früheren Lebensphasen erworben hat.²¹³ Dies kann zum einen Wissen sein, das im Rahmen des Bildungsprozesses erworben wurde und zum anderen durch Erfahrungen generiertes Wissen. Externe Informationen hingegen generiert das Individuum von seiner Außenwelt.²¹⁴ Fragt die/der Bewerberin/Bewerber selbstständig durch Inspektion des Beurteilungsgegenstandes nach, handelt es sich um eine externe, primäre Informationsquelle.²¹⁵ Zu diesen Quellen zählen unternehmensinterne Veranstaltungen wie bspw. Unternehmensbesichtigungen, Präsentationen oder Workshops. Diese Maßnahmen sollen für einen erhöhten Grad an Glaubwürdigkeit sorgen. Zudem führt ein direkter Kontakt mit Vertreterinnen/Vertretern und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Unternehmens zur Steigerung der Attraktivität eines Arbeitgebers, da dies Sicherheit in Bezug auf das Betriebsklima innerhalb des Unternehmens schafft. Eine weitere Möglichkeit für Unternehmen bietet das Angebot von Praktika, Praxisstudententätigkeiten oder auch von Abschlussarbeiten, da diese Angebote den unternehmensinternen Direkt-Kontakt ermöglichen und die Qualitäten eines Unternehmens direkt erlebbar machen. Direkt-Kontakten kommt somit eine hohe Bedeutung zu, da sie die Möglichkeit bieten, Kenntnisse über Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften zu bekommen, die sonst nur schwer nachprüfbar sind.²¹⁶

Eine externe primäre als auch sekundäre Informationsquelle stellen Hochschulaktivitäten dar, wie z. B. Kontaktmessen, Unternehmenspräsentationen oder Workshops. Die Hochschulaktivitäten schaffen die Voraussetzung dafür, dass Studierenden-Vertreter das Unternehmen kontaktieren und somit erste Rückschlüsse auf das Arbeitsklima im Unternehmen schließen können. Werbung kann, wenn ihre Botschaften überprüfbar sind, ebenfalls eine vertrauensbildende Wirkung entfalten.²¹⁷ Wichtig hierfür ist, dass die Aussagen, die in der Werbung getroffen werden, durch Informationen, zu denen die/der Bewerberin/Bewerber leichten Zugang hat, verifiziert werden können.²¹⁸ Der Zugang zu Informationen kann über Internetseiten (z. B. Internetseite KV Saarland) oder über Social Media Kanäle erfolgen. Zu

²¹³ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 125.

²¹⁴ Vgl. Vahrenkamp, K. (1991), S. 30.

²¹⁵ Vgl. Mengen, A. (1993), S. 118 ff.; Schneider, C. (1997), S. 100 f.

²¹⁶ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 125 f.

²¹⁷ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 126 f.

²¹⁸ Vgl. Irmscher, M. (1997), S. 218 ff.; Schneider, C. (1997), S. 124.

diesen Social-Media-Kanälen zählen Instagram, Facebook und Twitter.²¹⁹ Instagram ist der am emotionalsten empfundene Kanal, was sich daran zeigt, dass er vor allem mit Bildern und Videos assoziiert wird, der Text spielt dabei eine untergeordnete Rolle.²²⁰ So besteht die Abgrenzung zu Facebook und Twitter darin, dass Instagram von der Community geprägt ist.²²¹ Instagram wird daher häufig als Marketing-Tool in Unternehmen eingesetzt, das vor allem die junge Zielgruppe (Generation Z) anspricht. Im Gegenzug bietet Instagram die Möglichkeit der emotionalen Initiierung einer Marke, was zu einer höheren Identifikation mit dem Beitrag und schließlich mit der Marke führen kann.²²²

Facebook kann als hybrider Social-Media-Kanal definiert werden, der aus Sicht von Unternehmen und Nutzern sowohl emotionale als auch informative Elemente enthält und somit zwischen Instagram (emotional) und Twitter (informativ) einzuordnen ist.²²³ So bietet Facebook im Gegensatz zu Instagram die Funktion, gesehene Beiträge zu teilen, was besonders aus Unternehmenssicht wichtig ist, um die Reichweite zu erhöhen. Hohe User-Zahl sowie hohe Zielgruppenerreichbarkeit führen dazu, dass Facebook intensiv für Marketing-Zwecke eingesetzt wird.²²⁴

Twitter wird als informativer Social-Media-Kanal wahrgenommen, da Texte primär informativ aufgefasst werden. Durch die Schnellebigkeit wird ihr eine höhere Aktualität zugesprochen. Twitter wird dabei zur gezielten Informationssuche für berufliche Themen als auch für das Studium genutzt.²²⁵

So setzt die KV Saarland sowohl auf Instagram als auch auf Facebook ein. Zum Stichtag 20.07.2022 besitzt die KV Saarland 512 Follower bei Instagram und wurde 193 Mal abonniert. Auf dem Instagram Kanal wird dabei über Fördermaßnahmen während des Medizinstudiums, der Weiterbildung und des Einstiegs in die Niederlassung informiert.²²⁶ Facebook wird ebenfalls dazu verwendet, Informationen bezüglich der Niederlassungsförderung zu kommunizieren.²²⁷

Nachwuchskräfte selbst stellen eine externe sekundäre Informationsquelle dar, da diese bereits unterschiedliche Erfahrungen mit dem Unternehmen als Arbeitgeber sammeln und sich untereinander über ihre Erfahrungen austauschen.²²⁸ Die Nachwuchskräfte selbst fungieren hierbei als Multiplikatoren, da sie Erfahrungsträger sind, die ihre gesammelten Erkenntnisse zum Beispiel aus einem Beschäftigungsverhältnis, aus einem Bewerbungsprozess oder aus einem Praktikum an ihre

²¹⁹ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 24.

²²⁰ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 27.

²²¹ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 27.

²²² Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 28.

²²³ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 28.

²²⁴ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 29.

²²⁵ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 30.

²²⁶ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

²²⁷ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

²²⁸ Vgl. Vahrenkamp, K. (1991), S. 31.

Kommilitoninnen/Kommilitonen oder Kolleginnen/Kollegen weitergeben.²²⁹ Schülerinnen/Schüler, Absolventeninnen/Absolventen oder Young Professionals können ebenfalls Multiplikatoren darstellen. Professorinnen und Professoren kommt als unabhängigen Dritten eine hohe Bedeutung in der Funktion eines Meinungsführers zu, dem hohe Glaubwürdigkeit geschenkt und Vertrauen entgegengebracht wird.²³⁰

4.1.4 Einflussgrößen auf das Employer Branding

Für die Umsetzung einer Employer Branding Strategie sind die Einstellung, das Image sowie das Involvement von wegweisender Bedeutung. Alle Charakteristiken sind von gleicher Wertigkeit, müssen aber über unterschiedliche Herangehensweisen entweder einzeln oder im Verbund betrachtet werden. Die zu Beginn beobachtete Einstellung einer Person wird definiert als „Bereitschaft zur positiven oder negativen Bewertung eines Betrachtungsobjektes“²³¹ und wird zusammen mit dem Verhalten dieses Individuums von inneren Bildern geprägt. Diese bildhaften inneren Vorstellungen werden im Langzeitgedächtnis abgespeichert.²³² Für die Employer Brand muss demnach ein Markenbild entwickelt werden, um über einen längeren Zeitraum bei den Bewerberinnen und Bewerbern eine positive Erinnerung zu hinterlassen²³³ sowie eine besonders starke Emotionalisierung und aktivierende Wirkung mit Bildern zu erzielen.²³⁴ Neben den sachlichen Informationen wird zusätzlich noch ein bestimmtes Gefühl ausgelöst.²³⁵ Die erzielte Emotionalisierung bietet ebenfalls die Möglichkeit, sich von der Konkurrenz zu differenzieren. Eine positive und emotional aufgeladene Arbeitgebermarke erhöht die Sympathie für das Unternehmen und stimuliert gleichzeitig die Zufriedenheit bei den aktuellen und potenziellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.²³⁶ Das Unternehmen verbessert sich ferner in der sog. Employer-Value-Proposition, indem das Unternehmen als Arbeitgeber einen möglichst hohen Attraktivitätsgrad erreicht.²³⁷

Für die Strategie eines Employer Brandings spielt als zweite Komponente das Image eines Unternehmens eine wichtige Rolle. Dieses Image wird als „die Gesamtheit aller subjektiven Ansichten und Vorstellungen einer Person von einem Gegenstand, also einem Bild, das sich eine Person von einem Gegenstand macht“²³⁸ definiert und kann gemäß der einstellungspsychologisch orientierten

²²⁹ Vgl. Unger, F., Fuchs, W. (1999), S. 108; Poe, A. C. (2000), S. 62 ff.; Kolter, E. R. (1991), S. 71.

²³⁰ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 129.

²³¹ Nieschlag, R. et al. (2002), S. 594 f.

²³² Vgl. Bekmeier-Feuerhahn, S. (2005), S. 1335 f.; Esch, F. R. (2001), S. 128 f.; Ruge, H. D. (2005), S. 242 f.

²³³ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 159.

²³⁴ Vgl. Trommsdorf V. (2002), S. 106; Ruge, H. D. (2005), S. 242; Esch, F. R. (2001), S. 134 ff.

²³⁵ Vgl. Petkovic, M. (2007), S. 62 f.

²³⁶ Vgl. Koppelman, U. (2001), S. 43 f.

²³⁷ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 191.

²³⁸ Knobich, H., Esch, F. R. (2001), S. 627.

Imagetheorie als mehrdimensionale Einstellung gesehen werden.²³⁹ Das Image und die Marke geben der/dem Bewerberin/Bewerber ein gewisses Maß an Vertrauen, was wiederum die Grundlage für die Senkung der Verhaltensunsicherheit bildet.²⁴⁰

Das Involvement als finale Einflussmöglichkeit hat für die Gestaltung des Employer Brandings eine große Bedeutung. Steigt das Involvement einer Person mit dem zukünftigen Arbeitgeber an, so erhöht sich die Bereitschaft, sich mit dem Thema der Attraktivität und der Wahl eines Arbeitgebers auseinander zu setzen sowie für die Aufnahme von Informationen zu sensibilisieren.²⁴¹ Die persönlichen Neigungen eines Individuums bedingen verschiedene Arten, Ziele und Interessen einer Person, was als personenspezifisches Involvement bezeichnet werden kann.²⁴² Vergleichend zu anderen Involvement-Arten zeichnet sich das personenspezifische Involvement durch eine konstante Form aufgrund der zeitlichen Stabilität der Persönlichkeit eines Individuums aus.²⁴³ Produkt-Involvement bezeichnet die dauerhafte Relevanz eines Produktes für ein Individuum,²⁴⁴ wobei das Produkt eines Unternehmens als solches im weiteren Sinne die Entscheidung für einen Arbeitgeber beeinflusst.²⁴⁵ Wichtig für den Aufbau einer Arbeitgebermarke ist des Weiteren das Stimulus- oder Situationsinvolvement, bei dem reizspezifische Merkmale im Vordergrund stehen.²⁴⁶ Die Informationsaufnahme und -verarbeitung der angehenden Fach- und Führungskräfte werden durch die Art und Intensität der Stimuli beeinflusst, was sich durch die Reizgebundenheit ergibt.²⁴⁷ Das Situations-Involvement kennzeichnet den Sachverhalt, dass sich das Interesse bei potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern mit der Thematik der Arbeitgeberwahl oder des Arbeitgeberwechsels im Zeitverlauf ändert.²⁴⁸ Es ist eine Zunahme des Involvements im Laufe der Zeit festzustellen. Bei Schülerinnen/Schülern oder Studierenden im Grundstudium sind die Anforderungen, die sie an einen Arbeitgeber stellen, noch wenig bis gar nicht ausgeprägt und es ist zum Teil auch ein geringes Interesse an Informationen festzustellen. Studierende, die sich hingegen im Hauptstudium befinden, besitzen gewisse Erwartungen, die sie an einen Arbeitgeber stellen, sie weisen ein Interesse an Informationen auf und treffen erste Überlegungen zur Arbeitgeberwahl. Studierende, die kurz vor ihrem Abschluss stehen, haben ein hohes Informationsinteresse und ihre Nutzenerwartungen sind klar ausgeprägt.²⁴⁹

²³⁹ Vgl. Kroeber-Riel, W., Weinberg, P. (2003), S. 197.

²⁴⁰ Vgl. Teufer, S. (1999), S. 128.

²⁴¹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 168.

²⁴² Vgl. Kroeber-Riel, W., Weinberg, P. (2003), S. 371 f.; Nieschlag, R. et al. (2002), S. 1013 f.

²⁴³ Vgl. Felser, G. (2001), S. 59.

²⁴⁴ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 169.

²⁴⁵ Vgl. Schulz, F. (1997), S. 53.

²⁴⁶ Vgl. Kroeber-Riel, W., Weinberg, P. (2003), S. 371 f.

²⁴⁷ Vgl. Donnerstag, J. (1996), S. 118; Kroeber-Riel, W., Weinberg, P. (2003), S. 371.

²⁴⁸ Vgl. Eisele, D. S. (2001), S. 415; Böde, U., Ekkehard, S., Sängler, K. D. (1991), S. 733 ff.

²⁴⁹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 197.

Endogene sowie auch exogene Faktoren, die auf die Arbeitgeberattraktivität einwirken, beeinflussen das Employer Branding ebenfalls. Zu den endogenen Faktoren zählen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die Unternehmenskultur, die Reputation, die Verdienst- und Karriereöglichkeiten, die Authentizität und die Glaubwürdigkeit sowie die Job Charakteristika. Als ebenfalls zu berücksichtigende exogene Einflussfaktoren können das Attraktivitätsniveau und das Qualitätslevel der Wettbewerber, die Standortattraktivität, die Größe und der finanzielle Erfolg des Unternehmens, der Einfluss von Computernetzwerken und Medien, die Branchenattraktivität und die wirtschaftliche Lage angeführt werden.²⁵⁰ Weiterhin sind harte und weiche Hygienefaktoren wie auch harte und weiche Motivatoren für die Attraktivität eines Unternehmens aus Sicht der Bewerberinnen und Bewerber von Bedeutung. Zu den weichen Hygienefaktoren zählt bspw. die Work-Life-Balance, zu den harten Faktoren hingegen die Vergütung, eine der Leistung entsprechende Gehaltsentwicklung sowie die Sicherheit des Arbeitsplatzes. Die Gestaltung der Arbeitsaufgabe ist ein Faktor der zu den weichen Motivatoren gehört, Möglichkeiten zur Weiterbildung können den harten Motivatoren zugeordnet werden.²⁵¹

4.2 Besonderheiten und Möglichkeiten zur Anwendung des Employer Brandings in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Um den zuvor beschriebenen Ansatzpunkt des Employer Brandings auf die ambulante ärztliche Versorgung anwenden zu können, sind einige charakteristische Merkmale zu beachten. Die aufgezeigten Ziele und Möglichkeiten des Employer Brandings werden anschließend auf den ambulanten Bereich übertragen und eine mögliche Employ-of-Choice-Strategie abgeleitet.

4.2.1 Besonderheiten des Berufsbildes des niedergelassenen Arztes

Voraussetzung für die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Deutschland ist gemäß § 3 BÄO der Besitz der Approbation als Ärztin/Arzt oder die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Berufes als Ärztin/Arzt nach § 10 BÄO.²⁵²

Die Freiheit der Entscheidung einer/eines Ärztin/Arztes wird durch das ärztliche Berufsrecht eingeschränkt, da die/der Ärztin/Arzt der Verpflichtung der persönlichen Leistungserbringung unterliegt.²⁵³ Weiterhin existieren bspw. Regelungen für die Zuweisung von Patientinnen/Patienten und für Werbemöglichkeiten.²⁵⁴

Mit Bezug zu den Tätigkeiten der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes ist nochmals zu spezifizieren, dass diese freiberuflich erfolgen und somit nicht der Gewerbeordnung unterliegen. Diese Besonderheit kommt deshalb zum Tragen, da die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte besondere Qualifikationen

²⁵⁰ Vgl. Nagel, K. (2011), S. 38.

²⁵¹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 169 ff.

²⁵² Vgl. Ärztekammer des Saarlandes (2018).

²⁵³ Vgl. Graf von Stillfried, D. et al. (2012), S. 183.

²⁵⁴ Vgl. Schirmer, H. D. (2006), S. 14.

besitzen sowie einen gesellschaftlichen Auftrag ausführen, welcher durch die Heilberufsgesetze²⁵⁵ erteilt wird.²⁵⁶ Diese Besonderheiten sind bei der Übertragung des Employer Branding Ansatzes zu berücksichtigen. In der vorliegenden Arbeit erfolgt nur eine Betrachtung der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die wie bereits thematisiert Mitglieder der jeweiligen KV darstellen, weshalb eine mögliche Employer Branding Strategie nur für den ambulanten medizinischen Bereich entwickelt wird. Die stationäre Versorgung wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiterverfolgt.

4.2.2 Diskussion der Übertragbarkeit des Employer Branding Ansatzes

Ob der für privatwirtschaftliche Unternehmen etablierte Employer Branding Ansatz ebenfalls für die ambulante medizinische Versorgung umgesetzt werden kann, muss einer empirischen Überprüfung standhalten. Da die rechtlichen Maßnahmen wie das Versorgungsstrukturgesetz bisher wenig Erfolg brachten,²⁵⁷ ist eine Anwendung des in der Privatwirtschaft erfolgreichen Ansatzes des Employer Brandings empfehlenswert, um mehr Medizinstudierende zu einer Niederlassung als Haus- oder Fachärztin/Facharzt zu motivieren. Eine Übertragung des Ansatzes ist denkbar, da die KVen der jeweiligen Bundesländer die Möglichkeit besitzen, Maßnahmen zur Steigerung des Berufsbildes zu veranlassen. Der Aspekt der freiberuflichen Tätigkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte steht der Umsetzung des Konzeptes nicht im Weg. So belegen Studien, dass monetäre Anreize für Medizinstudierende eine Rolle spielen.²⁵⁸ Somit könnten Maßnahmen wie bspw. eine Patenschaft, eine Kinderbetreuung in Kindergärten und Kindertagesstätten sowie Rotationsmodelle eine hohe Relevanz aufweisen.

In der Privatwirtschaft konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass es einen Person-Organization Fit gibt, der besagt, dass sich Bewerberinnen und Bewerber die Unternehmen aussuchen, die ihnen von der Persönlichkeit am ähnlichsten sind.²⁵⁹ Übertragen auf die vorliegende Studie würde dies bedeuten, dass sich die Studierende für das ärztliche Berufsbild entscheiden, das ihrer Persönlichkeit am Ähnlichsten ist. Um dies zu überprüfen, werden in der empirischen Studie zunächst die Persönlichkeitsfaktoren von Medizinstudierenden, von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/Fachärzten und von Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten abgefragt. Zudem könnten die abgefragten Maßnahmen, die eine Niederlassung begünstigen würden, verwendet werden, um

²⁵⁵ Die Heilberufsgesetze unterliegen in Deutschland der Gesetzgebungskompetenz der Länder, welche das Berufsausübungsrecht der Heilberufe verantworten. Deren Mitglieder sind in Kammern organisiert (z. B. Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten etc.)

²⁵⁶ Vgl. Graf von Stillfried, D. et al. (2012), S. 182.

²⁵⁷ Vgl. Bundesärztekammer (2018), vergleiche hierzu Tabelle 8 Abschnitt 2.3.2 „Möglichkeiten der Berufsausübung in der ambulanten medizinischen Versorgung“, vgl. GKV Spitzenverband (2014), S.4; SGB V § 100.

²⁵⁸ Vgl. Günther, O. H. et al. (2010), S. 212 ff.

²⁵⁹ Vgl. Nieschlag, R. et al. (2002), S. 609 ff.

zusätzliche Anreize zu schaffen oder die bereits bestehenden Anreize zu verstärken. Dadurch könnte der Beruf der/des niedergelassenen Haus- und Fachärztin/Facharztes zum Employ of Choice werden.

4.2.3 Entwicklung und Ziele einer Employ-of-Choice Strategie

Die allgemein aufgezeigten Aufgaben und Funktionen des Employer Brandings werden nun auf die im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Fragestellung auf theoretischer Basis analysiert. Allerdings gestaltet sich der Ansatz des Employer Brandings in der ambulanten medizinischen Versorgung schwierig, da die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen/Fachärzte freiberuflich tätig sind und die KV per Definition nicht die Arbeitgeber darstellen. Die zentrale Aufgabe, neue Nachwuchs-Mediziner anzuwerben und den Beruf des niedergelassenen Haus- und Facharztes attraktiv für Medizinstudierende zu gestalten, bleibt bei den KVen.²⁶⁰

Die KVen der einzelnen Bundesländer sollten, auch vor dem erwähnten Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels, die bereits vorhandenen Employer Branding Strategien (Nachwuchskonzepte) zur Gewinnung von Medizinstudierenden für die Niederlassung vertiefen und weiterentwickeln. Die Einführung des Versorgungsstrukturgesetzes bewirkte nicht die gewünschte Veränderung in der Niederlassungsbereitschaft. Da rechtliche oder politische Lösungen wenige Anreize bieten, scheint es zwingend erforderlich, dass neue Ideen und Maßnahmen konzipiert werden.

Eine einleitende Maßnahme wäre die Weiterentwicklung der Employer Branding Strategien. Dazu müssen in einem ersten Schritt die Ziele dieser Strategie definiert werden. Ein Ziel sollte es daher sein, den Beruf zum Employ-of Choice für die Medizinstudierenden zu gestalten. Um dies zu erreichen, müssen den Studierenden fortlaufend Informationen über den Beruf zur Verfügung gestellt werden.²⁶¹ Zudem ist die Identifikation von Medizinstudierenden mit dem Berufsbild der/des niedergelassenen Haus- und Fachärztin/Facharztes notwendig, welches durch die Übereinstimmung zwischen dem Versprechen der KV zum Berufsbild einer/eines niedergelassenen Ärztin/Arztes und den Erwartungen der Medizinstudierenden entsteht. Eine hinreichende Informationsbasis ist ebenfalls von Bedeutung. Ist dieser Fit vorhanden, dann erfährt das Berufsbild eine positive Reputation.²⁶² Marketing-Maßnahmen mit jungen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die in Vorlesungen auf Social Media Kanälen oder im Rahmen von speziell organisierten Treffen von ihrer Tätigkeit, aber auch von ihrer Entscheidung für oder gegen eine Niederlassung berichten, sind Ansatzpunkte, die es derzeit schon gibt und welche ausgebaut und vertieft werden müssen.²⁶³

²⁶⁰ Vgl. Nagel, E. (2013), S. 131 f.

²⁶¹ Vgl. Petkovic, Mladen (2008), S. 112.

²⁶² Vgl. Burmann, C. et al. (2012), S. 74.

²⁶³ Vgl. KV Saarland (2019).

Zudem ist eine Emotionalisierung der Employer Brand von Bedeutung, da neben der vermittelten sachlichen Information, die mit dem Berufsbild verbunden wird, ebenfalls das Auslösen eines bestimmten Gefühls oder assoziierten Bildes stattfindet.²⁶⁴ Dies kann vor allem über Instagram erfolgen, da dieser Social Media Kanal als emotional eingestuft wird.²⁶⁵ Dies eröffnet den KVen die Möglichkeit ein digitales Marketing über ihre Instagram-Plattform mit jungen Ärztinnen/Ärzten als Influencer zu entwickeln. Influencer sind Aktivisten, welche sehr gut vernetzt, wirkungsreich und Trendsetter für ihre Follower sind.²⁶⁶ Zudem ist der Herding-Effekt zu berücksichtigen, welcher als Imitieren anderer Individuen bei gleichzeitigem Ignorieren wesentlicher persönlicher Informationen verstanden wird.²⁶⁷ Dies bedeutet, dass die KVen darauf bauen können, dass dieses Herding Verhalten ebenfalls bei Medizinstudierenden eintreten könnte, wodurch die Anzahl an Neu-Niederlassungen steigen würde.²⁶⁸

Weiterhin könnte eine Marke des niedergelassenen Haus- und Facharztes aufgebaut werden, um eine emotionale Bindung zwischen den KVen und den Medizinstudierenden herzustellen. Um dies zu erreichen, muss ein Prozess durchlaufen werden, der die Phasen der zielgerichteten Planung, Koordination sowie Kontrolle aller Aktivitäten oder Gestaltungsparameter der Marke des Berufsbildes der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes beinhaltet.²⁶⁹ Die Implementierung einer Employer Brand für die KV ist wichtig, da dadurch die Attraktivität des Berufsbildes des niedergelassenen Haus- und Facharztes steigt und ihm ein einzigartiges Profil verleiht.²⁷⁰ Die Employer Brand beseitigt dabei die Anonymität, die in Bezug auf den Beruf sowie auf die Aufgaben und Funktionen der KV bestehen²⁷¹ und trägt zu einer Profilierung in den einzelnen Zielgruppen bei.²⁷² Der Beruf des niedergelassenen Haus- und Facharztes soll als Employ-of-Choice etabliert werden, um diesen dadurch von den anderen BAO zu differenzieren²⁷³ und die Medizinstudierende präferenzwirksam zu beeinflussen.²⁷⁴ Dieser Status wird dann erreicht, wenn als präferierte BAO an erster Stelle der Beruf der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes von den Medizinstudierenden genannt wird und somit als Top-of-Mind-Beruf im Gedächtnis der Medizinstudierenden ist.²⁷⁵ Wie bereits mehrfach angesprochen, sind die KVen per Definition nicht die Arbeitgeber der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, jedoch resultieren aus der Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Deutschland sowie die

²⁶⁴ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 62 f.

²⁶⁵ Vgl. Faßmann, M., Moss, C. (2016), S. 28.

²⁶⁶ Vgl. Gultom, J. M. P., Prasetya, D. S.B., Marisi, C. G., Heeng, G., Ginting, D. (2022), S. 87.

²⁶⁷ Vgl. Scharfstein, D. S., Stein, J. C. (1990), S. 466.

²⁶⁸ Vgl. Scharfstein, D. S., Stein, J. C. (1990), S. 466.

²⁶⁹ Vgl. Meffert, H., Bierwirth, A. (2005), S. 147.

²⁷⁰ Vgl. Donath, B. (2001), S. 7 f.

²⁷¹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 168.

²⁷² Vgl. Esch, F. R. (2005), S. 10 f.

²⁷³ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 13 f.

²⁷⁴ Vgl. Domizlaff, H. (1982), S. 159 ff.; Petkovic, M. (2008), S. 71.

²⁷⁵ Vgl. Schmidt, H. J. (2001), S. 99; Herbst, D. (2002), S. 64, Petkovic, M. (2008), S. 59 f.

Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte vergleichbare Aufgaben.²⁷⁶ Folglich liegt es in ihrem Verantwortungsbereich, Rekrutierungsprobleme zu lösen und den Beruf attraktiver für die Mitglieder wie auch für die Medizinstudierenden zu gestalten. Zentral ist, dass die Medizinstudierende nicht die Meinung von Dritten unreflektiert übernehmen,²⁷⁷ welche häufig ein schlechtes Bild des Berufes des niedergelassenen Haus- und Facharztes suggerieren.²⁷⁸ Um diese beherrschende Meinung zu revidieren, besteht die Notwendigkeit aktiv in Form weiterer Employer Branding Maßnahmen für die Niederlassung zu werben. Dazu können Konzepte adaptiert werden, wie bspw. von der KV kostenlos zur Verfügung gestellte Kindergartenplätze oder Kindertagesstättenplätze. Zudem ist es unerlässlich den Medizinstudierenden ausreichend Informationen über den Beruf der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes bereitzustellen, die Vorzüge aufzuzeigen, gleichzeitig aber auch auf die Risiken hinzuweisen.²⁷⁹

Die Verbesserung des Images des beschriebenen Berufsbildes ist ein weiteres Ziel, da dadurch Nachwuchsprobleme bei der Wiederbesetzung oder Neubesetzung freierwerdender Arztstühle gelöst werden können.²⁸⁰ Dies ist zu erreichen, indem die KVen den Beruf des niedergelassenen Haus- und Facharztes einen Added Value verleihen, um das Vertrauen, die Identifikation sowie das Prestige des Berufes zu erhöhen.²⁸¹

Ein bei der Analyse identifiziertes Problem besteht aktuell darin, dass die KVen derzeit in ihrer Relevanz als „Employer-of-Choice“ in die Kategorie „Arbeitgeber ist unbekannt“ eingeordnet werden. Dies bedeutet die Aufgaben und Funktionen der KV sowie der Tätigkeitsbereich von Haus- und Fachärztinnen/Fachärzten sind bei den Medizinstudierenden wenig bekannt. Daraus könnte das schlechte Image des Berufsbildes des niedergelassenen Haus- und Facharztes unter den Studierenden resultieren,²⁸² was einen möglichen Grund für Rekrutierungsprobleme der KV darstellen könnte.²⁸³ Aufgrund dieser Tatsache ist es wichtig, dass das Berufsbild des niedergelassenen Haus- und Facharztes eine hohe Präferenz bei den Medizinstudierenden erlangt, sodass diese BAO nicht bereits in der Vorauswahlphase aussortiert wird.²⁸⁴ Dazu ist der Aufbau einer Persönlichkeit des Berufsbildes notwendig, mit dem sich sowohl niedergelassene Haus- und Fachärztinnen/Fachärzte als auch Medizinstudierende mit den Werten und Eigenschaften identifizieren können, um letztlich diese BAO

²⁷⁶ Vgl. Nagel, E. (2013), S. 131 f.

²⁷⁷ Vgl. Moll, M. (1992a), S. 32; Zimmer, D. (1995), S. 53; Groenewald, H., Horn, S. (1986), S. 489.

²⁷⁸ Vgl. Natanzon, I., Szecsenyi, J., Götz, K., Joos, S. (2009), S. 604, S. 1013 f.; Korzilius, H. (2009), S. 2450 f.; Jacob, R., Kopp, J., Schultz, S. (2014), S. 68 ff.

²⁷⁹ Vgl. Petkovic, Mladen (2008), S. 84.

²⁸⁰ Vgl. Nieschlag, R. et al. (2002), S. 994 f.; Knoblauch, R. (2001), S. 142 f.

²⁸¹ Vgl. Petkovic, Mladen (2008), S. 84.

²⁸² Vgl. Herbst, D. (2002), S. 64; Aaker, D. A. (1992), S. 83 f.; Esch, F. R. (2005), S. 72ff.

²⁸³ Vgl. Nieschlag, R. et al. (2002), S. 994 f.; Knoblauch, R. (2001), S. 142 f.

²⁸⁴ Vgl. Böcker, F. (1986), S. 570.

in die Phase der Entscheidung aufzunehmen bzw. beizubehalten.²⁸⁵ Ebenso von zentraler Bedeutung ist es, dass die KV in wiederkehrendem Kontakt mit den Medizinstudierenden stehen und diesen Informationen zur Verfügung stellen.²⁸⁶

Erfolgt die Umsetzung der aufgezeigten Ziele, so besteht trotz der Besonderheiten, die in der ambulanten ärztlichen Versorgung vorzufinden sind, die Möglichkeit, das Image zu verbessern wie auch eine Marke für den Beruf der/des niedergelassenen Haus- und Fachärztin/Facharztes aufzubauen. Dadurch kann die Verhaltensunsicherheit bei den Medizinstudierenden gesenkt und ein gewisses Maß an Vertrauen vermittelt werden.²⁸⁷ Das Ziel ist es, die Medizinstudierende, die niederlassungswillig sind, gezielt mit Employer Branding Strategien anzusprechen und eventuell nicht niederlassungswillige durch innovative Konzepte von einer Niederlassung zu überzeugen. Dazu kann die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Persönlichkeitsstudie als Anhaltspunkt dienen, um gezielte Maßnahmen abzuleiten, die auf die Wertvorstellungen der Medizinstudierenden abgestimmt sind. Denn die Attraktivität einer BAO für Medizinstudierende steigt mit zunehmender Übereinstimmung der Wertvorstellungen.²⁸⁸ Die Identität mit einer BAO liegt umso stärker vor, je höher die Übereinstimmung zwischen Identität und Image ist.²⁸⁹ Daraus kann abgeleitet werden, dass die Ähnlichkeit zwischen dem eigenen Selbst und dem Arbeitgeber, der am meisten präferiert wird, die Ähnlichkeit zwischen dem eigenen Selbst und dem Arbeitgeber, der am wenigsten präferiert wird, übersteigt.²⁹⁰

4.3 Besonderheiten des Employer Brandings in den verschiedenen Generationen

Bei der Entwicklung einer Employer Branding Strategie sind ebenfalls die Besonderheiten, die sich für die verschiedenen Generationen, die sich derzeit auf dem Arbeitsmarkt befinden, zu beachten.

Auf dem deutschen Arbeitsmarkt sind derzeit die Baby-Boomer Generation und die Generationen X, Y und Z aktiv. Jede dieser Generationen besitzt verschiedene Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen. Dadurch entsteht die Notwendigkeit für jede eine spezifische Employer Branding Strategie abzuleiten,²⁹¹ die den Wertewandel, der sich durch veränderte Lebensumstände und Lebensereignisse der Generation Y und Z vollzogen hat, zu berücksichtigen.²⁹² Für diese Zwecke wird folgende nicht wissenschaftlich fundierte Einteilung der Generationen getroffen:

²⁸⁵ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 36; Böcker, F. (1986), S. 570.

²⁸⁶ Vgl. Petkovic, Mladen (2008), S. 158.

²⁸⁷ Vgl. Teufer, S. (1999), S. 128.

²⁸⁸ Vgl. Lievens, F., Highhouse, S. (2003), S. 76; Tom, V. R. (1971), S. 586.

²⁸⁹ Vgl. Buß, E., Fink-Heuberger, U. (2000), S. 67 ff.

²⁹⁰ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 66.

²⁹¹ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 55.

²⁹² Vgl. Kupperschmidt, B. (2000); S. 65.

- Babyboomer geboren zwischen 1946 und 1964²⁹³
- Generation X geboren zwischen 1965 und 1980²⁹⁴
- Generation Y geboren zwischen 1981 und 1995²⁹⁵
- Generation Z geboren zwischen 1995 und 2010²⁹⁶
- Generation Alpha ab dem Jahre 2010²⁹⁷

Trotz einer fehlenden wissenschaftlichen Fundierung dieser Einteilung, erfolgt deren Anwendung, um die häufig diskutierten Wertvorstellungen und Anforderungen grundsätzlich darzulegen. Die Babyboomer Generation stellen die geburtenstarken Jahrgänge dar, die in der sog. Nachkriegszeit aufgewachsen sind, die Arbeit als Lebenszweck ansehen, in vielen Unternehmen derzeit Führungspositionen einnehmen und sich auf ihren Ruhestand vorbereiten. Diese Generation stand einer großen Anzahl an Wettbewerbern gegenüber, sodass sie um die geringe Anzahl verfügbarer Jobs kämpfen musste.²⁹⁸

Die Generation X sieht hingegen Arbeit als Mittel zum Zweck an und akzeptiert harte Arbeit, um sich ein schönes Leben ermöglichen zu können.²⁹⁹

Davon abgrenzend steht für die Generation Y das Leben im Vordergrund, dies bedeutet eine gute Work-Life-Balance ist ein wichtiger Faktor bei der Berufswahl. Keine Karriere ist erstrebenswert, in der das Leben aufgegeben werden müsste, um Macht und Status zu erreichen. Vielmehr sollen individuelle Ziele verwirklicht werden. Die Arbeit bildet nicht den einzigen Sinn des Lebens, sondern wird als Chance der Selbstverwirklichung gesehen, in der noch genügend Freiraum bleibt, um ausreichend Zeit für Familie und Freunde zu haben. Die Generation Y möchte gerne mehr Flexibilität innerhalb ihrer Arbeitszeit und Freizeitgestaltung erreichen und sich nicht an feste Arbeitszeiten binden müssen. Diese Forderung können sie aufgrund des Fachkräftemangels auch oftmals durchsetzen. Zudem eröffnet sich aufgrund des Mangels an Arbeitskräften, eine Vielzahl an Stellenangeboten unter denen diese Generation wählen kann. Sie ist gut ausgebildet, so wird fast jeder zweite Vertreter ein Studium abgeschlossen haben. Eine weitere wichtige Besonderheit dieser Generation stellt die Bereitschaft dar, häufiger den Arbeitsplatz zu wechseln. Weiterhin möchten die Fachkräfte der Generation Y Kinder gleich zu Beginn ihrer Karriere bekommen, weshalb sie daher gleichzeitig mehr gute Jobs in Teilzeit, mehr Möglichkeiten für Home-Office Zeiten sowie mehr Betriebskindergärten fordern.³⁰⁰

²⁹³ Vgl. Fry, R. (2016).

²⁹⁴ Vgl. Fry, R. (2016).

²⁹⁵ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 56.

²⁹⁶ Vgl. Hesse, G. et al. (2015), S. 59.

²⁹⁷ Vgl. Hesse, G. et al. (2015), S. 59.

²⁹⁸ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 55 f.

²⁹⁹ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 56.

³⁰⁰ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

Die Generation Z kann die Anforderungen, die ihre Vorgänger-Generation an ein Unternehmen stellt, weiter fortführen und ausbauen, da ein Ende des Fachkräftemangels und des demografischen Wandels nicht in Sicht ist. Zudem möchte diese Generation eine Maximierung der persönlichen Einkommenssituation und der Lebenslust erreichen. Das digitale Leben und Social Media dominieren den Alltag dieser Generation, was zur Folge hat, dass das Bewusstsein für Datenschutz in Zeiten von Instagram, Facebook, Twitter und Co stark abnimmt. Selbstverwirklichung wird nicht nur in der Arbeit, sondern auch im Privatleben gesucht.³⁰¹

Die Generation Alpha kennt nur die digitale Welt in ihrer Schnelligkeit und Unbeständigkeit. Sie besitzen eine komplett neue Beziehung zu Digitalisierung durch die fortlaufende Anpassung an die globale Welt und den stetigen Wandel, da ihre Kindheit durch digitale Medien und modernste Technik geprägt ist. Flexibilität im beruflichen und im privaten Umfeld sind ebenso normal wie flüchtige Verbindungen mit verschiedenen sozialen und kulturelle Gruppen. Häufig entwickeln sie sich häufig zu offenen, hilfsbereiten und empfindsamen Personen, welche in einer Zeit politischer Instabilität und Wandel aufwachsen.³⁰²

Die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Generationen erfordern ein generationenbezogenes Employer Branding. So spielen digitale Medien in der Mitarbeitergewinnung eine immer größere Rolle. Active Sourcing³⁰³ oder Mobile Recruiting begünstigen den individuellen Dialog zwischen potenziellen Kandidatinnen/Kandidaten und Arbeitgebern. Gleichzeitig erhält die/der Bewerberin/Bewerber ein umfassenderes und authentisches Bild vom Arbeitgeber. Diese informieren sich über soziale Netzwerke wie Facebook und XING, nehmen darüber Kontakt mit den Bewerberinnen und Bewerbern auf und beantworten kritische Fragen. Dem Personalized Recruiting wird zukünftig eine höhere Bedeutung zukommen aufgrund der individuellen Kandidatenansprache, die die unterschiedlichen Bedürfnisse, Wünsche und Werte der verschiedenen Generationen als auch deren präferierte Kommunikationswege berücksichtigt.³⁰⁴

Die Babyboomer Generation sind schon in Rente oder bereiten sich darauf vor. Zugleich ist die Zahl der Geburten seit dem Jahre 1972 kontinuierlich gesunken, was den demografischen Wandel in den letzten Jahren verstärkt hat. Zu dem herrscht vor allem im Gesundheitswesen, wie bereits thematisiert, ein Fachkräftemangel, der sich vor allem in ländlichen Regionen in der Schließung von Arztpraxen bemerkbar macht.³⁰⁵

³⁰¹ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

³⁰² Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 60.

³⁰³ Aktive Kandidatinnen/Kandidaten-Ansprache durch die Personalverantwortlichen, vgl. Haufe Akademie (2022).

³⁰⁴ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 60.

³⁰⁵ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 56.

Der Altersaufbau in Deutschland verdeutlicht die bisher diskutierten Aspekte. Der Anteil der jüngeren Generationen wird sich bei gleichzeitiger Zunahme der älteren Bevölkerung weiter verringern.³⁰⁶

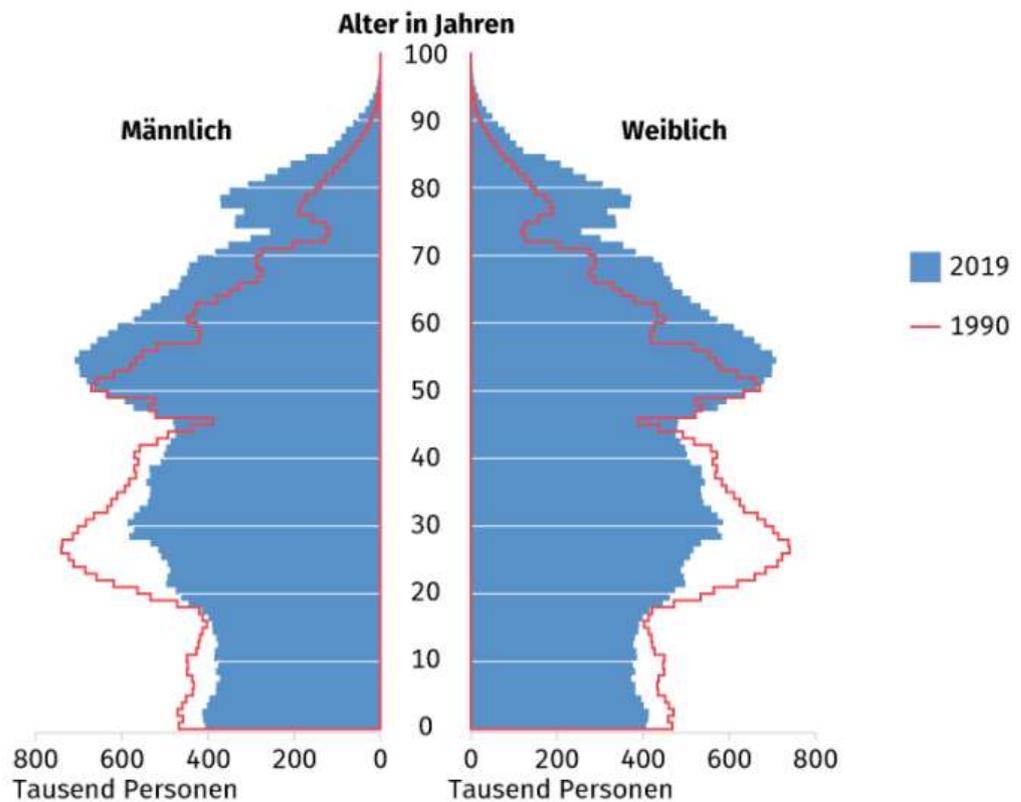


Abbildung 8: Generationenverteilung Deutschland Stand 2019³⁰⁷

4.4 Die Persönlichkeit als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft

Im Rahmen dieser Arbeit werden zwei Modelle zur Analyse der Persönlichkeit herangezogen. Dazu zählen die Limbic Types, die einen neuen innovativen Ansatz bilden, sowie das FFM, das bereits wissenschaftlich validiert ist. Zunächst muss jedoch der Begriff der Persönlichkeit eingeführt werden, um die Modelle, die zur Abfrage der Persönlichkeitsstrukturen Anwendung finden, zu verstehen und gleichzeitig die Bedeutung der Persönlichkeit für das Verhalten von Menschen hervorzuheben.

4.4.1 Der Begriff der Persönlichkeit

Der Begriff der Persönlichkeit kann aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, aus der Perspektive des Beobachters und aus der des Handelnden. Die Persönlichkeit aus Sicht des Beobachters beschreibt den Blick auf das Verhalten und die verschiedenen Eigenschaften einer anderen Person. Diese beobachteten Eigenschaften gehen hierbei in den Ruf der jeweiligen Person mit ein. Daher wird der Ruf

³⁰⁶ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 56.

³⁰⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2019).

einer Person mit Eigenschaftswörtern beschrieben und zeigt den Grad an Status und sozialer Akzeptanz auf, den eine Person in ihrer Gemeinschaft besitzt. Eine Grundeigenschaft der menschlichen Persönlichkeit ist es, Interaktionen mit anderen Menschen zu betreiben und dabei verschiedene Rollen einzuarbeiten.³⁰⁸ Watson 1924 definiert bereits frühzeitig den Begriff der Persönlichkeit als „the end product of our habit systems“.³⁰⁹ Damit legt er den Grundstein für die Auslegung der Persönlichkeit, welche er als Endprodukt des menschlichen Verhaltens ansieht, eine tiefere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema konnte ab diesem Zeitpunkt erfolgen. Diese grundlegende Definition wird 1930 weiterentwickelt, indem er die Begriffe „the sum of activities that can be discovered by actual observation over a long enough period of time to give reliable information.“ der Definition zugrundelegt.³¹⁰ Eysenck hingegen sieht Persönlichkeit als eine mehr oder weniger stabile sowie anhaltende Organisation des Charakters, des Temperaments, der Intelligenz und des Körperbaus einer Person an, die ihre einzigartige Anpassung an die Umgebung bestimmen.³¹¹ Eine hier zuletzt angegebene Definition des Begriffes Persönlichkeit von Warren 1934 lautet³¹² „the integrated organization of all the cognitive, affective, conative, and physical characteristics of an individual as it manifests itself in focal distinctness to others“.³¹³

Die Persönlichkeit beschreibt immer die Interaktion zwischen zwei Personen³¹⁴ und setzt sich aus derzeitigen oder potenziellen Verhaltensmustern eines Organismus zusammen, die durch Vererbung und die Umwelt festgelegt werden.³¹⁵ Allerdings ist der Einfluss der Vererbung nicht immer von der Geburt an gegeben.³¹⁶ Die Persönlichkeit entsteht und entwickelt sich durch die funktionelle Interaktion von vier Sektoren, in denen diese Verhaltensmuster organisiert werden. Diese vier Sektoren sind der kognitive Sektor (Intelligenz), der konative Sektor (Charakter), der affektive Sektor (Temperament) sowie der körperliche Sektor (körperliche Verfassung).³¹⁷ Dabei stellt Persönlichkeit das dar, was Verhalten in einer definierten Situation und in einer definierten Stimmungslage bestimmt. Es ist zu beobachten, dass bei einer sich entwickelnden Persönlichkeit die Veränderungen und Unterschiede schwer zwischen einem extern initiierten Lernprozess und einem intern festgestellten Reifungsprozess festgestellt werden können.³¹⁸

³⁰⁸ Vgl. Hogan, R. (1996), S. 166.

³⁰⁹ Watson, J. B. (1998), S. 220.

³¹⁰ Watson, J. B. (1930), S. 220.

³¹¹ Vgl. Eysenck, H. J. (1953), S. 2.

³¹² Vgl. Eysenck, H. J. (1998), S. 23.

³¹³ Warren, H. C. (1934), 23 f., 273.

³¹⁴ Vgl. Wiggins, J. S., Trapnell, P. D. (1996), S. 114.

³¹⁵ Vgl. Eysenck, H. J. (1947), S. 25.

³¹⁶ Vgl. Cattell, R. B. (1965), S. 32.

³¹⁷ Vgl. Eysenck, H. J. (1947), S. 25.

³¹⁸ Vgl. Cattell, R. B. (1965), S. 27 ff. Es gibt dabei zahlreiche Eigenschaftswörter, die die Persönlichkeit beschreiben.

Darüber hinaus setzt sich die Persönlichkeit aus Persönlichkeitseigenschaften und aus dynamischen Prozessen zusammen. Sowohl die Persönlichkeitseigenschaften als auch die dynamischen Prozesse beeinflussen die individuelle psychologische Funktionsweise.³¹⁹ Während Unterschiede in den Persönlichkeitseigenschaften von Männern und Frauen zu berücksichtigen sind, spielt ebenfalls der kulturelle Hintergrund in der Persönlichkeit eines Individuums eine wichtige Rolle.³²⁰

Darauf stützend untersucht die vorliegende Studie, ob Unterschiede in der Persönlichkeit von Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzten vorliegen, die auf verschiedene präferierte BAO wie auch auf die ausgeübte Tätigkeit (niedergelassene/niedergelassener Hausärztin/Hausarzt Fachärztin/Facharzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt) zurückzuführen sind. Analog zur beschriebenen Vorgehensweise erfolgt die Analyse mithilfe einer Faktorenanalyse, um die in der Persönlichkeit identifizierten Strukturen zu erkennen und mehrere Items zu einem Faktor zusammenfassen zu können. Zugleich wird ein Versuch unternommen zu veranschaulichen, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Altersklassen zu erkennen sind. Bisherige Studien zeigen das Gegenteil, dass die Eigenschaftsstruktur über verschiedene Altersklassen hinweg konsistent ist.³²¹

4.4.2 Elemente und dynamische Prozesse der Persönlichkeit

Um eine grundlegende Aufarbeitung der Persönlichkeitstheorien zu erreichen, müssen diese auf den nachfolgenden Elementen, welche als gleichwertig zu betrachten und einzeln vorzustellen sind, basieren. Interaktionen zwischen diesen äußern sich in Form von dynamischen Prozessen³²²

Persönlichkeitselemente	Inhalt
Charakterliche Anpassung	Erworbene Kompetenz, Technische Fähigkeiten, Erlerntes Verhalten, Zwischenmenschliche Anpassungen
Objektive Biografie	Offenes Verhalten, Bewusstsein, Individueller Lebensweg
Selbsterkenntnis	Implizite und explizite Sicht auf sich selbst, Selbstwertgefühl, Identität, Lebensgeschichte, persönliche Mythen
Grundsätzliche Neigungen	Genetik, körperliche Charakteristiken, kognitive Fähigkeiten, Physiologischer Druck, Fokus auf die Verletzbarkeit
Äußerliche Einflussmöglichkeiten	Entwicklungsorientierte Auswirkungen, Makro- und Mikroumwelt

Tabelle 11: Die Elemente der Persönlichkeit³²³

Das System der beschriebenen Elemente ist davon abhängig, dass diese in Form von dynamischen Prozessen miteinander interagieren und gegenseitig beeinflussen, aus dem letztlich die finale Persönlichkeit resultiert. Die dynamischen Prozesse können dabei in allgemeine Dynamiken und in verschiedene Dynamiken unterteilt werden. Das laufende Erzeugen von Anpassungen und der Ausdruck

³¹⁹ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 76.

³²⁰ Vgl. Wiggins, J. S., Trapnell, P. D. (1996), S. 92 f.

³²¹ Vgl. Cattell, R. B. (1965), S. 55, S. 98 f.

³²² Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 66.

³²³ McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 71.

dieser in Gedanken, Gefühlen und Verhalten werden durch allgemeine kognitive und affektive sowie gewollte Mechanismen reguliert. Beispiele für allgemeine Dynamiken sind Lernen, Planen, Wahrnehmen sowie Auswahl. Unter verschiedenen Dynamiken sind einige dynamische Prozesse zu verstehen, die unterschiedlich von den grundsätzlichen Neigungen der Individuen beeinflusst werden, inklusive der Persönlichkeitseigenschaften. Personen mit einer offenen Art fahren mit der Gestaltung neuer Anpassungen fort, selbst wenn ihre bisherigen Anpassungen adäquat sind. Vorbereitend auf die spätere Studie und beispielhaft stellen Personen mit einem hohen Wert im Faktor Neurotizismus vor allem die negativen Informationen in ihrer Selbsterkenntnis heraus.³²⁴ Die genauen Zusammenhänge sowie die konkrete Anwendung im Rahmen der vorliegenden Studie sind untenstehender Abbildung zu entnehmen.

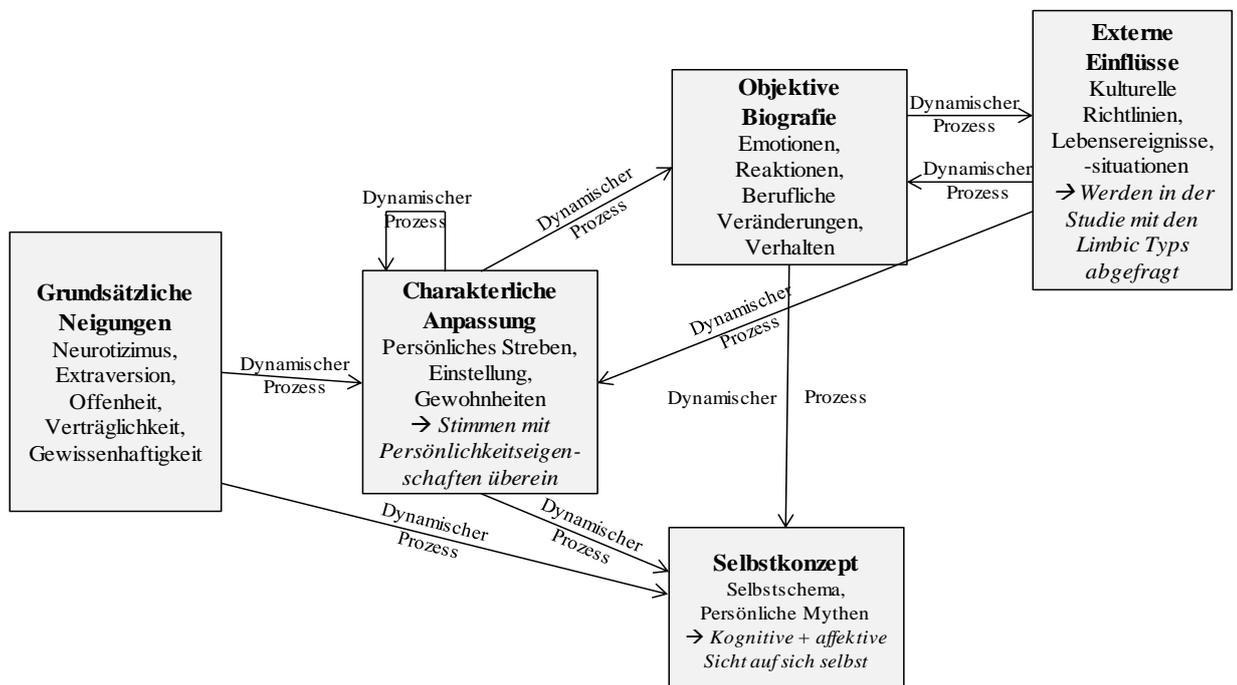


Abbildung 9: Dynamische Prozesse und Inhalt des Five-Factor Modells³²⁵

4.4.3 Die Faktoren des Five Factors Modells

Um die einzelnen Faktoren des FFMs analysieren zu können, erfolgt wiederum eine Aufspaltung der Faktoren in Persönlichkeitseigenschaften.³²⁶ Der erste Faktor des Modells ist **Neurotizismus – Neuroticism**³²⁷ und steht für ein hohes Maß an emotionaler Unausgeglichenheit und emotionaler Unbeständigkeit.

³²⁴ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 75.

³²⁵ McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 73

³²⁶ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³²⁷ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

Ein hohes Maß an Neurotizismus ist Menschen zuzurechnen, die für psychisches Leiden anfällig sind. Diese Menschen haben unrealistische Ideen, extensives Verlangen oder Schwierigkeiten, Niederlagen oder Frustration zu tolerieren. Menschen, die den Aspekt der Angst und Sorge verkörpern, sind besorgt, ängstlich, sowie anfällig für Beunruhigung und Anspannung.

Der zweite Faktor des FFMs bildet die **Extraversion – Extraversion** und bezieht sich auf die Quantität sowie auf die Intensität, der von einer Person präferierten interpersonellen Interaktionen, auf das Aktivitätslevel, auf das Bedürfnis für Anreize und die Kapazität, die eine Person für Freude hat.³²⁸ Hohe Werte an Extraversion sind Personen zuzuordnen, die als kontaktfreudig, lebhaft, gesprächig, personenbezogen, optimistisch, liebevoll sowie Spaß liebend beschrieben werden. Niedrige Werte implizieren Reserviertheit, Nüchternheit, Distanziertheit sowie Zurückhaltung. Introvertierte Menschen sind nicht pessimistisch oder unglücklich, jedoch besitzen sie nicht das gleiche Ausstrahlungsvermögen wie extrovertierte Menschen.³²⁹

Der dritte Faktor des Modells ist die **Offenheit - Openness to Experience**, die von den Fähigkeiten und der Intelligenz der Personen abhängig ist. Überdies bezieht der Faktor das aktive Suchen und Anerkennen von Erfahrungen mit ein, die durch die Anstrengung der Personen entstehen.³³⁰ Menschen, die dem Faktor Offenheit angehören, sind neugierig und einfallsreich, besitzen Werte, die unkonventionell sind und möchten gerne mit Erzählungen unterhalten. Weiterhin durchleben sie das ganze Spektrum an Emotionen und dies eindringlicher als Menschen, die eher verschlossen sind. Verschlossene Personen mit geringen Werten haben eher eine konventionelle Einstellung, sie sind dogmatisch, konservativ in ihrem Geschmack und starr in ihren Meinungen. Weiterhin sind sie bestimmend in ihrem Verhalten sowie teilnahmslos.³³¹

Der vierte Faktor bildet die **Verträglichkeit - Agreeableness** und bezieht sich auf die Art von Interaktionen, die eine Person bevorzugt und zwar entlang der Bandbreite von Mitgefühl bis hin zu Feindschaft.³³² Haben Personen einen hohen Wert im Faktor Verträglichkeit, dann sind sie mitfühlend, gutmütig, vertrauensvoll, hilfsbereit, nachsichtig und altruistisch veranlagt. Diese Menschen zeigen Eifer, wenn es darum geht, anderen zu helfen. Sie neigen dazu verantwortungsbewusst sowie einfühlerisch zu sein und sie glauben, dass sich andere Menschen in der gleichen Art und Weise verhalten wie sie selbst. Weisen sie einen niedrigen Wert in diesem Faktor auf, sind sie in der Rolle des Antagonisten zynisch, unhöflich, sogar aggressiv, misstrauisch, unkooperativ, gereizt, manipulativ, nachtragend und rabiatisch.³³³

³²⁸ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³²⁹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³³⁰ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³³¹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³³² Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³³³ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

Abschließend ist die **Gewissenhaftigkeit - Conscientiousness** der letzte fünfte Faktor im FFM, die den Grad an Organisations-, Ausdauer-, Kontroll-, und motivationalem Verhalten bestimmt, das zu einem erwünschten Ziel führt.³³⁴ Ein hoher Wert deutet auf eine gute Organisation, auf Zuverlässigkeit, harte Arbeit, Pünktlichkeit und Ehrgeiz hin. Ziellosigkeit, Unzuverlässigkeit, Faulheit, Sorglosigkeit, Lockerheit, Nachlässigkeit und Hedonismus implizieren niedrige Werte.³³⁵

Als Kritikpunkt des Modells kann angefügt werden, dass soziale Veränderungen bspw. in der Gesellschaft nicht erfasst werden. Um diesem Kritikpunkt im Rahmen der vorliegenden Studie entgegenzuwirken, wurden in den Soziodemografika kulturelle sowie altersbezogene Daten abgefragt, die sich auf die Annahmen der Limbic Types stützen.

4.4.4 Limbic Types

Das Modell der Limbic Types wird anhand seiner Grundannahmen und seiner Items abgebildet. Zudem erfolgt in den folgenden beiden Abschnitten eine Einschätzung darüber, ob das Modell für die konzipierte Studie verwendet werden kann und wenn ja in welchem Umfang.

Die Persönlichkeit von Kunden beim Kaufverhalten wird mittels des Modells der Limbic Types von Häusel analysiert. Der Hintergrund, auf dem das Modell beruht, ist Emotional Boosting. Emotional Boosting unterscheidet sich von der Kundenorientierung dahingehend, dass die Kundenorientierung von einem bewussten und rationalen Kunden ausgeht, während Emotional Boosting den Weg verfolgt, dass Kaufentscheidungen weitestgehend unbewusst aufgrund emotionaler Programme im Gehirn des Kunden getroffen werden. Das Emotional Boosting sieht nicht mehr den bewusst rationalen Kunden, sondern nutzt die Kenntnisse der Hirnforschung. In der Hirnforschung wird nämlich zwischen Trait und State unterschieden. Traits stellen dabei dauerhafte und stabile Persönlichkeitseigenschaften dar und States die momentanen Stimmungen, die entweder von den aktuellen Situationen, Erlebnissen oder von der Tageszeit abhängig sind. Viele Modelle zur Abfrage von Persönlichkeitsfaktoren fragen die Traits, also die stabilen Persönlichkeitseigenschaften ab. Diese Persönlichkeitseigenschaften sind von zentraler Bedeutung, da sie auf Grund der Stabilität das menschliche Entscheidungsverhalten mehr beeinflussen als die States.³³⁶

Obwohl das Modell auf das Kaufverhalten angewendet wurde, könnte grundsätzlich ein Versuch unternommen werden, dies ebenfalls für die Persönlichkeitseigenschaften von Ärztinnen/Ärzten und Medizinstudierenden zu verwenden. Übertragen auf die vorliegende Studie würde dies bedeuten, dass die Emotionen, die ein Medizinstudierender mit einer BAO verbindet, darüber entscheidet, auf welche Option die Wahl fällt. Verbindet ein Medizinstudierender bspw. positive Emotionen mit dem Beruf der/des Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziners mit eigener Praxis, dann wird er sich eher für diese

³³⁴ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3.

³³⁵ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3 f.

³³⁶ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 1 ff., S. 16, S. 37.

BAO entscheiden. Zudem besagt dieses Konzept ebenfalls, dass Medizinstudierende kurzfristig nicht durch eine Maßnahme dazu gebracht werden können, sich für eine BAO zu entscheiden. Hierzu würde es den Annahmen folgend einen längeren Zeitraum bedürfen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Emotionen für Menschen eine bedeutende Stellung haben und deshalb zu fokussieren sind. Medizinstudierende müssen über Emotionen angesprochen werden, sodass sie den Beruf der/des niedergelassenen Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziners oder der/des Fachärztin/Facharztes mit positiven Emotionen verbinden. Diese Reize sind von den KVen zu schaffen. Dies würde bspw. auch erklären, warum viele Medizinstudierende, deren Elternteil als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner oder Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis arbeitet, sich ebenfalls für diesen Beruf entscheiden, da er mit positiven Emotionen und Werten verbunden ist. Durch die Überprüfung, welchem Persönlichkeitstypen die Medizinstudierende angehören, könnte je nachdem für welche BAO sie sich entscheiden, gezielt über entsprechende Maßnahmen die Emotionen zu einem bestimmten Grad beeinflusst werden. Der Verbund zwischen einer Employer Branding Strategie und dem Emotional Boosting wäre ein geeigneter Ansatz.

Eine erfolgreiche Anwendbarkeit des Modells bedingt die vorherige Festlegung der jeweiligen Zielgruppe und wie diese angesprochen werden müssen.³³⁷ Auf die vorliegende Studie übertragen bedeutet dies, dass geplante Maßnahmen, unabhängig von welcher Seite diese initiiert werden, immer auf die Zielgruppe der Medizinstudierende abzustimmen sind. In der Gruppe der Studierende sind geschlechterspezifische als auch kulturelle Unterschiede bei der Planung der Maßnahmen zu berücksichtigen. Aufgrund des Wandels sowohl im kulturellen Bereich wie auch im sozialen Bereich ist ebenfalls zu erheben, ob die Medizinstudierende und die niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte sowie die Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte eine andere Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Die beiden Gruppen Studierende und Ärztinnen/Ärzte sind jeweils noch auf Unterschiede in ihrem Berufswunsch oder in der Ausübung ihres Berufes zu plausibilisieren. Altersspezifische Unterschiede, die in den hormonellen Veränderungen begründet liegen, müssen darüber hinaus bei den Überlegungen auch miteinbezogen werden.

Eine sinnvolle Maßnahme, die bereits besteht und weiter ausgebaut werden könnte, sind neu niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner oder Fachärztinnen/Fachärzte in die

³³⁷ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 53.

Vorlesungen miteinzubeziehen, um dadurch den Vorbilds-Gedanken bei den Studierenden zu stimulieren³³⁸ sowie die Weiterbildungsverbände.³³⁹

Das vorgestellte Modell der Limbic Types wird zusammenfassend nur in Teilen für die Erstellung der Fragebögen benutzt. Anwendung finden die Items des Alters, des Geschlechtes, der Kultur und der Vorbilder. Ein dezidierter Einbezug der Limbic Typs erfolgt nicht, da diese erst im Auswahlprozess von Bewerbern separat getestet oder eine Überprüfung der Ähnlichkeit mit den Items des FFMs in einer eigenen Studie belegt werden müsste.

4.5 Die Einstellung als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft

Die Einstellung bildet den zweiten möglichen Faktor, der die Niederlassungsbereitschaft von Medizinstudierenden beeinflussen könnte. Dazu sind der Begriff der Einstellung sowie die Komponenten der Einstellung zunächst zu definieren bevor deren Anwendung in der Studie erfolgen kann.

4.5.1 Definition und Abgrenzung der Begrifflichkeiten Einstellung und Image

Der Begriff der Einstellung beschreibt „den Zustand einer gelernten oder relativ dauerhaften Bereitschaft, in einer entsprechenden Situation gegenüber dem betreffenden Objekt regelmäßig mehr oder weniger stark positiv bzw. negativ zu reagieren“³⁴⁰, weshalb jeder Gegenstand Einstellungsobjekt sein kann.³⁴¹ Die Einstellung beschreibt „die Gleichartigkeit oder Kovariation einer Vielzahl von Verhaltensweisen einer Person bezüglich eines Objektes oder Situation“.³⁴² Das Image kann als mehrdimensionales Einstellungskonstrukt angesehen werden. Es gibt drei Gemeinsamkeiten von Image und Einstellung, eine kognitive, affektive und konative Komponente.³⁴³ Somit können sowohl das Image als auch die Einstellung Individuen dabei helfen, sich in ihrer sozialen Umwelt zu orientieren und ihr Verhalten zu steuern.³⁴⁴ Die Einstellung ist klarer und bewusster als das Image, da bei der Einstellung eine geringere Komplexität und Verschwommenheit vorliegt.³⁴⁵ Imagevorstellungen wirken meist unbewusst auf Individuen ein, wohingegen sich ein Individuum seiner Einstellung bewusst ist.³⁴⁶

³³⁸ Der Aspekt der zielgruppenspezifischen Informationsveranstaltungen wie bspw. Veranstaltungen für Medizinstudierende, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten oder Veranstaltungen für Studierende, die sich als Allgemeinmediziner oder Facharzt mit eigener Praxis niederlassen möchten, wurden bereits im Abschnitt 3.2.3 des Kapitels 3 „Konzeptioneller Bezugsrahmen“ ausführlich dargelegt.

³³⁹ Vgl. Universitätsklinikum Saarland (2022).

³⁴⁰ Trommsdorf, V. (2002), S. 150.

³⁴¹ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 39.

³⁴² Lieber, B. (1995), S. 4.

³⁴³ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 41.

³⁴⁴ Vgl. Essig, C., Soulas de Russel, D., Semanakova, M. (2003), S. 22.

³⁴⁵ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 41.

³⁴⁶ Vgl. Schweiger, G. (1995), S. 916.

Einstellungen sind konstanter und resistenter gegenüber neuen Informationen,³⁴⁷ aufgrund der längeren Auseinandersetzung durch das Individuum sind sie zudem rationaler und weniger gefühlsbetont.³⁴⁸ Zudem weißt die Einstellung eine größere Stabilität und eine höhere Verallgemeinerbarkeit auf,³⁴⁹ da sie von weniger persönlichen Einflüssen gesteuert und somit die Vergleichbarkeit zwischen den Individuen verbessert wird.³⁵⁰

Die Einstellung wird grundsätzlich nach zwei Ausprägungen unterschieden, zum einen nach der Attraktivität und zum anderen nach der Präferenz.³⁵¹ Die Einordnung der Attraktivität erfolgt in der frühen Phase der Entscheidungsfindung, in der diejenigen Objekte, die auf den ersten Blick interessant erscheinen, herausgefiltert werden. Präferenzen hingegen bilden sich erst im weiteren Verlauf des Entscheidungsprozesses, wenn sich das Bild eines Unternehmens gefestigt hat und die Wahrnehmung durch das Individuum rationaler verläuft.³⁵²

4.5.2 Komponenten der Einstellung

Für die Zwecke der vorliegenden Studie werden drei Komponenten der Einstellung herangezogen.³⁵³ So unterteilen Rosenberg und Hovland die Einstellung in die kognitive, affektive und konative Komponente.³⁵⁴ Die kognitive Einstellungskomponente beinhaltet Wissen und subjektive Informationen, die ein Individuum über ein Einstellungsobjekt erhält. Die Aufnahme wahrgenommener Reize zählt ebenso dazu wie deren Einordnung sowie die Speicherung und Vereinfachung³⁵⁵ als auch die persönliche Einschätzung erhaltener Informationen, auf deren Grundlage Urteile gebildet werden.³⁵⁶ Neue Informationen wirken somit in den meisten Fällen auf die kognitive Einstellungskomponente.³⁵⁷ Die gefühlsmäßige Grundlage der positiven und negativen Bewertung bildet die affektive Komponente³⁵⁸ und enthält die mit dem Einstellungsobjekt verbundenen Emotionen und Bedürfnisse eines Individuums.³⁵⁹ Die freigesetzten Emotionen lösen eine Bewertung aus, die wiederum zu einer Einstellung gegenüber dem Objekt führt.³⁶⁰ Es handelt sich um Informationen, die mit dem Objekt in

³⁴⁷ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 42.

³⁴⁸ Vgl. Wehr, A. W. (2001), S. 10.

³⁴⁹ Vgl. Schweiger, G. (1995), S. 915 f.

³⁵⁰ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 42.

³⁵¹ Vgl. Simon, H., Wiltinger, K., Sebastian, K. H., Tacke, G. (1995), S. 105 ff.

³⁵² Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 42.

³⁵³ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 43.

³⁵⁴ Vgl. Rosenberg, M. J., Hovland, C. I. (1960).

³⁵⁵ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 44.

³⁵⁶ Vgl. Bruhn, M. (2003), S. 135; Fopp, L. (1975), S. 30.

³⁵⁷ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 100 f.

³⁵⁸ Vgl. Nieschlag, R. et al. (2002), S. 596.

³⁵⁹ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 44.

³⁶⁰ Vgl. Kroebel-Riel, W., Weinberg, P. (2003), S. 169; Meffert, H. (2000), S. 119.

Verbindung gebracht werden.³⁶¹ Für die Bewerber eines Unternehmens besteht die affektive Komponente in der empfundenen Zu- oder Abneigung gegenüber diesem.³⁶² In der konativen Einstellungskomponente hingegen geht es um die Tendenz eines Individuums, sich gegenüber dem Einstellungsobjekt in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten.³⁶³ Die Handlungsabsicht ist von entscheidender Bedeutung und nicht die tatsächliche Ausführung.³⁶⁴ Die konative Komponente finalisiert den Entscheidungsprozess, der sich bspw. in einem Vertragsabschluss oder in der Weiterempfehlung äußern kann.³⁶⁵

4.6 Die Niederlassungsbereitschaft als Ziel der Beeinflussungsstrategien

Trivial betrachtet umfasst die Niederlassungsbereitschaft einer Person die Wahl sich entweder als Hausärztin/Hausarzt oder als Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis niederzulassen. Diese spezielle Form der BAO ist für die im Rahmen der Arbeit durchgeführte Studie von zentraler Bedeutung, da die Niederlassungsbereitschaft gesteigert werden soll. Sie bildet das Ziel der Beeinflussungsstrategien, die sowohl auf der Persönlichkeit als auch auf der Einstellung zu vier exemplarisch im Fragebogen aufgezeigten Maßnahmen beruht.

Fokussiert wird, ob die vier präsentierten Maßnahmen im Fragebogen der Medizinstudierende die Niederlassungsbereitschaft fördern. Zudem wird der Einfluss der Persönlichkeit dahingehend analysiert, ob diese für Medizinstudierende eines Persönlichkeitsfaktors höher ist, als für Studierende, die einem anderen Persönlichkeitsfaktor angehören. Dreh- und Angelpunkt ist, ob die Niederlassungsbereitschaft durch speziell auf die Persönlichkeit abgestimmte Maßnahmen und Konzepte gesteigert wird, um dem derzeit schon spürbaren, aber zukünftig noch anwachsenden Ärztemangel im niedergelassenen Bereich entgegenzuwirken und gleichzeitig den Beruf der/des niedergelassenen Ärztin/Arztes attraktiver zu gestalten. Dieses innovative Konzept soll einer empirischen Überprüfung hinsichtlich des ausgeübten Einflusses auf die Niederlassungsbereitschaft getestet werden.

4.7 Ableitung der Hypothesen

Im Folgenden werden die im Rahmen dieser Arbeit zu validierenden Hypothesen aufgezeigt. Die Hypothesen werden einleitend für die Persönlichkeitsfaktoren des Fragebogens aufgestellt. Diese sind sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten wie auch den Medizinstudierenden identisch. Im Anschluss daran werden Hypothesen für die den Medizinstudierenden zu präsentierenden Maßnahmen hergeleitet, um Möglichkeiten zur Erhöhung der Niederlassungsbereitschaft zu erörtern.

³⁶¹ Vgl. Krech, D., Crutchfield, R. S., Ballachey, E. L. (1962), S. 140.

³⁶² Vgl. Simon, H. et al. (1995), S. 107.

³⁶³ Vgl. Krech, D. et al. (1962), S. 140; Kroebel-Riel, W., Weinberg, P. (2003), S. 169; Meffert, H. (2000), S. 119.

³⁶⁴ Vgl. Petkovic; M. (2008), S. 101.

³⁶⁵ Vgl. Andratschke, N. et al. (2009), S. 45.

Eine Hypothesenableitung und die damit zusammenhängende Überprüfung mit den statistischen Verfahren bedingt zwingend, dass die Grundannahmen, die dieser Studie zugrunde liegen, vorab verifiziert werden. Die erste zu betrachtende Grundannahme (G1) lautet:

G1: Das FFM besitzt für die Gruppe der Medizinstudierenden und der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte Gültigkeit.³⁶⁶ Die EFA muss innerhalb der Datenstruktur die fünf Faktoren des FFM in der Datenstruktur verifiziert nachweisen.

G2: Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur der Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte sind statistisch zu belegen.³⁶⁷ Die Anwendung der Clusteranalyse muss folglich ergeben, dass die Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte allen fünf Faktoren zugeordnet und somit Unterschiede in Bezug auf die Persönlichkeit ausgemacht werden können.³⁶⁸

Für die eingangs beschriebenen erforderlichen Maßnahmen zur potentiellen Beeinflussung der Medizinstudierenden werden weiter nachfolgende Hypothesen aufgestellt:

Die in Tabelle 12 dargestellten Hypothesen sind im Anhang dieser Arbeit zu finden.

Hypothese	Verfahren
G1: Das FFM besitzt für die Gruppe der Medizinstudierenden und der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte Gültigkeit. ³⁶⁹	Explorative Faktorenanalyse
G2: Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur der Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzten sind statistisch zu belegen.	Clusteranalyse
H1.1: Wenn sich ein Medizinstudierender als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Extraversion oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷⁰	Clusteranalyse
H1.2: Wenn sich ein Medizinstudierender als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Offenheit oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷¹	Clusteranalyse
H1.3: Wenn ein Medizinstudierender in einem Krankenhaus arbeiten möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Gewissenhaftigkeit oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷²	Clusteranalyse
H1.4: Wenn ein Medizinstudierender keine präferierte BAO besitzt, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Verträglichkeit oder der Offenheit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷³	Clusteranalyse

³⁶⁶ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

³⁶⁷ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

³⁶⁸ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

³⁶⁹ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

³⁷⁰ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷¹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷² Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷³ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

Hypothese	Verfahren
H1.5: Wenn ein Medizinstudierender gerne in der Forschung arbeiten möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Gewissenhaftigkeit oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷⁴	Clusteranalyse
H1.6: Wenn ein Medizinstudierender gerne in einer Anstellung arbeiten möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Verträglichkeit oder der Offenheit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷⁵	Clusteranalyse
H1.7: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als niedergelassene/niedergelassener Hausärztin/Hausarzt tätig ist, dann kann er dem Persönlichkeitsfaktor der Offenheit und der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷⁶	Clusteranalyse
H1.8: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt tätig ist, dann kann er dem Persönlichkeitsfaktor der Offenheit und der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷⁷	Clusteranalyse
H1.9: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als Krankenhausärztin/Krankenhausarzt tätig ist, dann kann er dem Persönlichkeitsfaktor der Gewissenhaftigkeit und der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ³⁷⁸	Clusteranalyse
H1.10: Wenn ein Medizinstudierender zwischen zwei oder mehreren BAO unentschlossen ist, dann kann er mehr als 2 Persönlichkeitsfaktoren zugeordnet werden. ³⁷⁹	Clusteranalyse

Tabelle 12: Hypothesenaufstellung Persönlichkeitsfaktoren

In Tabelle 13 sind die Hypothesen abgebildet, die mit Hilfe der Kontingenzanalyse untersucht werden.

Hypothese	Verfahren
H2.1: Je jünger ein niedergelassene/Hausärztin/Hausarzt ist, desto ähnlicher ist er den Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten. ³⁸⁰	Kontingenzanalyse
H2.2: Je jünger ein niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt ist, desto ähnlicher ist er den Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten. ³⁸¹	Kontingenzanalyse
H2.3: Je jünger eine/ein Krankenhausärztin/Krankenhausarzt ist, desto ähnlicher ist er den Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten. ³⁸²	Kontingenzanalyse

Tabelle 13: Hypothesenaufstellung Persönlichkeitsfaktoren

Die Fundierung dieser Hypothesen erfolgt mit den Limbic Types³⁸³ sowie mit den Unterschieden in den jeweiligen Generationen³⁸⁴ als auch anhand von Literaturquellen, die die Unterschiede in der Altersstruktur wissenschaftlich belegen.

³⁷⁴ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷⁵ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷⁶ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷⁷ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷⁸ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁷⁹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

³⁸⁰ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47f.; Hesse, G. et al. (2015), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

³⁸¹ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47f.; Hesse, G. et al. (2015), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

³⁸² Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47f.; Hesse, G. et al. (2015), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

³⁸³ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47 f.; eine nähere Beschreibung findet sich in Abschnitt 3.4.3.

³⁸⁴ Vgl. Hesse, G. et al. (2015), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

Die sich nun ergebende Frage ist, ob die Maßnahmen auch tatsächlich einen Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft ausüben oder nicht. Folgende Hypothesen werden eröffnet:

Hypothese	Verfahren
H3.1: Die sachliche, die soziale, die fachliche Ebene sowie die Ebene der Work-Life-Balance üben einen Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft aus. ³⁸⁵	Regression
H3.2: Je nachdem welchem Persönlichkeitsfaktor ein Medizinstudierender angehört, desto höher kann der Einfluss einer dargestellten Maßnahme auf die Niederlassungsbereitschaft ausfallen. ³⁸⁶	Regression mit Moderator (Ergebnisse als Ergänzung verfügbar)

Tabelle 14: Hypothesenaufstellung Maßnahmen

Mittels der Employer Branding Strategien soll überprüft werden, ob der Einsatz dieser Maßnahmen die Niederlassungsbereitschaft steigert. Weiter wird der Frage nachgegangen, ob die Persönlichkeit ebenfalls einen Einfluss darauf ausübt, ob eine der Maßnahmen die Niederlassungsbereitschaft stärker positiv beeinflusst.

Anknüpfend an die Altersstruktur resultieren die nachfolgenden Hypothesen:

Hypothese (Ergebnisse als Ergänzung verfügbar)	Verfahren
H4.1: Wenn ein Medizinstudierender eine bestimmte BAO präferiert, dann erfolgt die Zuordnung zum bestimmten Persönlichkeitsfaktor des FFMs. ³⁸⁷	Logistische Regression
H4.2: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als niedergelassene/niedergelassener Hausärztin/Hausarzt tätig ist und sich in einem jüngeren Alter befindet, dann kann er einem anderen Persönlichkeitsfaktor zugeordnet werden, in der eine/ein Ärztin/Arzt eingeordnet worden wäre, wenn er älter wäre. ³⁸⁸	Logistische Regression
H4.3: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt tätig ist und sich in einem jüngeren Alter befindet, dann kann er einem anderen Persönlichkeitsfaktor zugeordnet werden, in der eine/ein Ärztin/Arzt eingeordnet worden wäre, wenn er älter wäre. ³⁸⁹	Logistische Regression
H4.4: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als Krankenhausärztin/Krankenhausarzt tätig ist und sich in einem jüngeren Alter befindet, dann kann er einem anderen Persönlichkeitsfaktor zugeordnet werden, in der eine/ein Ärztin/Arzt eingeordnet worden wäre, wenn er älter wäre. ³⁹⁰	Logistische Regression

Tabelle 15: Hypothesenaufstellung Persönlichkeitsfaktoren

³⁸⁵ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 112; Burmann, C. (2012), S. 74; Meffert, H., Bierwith, A. (2005), S. 147.

³⁸⁶ Vgl. Lievens, F., Highhouse, S. (2003), S. 76; Tom, V. R. (1971), S. 586; Buß, E., Fink-Heuberger, U. (2000), S. 67 ff.; Andratschke, N. et al. (2009), S. 66; McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

³⁸⁷ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67; Cable, D. M., Judge, T. A. (1996), S. 294 ff.; Schreurs, B., Druart, C., Proost, K., De Witte, K. (2009), S. 35 ff.

³⁸⁸ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67; Cable, D. M., Judge, T. A. (1996), S. 294 ff.; Schreurs, B. et al. (2009), S. 35 ff.

³⁸⁹ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67; Cable, D. M., Judge, T. A. (1996), S. 294 ff.; Schreurs, B. et al. (2009), S. 35 ff.

³⁹⁰ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67; Cable, D. M., Judge, T. A. (1996), S. 294 ff.; vgl. Schreurs, B. et al. (2009), S. 35 ff.

Die altersbezogenen Hypothesen stützen sich auf das FFM³⁹¹ sowie auf den Person-Organization Fit³⁹². Letzterer besagt, dass sich Medizinstudierende den Beruf aussuchen, der ihrer Persönlichkeit am ähnlichsten ist.³⁹³ Die Verifizierung der Hypothesen eröffnet die Möglichkeit zu erheben, welcher Studierender sich basierend auf seiner Persönlichkeit für welche BAO entscheiden wird.³⁹⁴

5. Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign wird anhand der in dem Kapitel 3 dargelegten theoretischen und hypothetischen Erläuterungen formuliert. Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist, welche Faktoren auf die Niederlassungsbereitschaft bei Medizinstudierenden einwirken. Hierzu werden zwei Kategorien von Faktoren untersucht, die Persönlichkeit sowie der Stimulus der Niederlassungs-Einstellung.

5.1 Einflussfaktoren auf die Niederlassungsbereitschaft

Der Faktor des Stimulus der Einstellung zur Niederlassung umfasst die Fördermaßnahmen.



Abbildung 10: Beeinflussungsmöglichkeiten der Niederlassungsbereitschaft³⁹⁵

Sowohl Medizinstudierende als auch Ärztinnen und Ärzte wurden befragt. Es erfolgt eine Differenzierung der Ärztinnen und Ärzte in niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte sowie Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte. Die Ärztinnen und Ärzte sind als Vergleichsgruppe notwendig, um Aussagen zum Wandel der Persönlichkeit im Zeitverlauf der altersbezogenen Generationen (Babyboomer-Generation hin zur Generation Y) als auch zur Unterscheidung zwischen niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten erheben zu können. Überprüft wird, ob sich Medizinstudierende und neu-niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ähnlicher in der Persönlichkeitsstruktur sind als Medizinstudierende und alt-niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, was Abbildung 11 veranschaulicht. Die genaue Differenzierung ab welchem Alter eine/ein Ärztin/Arzt als neu-niedergelassen oder alt-niedergelassen eingestuft wird, erfolgt im Kapitel der Kontingenzanalyse.

³⁹¹ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

³⁹² Vgl. Cable, D. M., Judge, T. A. (1996), S. 294 ff.

³⁹³ Vgl. Schreurs, B. et al. (2009), S. 35 ff.

³⁹⁴ Vgl. Cable, D. M., Judge, T. A. (1996), S. 294-311; Schreurs, B. et al. (2009), S. 35 ff.

³⁹⁵ Eigene Darstellung.

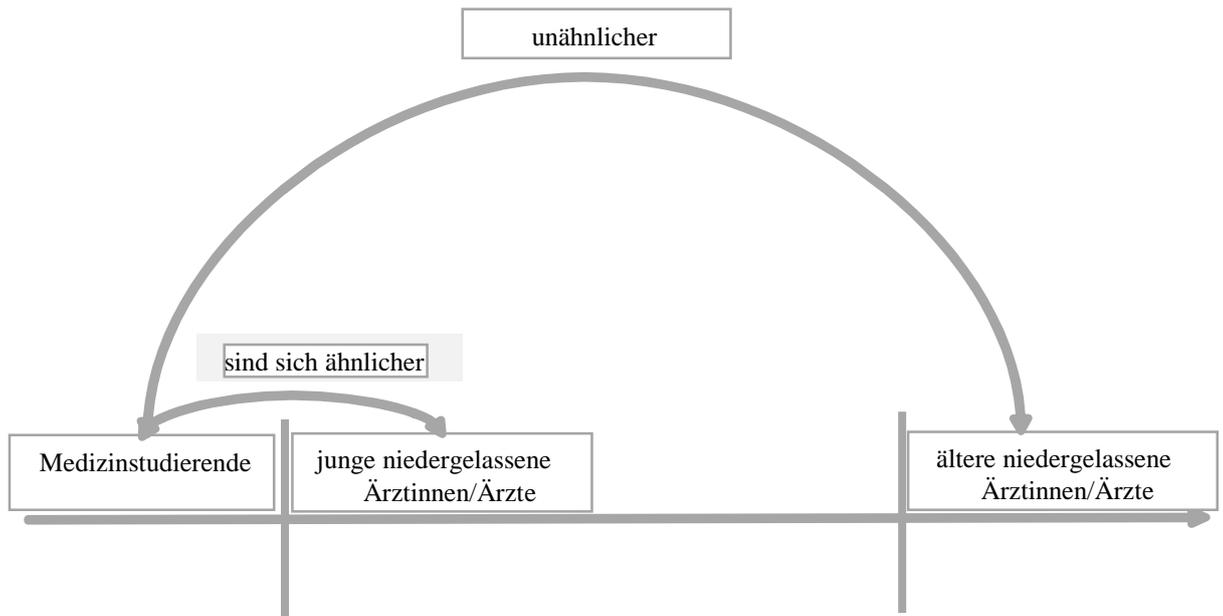


Abbildung 11: Ähnlichkeiten zwischen Medizinstudenten und Ärzten³⁹⁶

Im Fragebogen der Medizinstudierenden werden die abgefragten Maßnahmen sachlich (Stipendium), sozial (Patenschaft), Work-Life-Balance (Kinderversorgung) und fachlich (Rotationsmodell) dahingehend geprüft, welchen Einfluss sie auf die Niederlassungsbereitschaft ausüben. Die Gruppierungsvariable bildet die Persönlichkeitsstruktur, sodass erhoben werden soll, ob diese den Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft für manche Medizinstudierende verstärken oder abschwächen. Nachfolgende Abbildung 12 verdeutlicht dies nochmals.

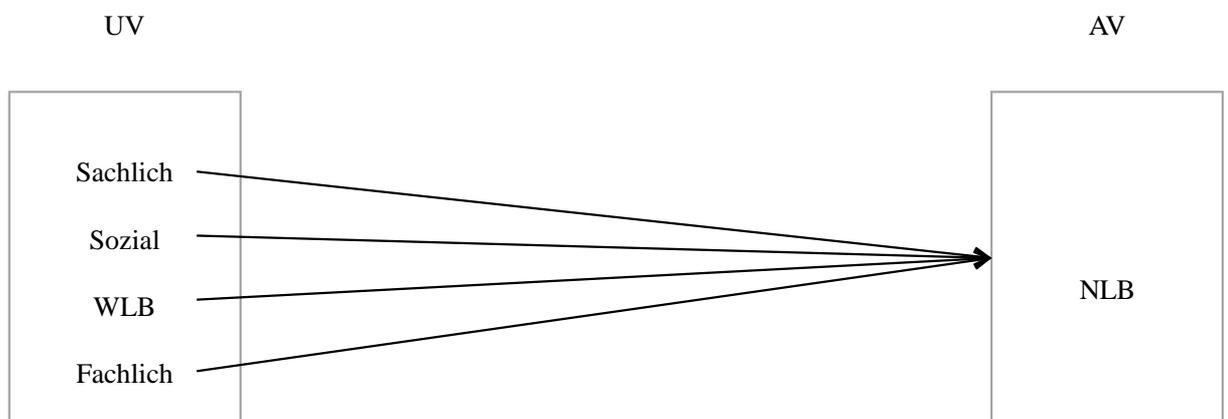


Abbildung 12: Einfluss der Maßnahmen auf die Niederlassungsbereitschaft³⁹⁷

Die Forschungslücken, die mit dieser Arbeit geschlossen werden, sind die Verifizierung der Übertragbarkeit des FFMs auf Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte sowie die Konzeption eines innovativen Ansatzpunktes zur Lösung des Problems der Unterversorgung, der auf den Persönlichkeitsprofilen der untersuchten Gruppen basiert. Bisherige Studien zeigen die Anwendung des

³⁹⁶ Eigene Darstellung.

³⁹⁷ Eigene Darstellung.

FFMs auf den Auswahlprozess von Bewerberinnen und Bewerbern aus dem nicht medizinischen Bereich. Zudem wurde dieses Modell bei Erwachsenen getestet, allerdings bisher nicht spezifiziert auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte.³⁹⁸ Die Arbeit gewährt einen ersten Ansatzpunkt für die Lösung des vor allem im niedergelassenen Bereich zukünftig drohenden Ärztemangels.

Um das im Rahmen der Arbeit erstellte Untersuchungsdesign zu testen, wurde ein Pre-Test mit 40 Medizinstudierenden an der Universität Marburg sowie an der Universität des Saarlandes durchgeführt. Zudem erfolgte die Befragung ausgewählter niedergelassener Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte sowie Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte. Die hierbei aufgetretenen Verständnisprobleme wurden behoben und die verbesserte Versionen der Fragebögen für die Hauptbefragung verwendet.

5.2 Durchgeführte Analysen

In den nachfolgenden Abschnitten werden die im Rahmen der Arbeit durchgeführten statistischen Verfahren Explorative Faktorenanalyse (Exploratory Factor Analysis: EFA), Kontingenzanalyse, Regression sowie Regression mit Moderatorvariable theoretisch erläutert. Die Konfirmatorische Faktorenanalyse (Confirmatory Factor Analysis: CFA), die logistische Regression sind ebenfalls umgesetzt worden, allerdings nicht in die Ergebnisse dieser Arbeit aufgenommen worden.

5.2.1 Explorative Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, das die Erklärung der Zusammenhänge von Items untereinander mit Hilfe einer niedrigeren Anzahl dahinter befindlicher homogener Faktoren zu erklären versucht.³⁹⁹ Die Faktoren bilden dabei die latenten Variablen und die Items die Indikatoren. Die latenten Variablen stellen in der betrachtenden Analyse die fünf Faktoren „Extraversion“, „Neurotizismus“, „Gewissenhaftigkeit“, „Offenheit“ und „Verträglichkeit“ dar. Unterschiede im Antwortverhalten der Items der Probanden werden durch Unterschiede in der Ausprägung des Konstrukts erklärt.⁴⁰⁰

Die Methode der Faktorenanalyse kann in eine EFA und in eine CFA differenziert werden.⁴⁰¹ Der grundsätzliche Unterschied zwischen beiden Verfahren ist darin begründet, dass die EFA zur Erkennung von Strukturen in großen Datensets eingesetzt wird,⁴⁰² wohingegen die CFA zur Überprüfung theoretisch angenommener Faktorstrukturen zur Anwendung kommt.⁴⁰³

³⁹⁸ Vgl. McCrae, R. R., John, O. P. (1992), S. 176.

³⁹⁹ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 296; Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2014), S. 94.

⁴⁰⁰ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 296.

⁴⁰¹ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 296.

⁴⁰² Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 366, Brown, T. A. (2006), S. 14.

⁴⁰³ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 296; vgl. Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 600 f. Beide Verfahren werden im Rahmen dieser Arbeit angewendet.

Die EFA ist ein multivariates Analyseverfahren, welches wie bereits angeführt, zur Erkennung von Strukturen in großen Sets an Variablen eingesetzt wird.⁴⁰⁴ Kennzeichnend für große Variablensets ist die Tatsache, dass sich Variablen überlappen, was sich durch Korrelationen zwischen diesen ausdrückt. Die EFA strukturiert die Beziehungszusammenhänge in großen Variablensets und zwar in der Form, indem sie Variablen findet, die hoch miteinander korrelieren, welche eine Gruppe bilden und diese wiederum von den weniger Korrelierten trennt.⁴⁰⁵ Die Rechengrundlage für die EFA bildet die Korrelationsmatrix der Items. Dabei ordnet sie die Items nach der Ähnlichkeit einer geringeren Anzahl an Faktoren zu.⁴⁰⁶

Zunächst erfolgt die Präsentation der Ergebnisse der EFA, um zu analysieren, ob die fünf angestrebten Faktoren des FFMs tatsächlich in der Datenstruktur nachgewiesen werden können.⁴⁰⁷ Im Anschluss werden zur Überprüfung, ob die theoretisch unterstellte Faktorenstruktur einen adäquaten und akzeptablen Modellfit begründet, die Ergebnisse der durchgeführten CFA erläutert.⁴⁰⁸ Durch diese Vorgehensweise wird verdeutlicht, dass zum einen die fünf Faktoren im Variablenset vorzufinden sind und zudem bei der CFA ein akzeptabler Modellfit mit den verwendeten Indikatoren erzielt werden kann.

5.2.2 Clusteranalyse

Die Clusteranalyse zählt zu den explorativen Verfahren der multivariaten Datenanalyse, da die Gruppen vor der Analyse unbekannt sind und diese erst aus der Erhebungsgesamtheit herausfiltert werden müssen. Die Clusteranalyse dient der Untersuchung von Ähnlichkeiten zwischen Untersuchungsobjekten. Das Ziel ist es, die Analyseobjekte zu einem Cluster zusammenzufassen, die in Bezug auf die betrachteten Eigenschaften möglichst homogen sind. Die einzelnen Gruppen hingegen sollten möglichst heterogen, also unähnlich, zueinander sein.⁴⁰⁹ Die Differenzierung erfolgt anhand von zwei Aspekten, der Wahl des Proximitätsmaßes sowie der Wahl des Gruppierungsverfahrens. Das Proximitätsmaß bezeichnet das statistische Maß, das die Ähnlichkeit zwischen zwei Objekten misst. Dahingehend erfasst das Distanzmaß die Unähnlichkeit zwischen zwei Objekten.⁴¹⁰ Das Gruppierungsverfahren gibt die Vorgehensweise vor, nach welcher eine Zusammenfassung von ähnlichen Objekten zu Gruppen erfolgt, was Fusionierungsalgorithmus genannt wird oder nach welcher eine Erhebungsgesamtheit in Gruppen zerlegt wird, was Partitionierungsalgorithmen sind.⁴¹¹

⁴⁰⁴ Vgl. Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 92.

⁴⁰⁵ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 366, Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 92.

⁴⁰⁶ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 297.

⁴⁰⁷ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 366.

⁴⁰⁸ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 296.

⁴⁰⁹ Vgl. Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 415.

⁴¹⁰ Vgl. Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 418.

⁴¹¹ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 437.

5.2.3 Kontingenzanalyse

Zur Analyse der im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigten Fragestellung besteht die Notwendigkeit neben einer Clusteranalyse eine Kontingenzanalyse durchzuführen. Diese überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den aufgezeigten Fragestellungen sowie eine Aussage über die Richtung und über die Stärke des Zusammenhangs getroffen werden kann. Die Kreuztabelle wird dabei als Instrument eingesetzt, um die Ergebnisse der Erhebung in einer Tabelle zu veranschaulichen und zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht. Es wird eine Kontingenzanalyse, jedoch keine Homogenitätsprüfung durchgeführt, welche überprüft, ob ein Zusammenhang zufällig in der Stichprobe aufgetreten ist oder ob es sich um einen systematischen Zusammenhang handelt. Die Kontingenzanalyse untersucht die statistische Unabhängigkeit oder Abhängigkeit der betrachteten Variablen. Dazu findet die Anwendung eines Chi-Quadrat-Tests statt, der versucht, die statistische Abhängigkeit nachzuweisen. Der Phi-Koeffizient als weiteres Maß zeigt die Stärke der Assoziation an.⁴¹²

5.2.4 Regressionsanalyse

Die im Rahmen dieser Arbeit verwendete Regressionsanalyse kommt für die Analyse der Beziehung zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren metrisch skalierten unabhängigen Variablen zum Tragen. So kann im vorliegenden Fall die Kausalbeziehung zwischen der Einstellung zur Niederlassung und der Niederlassungsbereitschaft differenziert für die vier Maßnahmen untersucht werden. Somit wird eine univariate Regressionsanalyse durchgeführt mit der Niederlassungsbereitschaft als abhängige Variable und dem Index der Einstellung zur Niederlassung als unabhängige Variable. Anzumerken gilt es, dass bei der Durchführung einer Regressionsanalyse Kausalitäten nicht komplett nachgewiesen werden können, sondern nur Korrelationen zwischen den Variablen.⁴¹³ Um die Regressionsfunktion zu prüfen, sind folgende globale Gütemaße wichtig:

- Bestimmtheitsmaß R^2
- F-Statistik
- Standardfehler.⁴¹⁴

Mithilfe des Bestimmtheitsmaßes R^2 kann die Güte der Anpassung der Regressionsfunktion an die empirischen Daten gemessen werden. Es ist eine normierte Größe mit einem Wertebereich zwischen 0 und 1. Je größer R^2 ist, desto höher ist der Anteil der erklärten Streuung an der Gesamtstreuung. Daher können zwei Extremfälle vorliegen: Ist $R^2 = 1$, wird die gesamte Streuung, bei $R^2 = 0$ wird hingegen keine erklärt. Um die Signifikanz zu prüfen wird die F-Statistik verwendet, in die die Streuungszersetzung sowie der Umfang der Stichprobe eingeht.⁴¹⁵ Der Regressionskoeffizient kann mit

⁴¹² Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 338 ff.

⁴¹³ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 58 ff.

⁴¹⁴ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 75 ff.

⁴¹⁵ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 77 ff.

dem t-Wert und mit dem Beta-Wert geprüft werden.⁴¹⁶ Der Standardfehler der Schätzung gibt dabei an, welcher mittlere Fehler bei Verwendung der Regressionsfunktion zur Schätzung der abhängigen Variablen Y gemacht wird.⁴¹⁷

6. Ergebnisse

In einem einleitenden Schritt werden die deskriptiven Statistiken für die Medizinstudierenden präsentiert, in einem zweiten für die befragten Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte inklusive der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte⁴¹⁸ erörtert und in einem finalen Schritt für die dargestellten Maßnahmen diskutiert. Anschließend findet die Veranschaulichung der Ergebnisse für die EFA, die Clusteranalyse, die Kontingenzanalyse und die Regressionsanalyse für die Maßnahmen statt.

6.1 Deskriptive Statistik

Insgesamt wurden 1.056 Medizinstudierende befragt. Nach Bereinigung der Daten, dies bedeutet nach Ausschluss der Datensätze mit fehlenden Werten in den Items des FFMs, der präferierten BAO sowie bei der Angabe des Alters werden 918 in die Auswertung einbezogen. Von dieser Probandenanzahl wird im Folgenden für alle durchgeführten Verfahren ausgegangen.

Die Befragung der Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte fand online in dem Zeitraum von September 2015 bis Mai 2016 statt. Dazu wurden bundesweit 181 Kliniken angeschrieben, mit der Bitte, den Link an die in ihrer Klinik beschäftigten Ärztinnen und Ärzte weiterzuleiten. Diesem Aufruf sind 4 Kliniken gefolgt, was zu einer Beteiligung von 170 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten geführt hat. Nach der bei den Medizinstudierenden bereits thematisierten Bereinigung der Daten konnten 154 in die Analyse einbezogen werden.

Die Befragung der niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte erfolgte sowohl online als auch schriftlich. Dazu wurden die 17 in Deutschland tätigen KVen angeschrieben. Die KV Saarland veröffentlichte den Link für die Online-Umfrage auf ihrer Homepage oder integrierte diesen in ihren Newsletter. Die KV Hessen unterstützte die Studie in der Form, dass sie den Link zur Umfrage an diejenigen Mitglieder verschickte, die eine E-Mailadresse in der Datenbank hinterlegt haben und an den übrigen Teil wurde der schriftliche Fragebogen versendet mit der Bitte, diesen zurückzusenden. Insgesamt wurde der Fragebogen an 6.479 Mitglieder der KV Hessens online oder schriftlich gesendet. Insgesamt haben 589 Ärztinnen und Ärzte geantwortet, was eine Rücklaufquote

⁴¹⁶ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 106.

⁴¹⁷ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 84.

⁴¹⁸ Hier werden die Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte miteinbezogen, da die Studie die Ähnlichkeit in der Persönlichkeitsstruktur erheben möchte und da ein Teil der befragten Medizinstudierende gerne in einem Krankenhaus arbeiten möchte, sind diese miteinzubeziehen und dienen als Vergleichsgruppe. In den vorderen Kapiteln wurden die Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte und die stationäre Versorgung vernachlässigt, da der Fokus auf der ambulanten Versorgung liegt.

von ca. 9 % beträgt. Diese Rücklaufquote kann als üblich für die Befragung von Ärztinnen und Ärzten empfunden werden. Nach Bereinigung der Daten sind 545 Erhebungen in die Analyse einzubeziehen. Dabei haben 261 niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte den Fragebogen schriftlich ausgefüllt und 284 online, sodass eine ausgewogene Verteilung vorliegt.

6.1.1 Deskriptive Statistik der Befragung der Medizinstudierenden

Die Befragung der Medizinstudierenden fand an dem Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg, an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg sowie online durch Veröffentlichung des Links im Forum der Medizinischen Fakultät der Universität Lübeck statt. 43,1 % (396) der Probanden wurden in Homburg in den Vorlesungen von Professor Henn, Professor Jäger, Professor Fliser sowie Herrn Dr. Armbruster befragt. In Heidelberg fand die Erhebung in der Vorlesung von Herrn Dr. Nawrotzki und in der Mensa statt, sodass hier 414 Probanden gewonnen werden konnten, was einer Quote von 45,1 % entspricht. An der Online-Befragung in Lübeck nahmen 108 Medizinstudierende teil, was einen Anteil von 11,8 % an der Gesamtbefragungsanzahl von 918 kennzeichnet.

Von den befragten 918 Medizinstudierenden waren 62,85 % weiblich (577 Probanden) und 36,93 % männlich (339 Probanden) bei 0,22 % (2 Probanden) fehlenden Angaben.

Zunächst lässt sich feststellen, dass die gegebene Geschlechterverteilung die im Rahmen dieser Arbeit thematisierte Feminisierung der ärztlichen Profession bestätigt.⁴¹⁹

Der überwiegende Teil der Befragten 14,16 % (130) sind 23 Jahre alt, gefolgt von 21 Jahren 12,31 % (113) und 24 Jahren mit 10,46 % (96). Der jüngste Proband war 17 Jahre und der älteste 50 Jahre. Es gilt festzuhalten, dass der überwiegende Anteil der Probanden der sog. Generation Y (geboren ab 1981 bis 2000) entstammt. Die genaue Altersverteilung ist dem Anhang zu entnehmen.

Die Verteilung der Semester gestaltet sich wie folgt. Der Großteil der Probanden befand sich im fünften Semester 25,05 % (230), 22,66 % im ersten (208) und 16,88 % (155) im siebten. Insgesamt konnten Medizinstudierende über den vorklinischen bis zum klinischen Teil befragt werden, vom ersten bis zum 15. Semester. Somit wird der Forderung nach der Befragung von Medizinstudierenden aus verschiedenen Semestern Rechnung getragen. Die Semesterverteilung ist im Anhang ebenfalls im Anhang visualisiert.

Bezugnehmend auf den kulturellen Hintergrund der Medizinstudierenden lässt sich weiter konstatieren, dass 88,24 % (810) in Deutschland geboren sind. Aufgewachsen in Deutschland sind 91,18 % (837) der Medizinstudierenden. Der Großteil der Befragten gab an, dass sie ihre spätere Tätigkeit als Ärztin/Arzt in Vollzeit ausüben wollen, 82,90 % (761) und 15,80 % (145) in Teilzeit.

Zudem wurde bei den Soziodemografika erhoben, ob die Eltern oder ein Elternteil der Probanden eine eigene Haus- oder Facharztpraxis besitzt, um bei einer Zustimmung herauszufinden, ob diese Tatsache bei der späteren Analyse der derzeit präferierten BAO eine beeinflussende Wirkung ausübt.⁴²⁰ In diesem

⁴¹⁹ Vgl. Bundesärztekammer (2018).

⁴²⁰ Vgl. Hoefert, H. W. (2010), S. 24.

Fall wären die Eltern oder ein Elternteil Vorbilder, aufgrund derer bei den Medizinstudierenden ebenfalls der Wunsch entstanden ist, Medizin zu studieren und sich eventuell ebenfalls niederzulassen. Die Auswertung ergab, dass 19,40 % (178) der Medizinstudierenden ein Elternteil oder Eltern haben, die ihre Tätigkeit in einer eigenen Haus- oder Facharztpraxis ausüben. Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests belegen, dass kein Zusammenhang zwischen der Niederlassung der Eltern oder eines Elternteils als Hausärztin/Hausarzt oder Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis und der Niederlassungsbereitschaft in den genannten zwei BAO der Medizinstudierenden besteht (Asymptotisches Signifikanz Niederlassung Hausärztin/Hausarzt mit eigener Praxis 0,150; Niederlassung Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis 0,121).

Zudem wurde untersucht, ob es Unterschiede in den Soziodemografika für die verschiedenen Universitäten gibt. In Tabelle 16 ist zu erkennen, dass an allen Universtäten der Anteil der weiblichen Medizinstudierenden überwiegt, was wiederum die im Rahmen dieser Arbeit thematisierte Feminisierung der ärztlichen Profession widerspiegelt. Weiterhin ist der Anteil derjenigen Studierenden, die nicht in Deutschland geboren und/oder aufgewachsen sind, gering. Erwartungsgemäß möchte der Großteil der Probanden seine spätere Tätigkeit in Vollzeit ausüben. Lediglich der Wert für die Bejahung der Frage, ob die Eltern oder ein Elternteil eine eigene Haus- oder Facharztpraxis besitzt, ist in der online Befragung, die im Medizinforum durchgeführt wurde, höher als an den anderen beiden Universitäten.

Items	Zusammenfassende Betrachtung	Universität des Saarlandes	Universität Heidelberg	Online-Befragung Universität Lübeck
Alter	17 bis 50	17 bis 50	18 bis 39	18 bis 41
Semester	0 bis 15	1 bis 11	1 bis 10	0 bis 15
Geschlecht	weiblich: 577 männlich: 339	weiblich: 264 männlich: 130	weiblich: 253 männlich: 161	weiblich: 60 männlich: 48
in Deutschland geboren	ja: 810 nein: 105	ja: 349 nein: 44	ja: 355 nein: 59	ja: 106 nein: 2
in Deutschland aufgewachsen	ja: 837 nein: 80	ja: 359 nein: 36	ja: 371 nein: 43	ja: 107 nein: 1
Umfang der Tätigkeitsausübung	Vollzeit: 761 Teilzeit: 145	Vollzeit: 314 Teilzeit: 73	Vollzeit: 369 Teilzeit: 45	Vollzeit: 78 Teilzeit: 27
Eltern oder Elternteil besitzt eigene Haus- oder Facharztpraxis	ja: 178 nein: 736	ja: 66 nein: 329	ja: 85 nein: 329	ja: 27 nein: 78

Tabelle 16: Vergleich der Soziodemografika der Befragungsorte der Medizinstudierenden

6.1.2 Deskriptive Statistik der Befragung der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte

Von den 154 befragten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte waren 51,95 % (80) weiblich und 48,05 % (74) männlich, sodass ebenfalls der Anteil der Frauen leicht überwiegt.

Die Altersverteilung der Ärztinnen und Ärzte gestaltet sich derart, dass der jüngste Proband 24 Jahre ist und der älteste 71 Jahre. Der größte Anteil der Befragten befindet sich im Alter von 37 Jahren (5,84 %), gefolgt von 31, 34, 36, 39 und 42 Jahren mit jeweils 5,19 %. Diese Darstellung verdeutlicht, dass eine sehr ausgewogene Altersverteilung vorliegt. Das Durchschnittsalter stimmt mit 41,57 Jahren fast mit

dem bei Statista veröffentlichten Alter 41,40 Jahren im Jahre 2022 überein,⁴²¹ sodass geschlussfolgert werden kann, dass die Altersverteilung einem Abbild der deutschen Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte entspricht.

Die Frage nach dem Geburtsort legt dar, dass 92,86 % der Probanden in Deutschland geboren sind und nur 7,14 % diese Frage mit „nein“ beantwortet haben. In Deutschland aufgewachsen sind 97,4 % der befragten 154 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte, auf 2,6 % traf dies nicht zu. In Bezug auf den Umfang der Arbeitstätigkeit gaben 83,12 % an, dass sie ihre Arbeit Vollzeit ausüben und 16,88 % in Teilzeit. In der letzten Frage wurden die Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte gebeten, Angaben zu ihrem Fachbereich zu tätigen. Dabei konnte erhoben werden, dass der Großteil im Fachbereich der Inneren Medizin (22,08 %), gefolgt von der Anästhesie (10,39 %) und der Chirurgie (9,09 %) tätig ist. Eine Übersicht über die deskriptiven Ergebnisse der Befragung der Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte ist in Tabelle 17 verdeutlicht.

Items	Zusammenfassende Betrachtung
Alter	24 bis 71
Geschlecht	weiblich: 80 männlich: 74
In Deutschland geboren	ja: 143 nein: 11
In Deutschland aufgewachsen	ja: 150 nein: 4
Umfang der Tätigkeitsausübung	Vollzeit: 128 Teilzeit: 26
Fachbereich die ersten drei Ränge	Innere Medizin: 34 Anästhesie: 16 Chirurgie: 14

Tabelle 17: Zusammenfassung der Soziodemografika der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte

6.1.3 Deskriptive Statistik der Befragung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte

Die Geschlechterverteilung zeigt, dass 46,06 % (251) der niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte weiblich waren und 53,94 % (294) männlich. Im Gegensatz zu den Medizinstudierenden und den Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte wird deutlich, dass der Anteil der niedergelassenen männlichen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte etwas höher ist. Diese Tatsache könnte dadurch begründet werden, dass Frauen eine Niederlassung eher als nicht vereinbar mit der Familie oder mit der Gründung einer Familie erachten, weshalb sie bspw. eher im Krankenhaus eine Beschäftigung suchen.

Die Altersverteilung macht deutlich, dass die/der jüngste niedergelassene Hausärztin/Hausarzt oder Fachärztin/Facharzt 30 Jahre alt ist und der älteste 75 Jahre. Zu erkennen ist eine Verteilung über alle Altersklassen hinweg mit einem überwiegenden Anteil in der Altersklasse von 50 bis 60 Jahren. Der höchste Wert mit 6,42 % liegt bei 58 Jahren, gefolgt von 5,69 % mit 56 Jahren und 4,77 % mit 55 Jahren. Es wird deutlich, dass die niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte älter

⁴²¹ Vgl. Statista (2022).

sind als die Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte, was ebenfalls der Altersverteilung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland entspricht.⁴²² Dies könnte ein erstes Indiz dafür darstellen, dass sich weniger Medizinstudierende für eine Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt oder Fachärztin/Facharzt entscheiden. Bezugnehmend auf die Frage, wo die niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte geboren sind, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Medizinstudierenden und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten 92,11 % sind in Deutschland geboren. In Deutschland aufgewachsen sind 95,23 % der Probanden, was wiederum dem Ergebnis der Medizinstudierenden und der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte entspricht. Bei Betrachtung des Umfangs der Beschäftigung gaben 86,24 % der Befragten an, dass sie Vollzeit arbeiten und 13,8 % lediglich Teilzeit. Die angestrebte Verteilung zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten von 50 zu 50 wurde mit 51,93 % Hausärztinnen/Hausärzte und 48,07 % Fachärztinnen/Fachärzten nahezu erreicht. Die Analyse verdeutlicht, dass 92,84 % der Befragten eine eigene Praxis besitzen und 6,97 % im Angestelltenverhältnis tätig sind.

Vergleichend lässt sich feststellen, dass das Durchschnittsalter der niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte mit 52,39 höher ist als das der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte mit 41,57 Jahren. Weiterhin zeigt ein Vergleich der Zahlen, dass sich jüngere Ärztinnen und Ärzte eher für eine Anstellung in einem Krankenhaus entscheiden, da die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Flexibilität in Form von Beschäftigungsverhältnissen, die individuell zugeschnitten werden, besser realisierbar angenommen werden als in der Niederlassung. Eine Gegenüberstellung der Zahlen weist Tabelle 18 aus.

Items	Zusammenfassende Betrachtung Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte	Zusammenfassende Betrachtung niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte
Alter	24 bis 71	30 bis 75
Durchschnittsalter	41,57 Jahre	52,39 Jahre
Geschlecht	weiblich: 80 männlich: 74	weiblich: 251 männlich: 294
in Deutschland geboren	ja: 143 nein: 11	ja: 502 nein: 43
in Deutschland aufgewachsen	ja: 150 nein: 4	ja: 519 nein: 25
Umfang der Tätigkeitsausübung	Vollzeit: 128 Teilzeit: 26	Vollzeit: 470 Teilzeit: 75

Tabelle 18: Vergleich Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte und niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte

⁴²² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

6.1.4 Deskriptive Statistik der abgefragten Maßnahmen des Fragebogens der Medizinstudenten

Die Analyse der deskriptiven Statistik der verschiedenen BAO macht deutlich, dass sich der Großteil der befragten Probanden zum Befragungszeitpunkt eher für eine Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt oder für eine Tätigkeit in einem Krankenhaus entscheiden würde. Der Vergleich der Mittelwerte, die Anzahl der fehlenden Werte sowie eine Differenzierung zwischen männlichen und weiblichen Medizinstudierenden kann untenstehender Tabelle entnommen werden.

BAO	Mittelwert	Mittelwert männliche Medizinstudenten	Mittelwert weibliche Medizinstudenten
Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner mit eigener Praxis	3,99	3,56	3,24
Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis	5,56	5,46	5,62
Tätigkeit in einem Krankenhaus	4,89	5,10	4,76
Angestellt in einer Arztpraxis oder in einer ambulanten Versorgungsform	4,15	3,73	4,41
Tätigkeit in der Forschung	2,80	3,22	2,55

Tabelle 19: Vergleich Mittelwerte der präferierten BAO

Hierbei wird deutlich, dass in Bezug auf die derzeit präferierte BAO lediglich kleine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen sind. Die Tendenz bei männlichen und weiblichen Medizinstudierenden geht in die Richtung Niederlassung mit einer eigenen Facharztpraxis.⁴²³

Die Maßnahmen Stipendium, Patenschaft, Kinderbetreuung und Rotationsmodelle werden ebenfalls einer Analyse unterzogen. Zunächst wird in einem ersten Schritt deskriptiv beschrieben, wie die präsentierten Maßnahmen von den Medizinstudierenden bewertet wurden. Zudem erfolgt eine Darstellung des Mittelwertes für die Bereitschaft, sich unter der Berücksichtigung der zuvor dargestellten Maßnahmen niederzulassen. Der Vergleich der Mittelwerte der Maßnahmen verdeutlicht, dass die Patenschaft, die Kinderbetreuung wie auch das Rotationsmodell in den Items „sinnvoll“, „positiv empfinden“ und über ein „solches Angebot freuen“ eine Bewertung über dem Wert 5 erhalten. Zudem erhält die Frage nach der Niederlassung ebenfalls einen relativ hohen Wert. Lediglich das Stipendium konnte die Medizinstudierenden nicht überzeugen. Diese Zahlen belegen den bereits in dieser Arbeit thematisierten Wertewandel der Generation Y, dem der überwiegende Anteil der befragten Probanden entstammt, was die Tabelle der Altersverteilung der Medizinstudierenden untermauert. Dieser dargelegte Wertewandel besagt, dass die Generation Y finanziellen Anreizen wie dem im Fragebogen präsentierten Stipendium wenig Bedeutung beimisst und stattdessen die Work-Life-Balance, eine gute Kinderbetreuung sowie die Flexibilität in der Gestaltung ihrer Tätigkeit als wichtig empfindet.⁴²⁴ Es ist ersichtlich, dass das Angebot einer von der KV zur Verfügung gestellten

⁴²³ Die genaue Häufigkeitsverteilung dieser Frage ist im Anhang dieser Arbeit dargestellt.

⁴²⁴ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

Kinderversorgung die höchste Bewertung erhalten hat, was auch der Tatsache Rechnung trägt, dass mehr als die Hälfte der befragten Medizinstudierenden weiblich waren (62,85 %) und für diese dadurch eine Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf möglich wäre. Die genauen Mittelwerte können untenstehender Tabelle entnommen werden.

Stipendium				
Items	Mittelwert insgesamt	Fehlende Werte Gesamtzahl N=918	Mittelwert männliche Medizinstudenten	Mittelwert weibliche Medizinstudenten
Maßnahme als sinnvoll	4,15	3	4,26	4,08
Angebot als positiv empfinden	4,11	2	4,22	4,05
Angebot freuen	3,95	2	3,99	3,93
Eine solche Maßnahme nicht überzeugen	3,93	1	3,88	3,95
Ungeeignete Maßnahme	3,52	3	3,51	3,53
Niederlassung	4,12	1	4,01	4,18

Tabelle 20: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Stipendium

Es gilt zu konstatieren, dass sowohl die männlichen als auch die weiblichen Medizinstudierenden dem Stipendium neutral gegenüberstehen und dies auch nicht als Anreiz sehen, sich für eine Niederlassung zu entscheiden. Diese deskriptive Analyse deckt sich mit der aufgezeigten Problematik, dass Medizinstudierende der Generation Y nicht mit finanziellen Anreizen überzeugt werden können.⁴²⁵

Patenschaft				
Items	Mittelwert	Fehlende Werte Gesamtzahl N=918	Mittelwert männliche Medizinstudenten	Mittelwert weibliche Medizinstudenten
Maßnahme als sinnvoll	5,82	1	5,50	6,01
Angebot als positiv empfinden	5,81	2	5,48	6,01
Angebot freuen.	5,66	2	5,29	5,88
Eine solche Maßnahme nicht überzeugen	2,26	2	2,67	2,02
Ungeeignete Maßnahme	2,02	3	2,34	1,83
Niederlassung	5,01	2	4,58	5,26

Tabelle 21: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Patenschaft

In Bezug auf die Maßnahme der Patenschaft ist zu vermerken, dass diese von den weiblichen Medizinstudierenden in den positiven Einstellungsitems etwas besser bewertet wird als von den männlichen. Ferner würde eine solche Maßnahme dazu führen, dass sich die weiblichen Studenten eine Niederlassung vorstellen könnten.

⁴²⁵ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

Kinderversorgung				
Items	Mittelwert	Fehlende Werte Gesamtzahl N=918	Mittelwert männliche Medizinstudenten	Mittelwert weibliche Medizinstudenten
Maßnahme als sinnvoll	5,92	1	5,47	6,18
Angebot als positiv empfinden	5,90	1	5,40	6,19
Angebot freuen	5,80	1	5,32	6,08
Eine solche Maßnahme nicht überzeugen	2,25	1	2,78	1,93
Ungeeignete Maßnahme	2,01	2	2,37	1,79
Niederlassung	5,07	1	4,46	5,43

Tabelle 22: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Kinderversorgung

Die Maßnahme der Kinderversorgung spiegelt ebenfalls das zuvor beschriebene Bild wider, die positiven Items werden von den weiblichen Medizinstudenten wesentlich besser bewertet als von den männlichen. Zudem würde diese Maßnahme dazu führen, dass die Niederlassung eine mögliche BAO bildet. Daraus könnte geschlossen werden, dass für viele Frauen eine Entscheidung gegen eine Niederlassung fällt, da diese nicht oder nur schwer mit der Gründung einer Familie vereinbar ist. Daher könnten Kinderbetreuungsangebote von den KVen dazu beitragen, dass die Niederlassung vor allem von Frauen als attraktiver eingestuft wird.

Rotationsmodell				
Items	Mittelwert	Fehlende Werte Gesamtzahl N=918	Mittelwert männliche Medizinstudenten	Mittelwert weibliche Medizinstudenten
Maßnahme als sinnvoll	5,70	4	5,65	5,73
Angebot als positiv empfinden	5,68	5	5,60	5,73
Angebot freuen.	5,61	5	5,50	5,67
Eine solche Maßnahme nicht überzeugen	2,27	7	2,44	2,17
Ungeeignete Maßnahme	2,12	7	2,18	2,07
Niederlassung	5,00	9	4,81	5,12

Tabelle 23: Mittelwerte der Einstellungsitems zu der Maßnahme Rotationsmodell

Bei Betrachtung der Maßnahme Rotationsmodell ist ein vergleichbares Bild zu erkennen. Die weiblichen Medizinstudenten bewerten das Modell leicht besser als ihre männlichen Kommilitonen und könnten sich ebenfalls eine Niederlassung aufgrund dieser Maßnahme vorstellen. Da die Maßnahmen Patenschaft, Kinderbetreuung und Rotationsmodelle bei der vorliegenden Stichprobe bei den weiblichen Medizinstudenten zu der Aussage geführt haben, dass sie sich eine Niederlassung vorstellen könnten, wäre es sinnvoll, diese umzusetzen und zu verfolgen. Zudem ist eine Anpassung oder eine Ergänzung der Maßnahmen denkbar, sodass ebenfalls die männlichen Medizinstudenten eine Niederlassung als attraktiv empfinden. Im Rahmen dieser Arbeit wurde nur eine Auswahl von vier Maßnahmen vorgestellt

und analysiert, daher gilt es in weiteren Studien weitere Maßnahmen abzufragen und auf die Bedürfnisse der Generation und der Geschlechter anzupassen.

6.2 Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Niederlassungsbereitschaft

Die Ergebnisse der durchgeführten EFA wird im nachfolgenden Abschnitt diskutiert und veranschaulicht. Dabei erfolgt zunächst die Übertragung des Verfahrens auf die untersuchte Fragestellung, danach die Darstellung der erhobenen Faktoren einschließlich der Beurteilung der Gütemaße.

6.2.1 Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse

Das generelle Ziel der EFA besteht darin, eine geeignete Anzahl an Faktoren aus dem Datensatz zu erheben und diese zu interpretieren.⁴²⁶ Zur Interpretation der Ergebnisse können die Normalverteilung, die Eignung der Korrelationsmatrix, Cronbachs Alpha und das Kaiser-Mayer-Olkin-Kriterium (KMO-Kriterium) herangezogen werden. Zudem ist der Stichprobenumfang als hinreichend groß anzusehen, sodass die Verteilungsapproximation gewährleistet werden kann.⁴²⁷

In einem ersten Schritt erfolgte die Prüfung auf Normalverteilung, welche bestätigt werden kann, sodass eine sinnvolle Anwendung der EFA möglich ist.⁴²⁸ Die Eignung der inversen Korrelationsmatrix kann als gut bezeichnet werden, da die nicht-diagonalen-Elemente relativ nahe bei null liegen.⁴²⁹ Cronbach's Alpha als Gütekriterium dient der Prüfung der internen Konsistenz eines Faktors und kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Je näher der Wert an 1 liegt, desto höher kann die interne Konsistenz-Reliabilität eines Faktors angesehen werden. In der vorliegenden Arbeit ist dieses Kriterium für alle Faktoren erfüllt.⁴³⁰

Die KMO Prüfgröße basiert auf der Anti-Image-Korrelationsmatrix und die Bezeichnung „measure of sampling adequacy (MSA)“ trägt. Das sog. MSA-Kriterium gibt die Zusammengehörigkeit der Ausgangsvariablen und deren Umfang an. Sie bildet somit einen Indikator dafür, ob eine EFA sinnvoll ist oder nicht. Dabei kann dieses Kriterium die Korrelationsmatrix insgesamt wie auch einzelner Variablen beurteilen.⁴³¹ Im Rahmen der Analyse konnte ein KMO-Wert von 0,877 erzielt werden, der als „verdienstvoll“ einzustufen ist.⁴³² Die Betrachtung des KMO-Wertes für die einzelnen Variablen verdeutlicht, dass alle einen verdienstvollen Wert $> 0,8$ aufweisen bis auf das Item „Ich achte gerne auf meinen eigenen Vorteil“, welches einen Wert von 0,714 besitzt.

⁴²⁶ Vgl. Schlittgen, R. (2009), S. 447; Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 92.

⁴²⁷ Vgl. Schlittgen, R. (2009), S. 463.

⁴²⁸ Diese Prüfung erfolgt trotz der Tatsache, dass in diesem Verfahren keine Verteilungsannahmen gesetzt werden.

Vgl. Backhaus, K. et al. (2008), S. 333.

⁴²⁹ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 376.

⁴³⁰ Vgl. Daiser, P. (2018), S. 328.

⁴³¹ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 378-379.

⁴³² Vgl. Kaiser, H., Rice, J. (1974), S. 111 ff.; Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 102.

Zur Erhebung der Faktoren findet die Durchführung verschiedener Rotationen statt, um zu vergleichen, welche Interpretation am besten ist. Das Ergebnis der EFA zeigt eine sechs Faktorenlösung, die durch eine Varimax Rotation erreicht worden ist. Durch das Varimax-Kriterium liefert jeder Faktor einen relevanten Erklärungsbeitrag für einen Teil der Variablen, wodurch die andere Hälfte der Variablen bedeutungslos wird. Der Vorteil dieser Verfahrensweise besteht in kleinen Kommunalitäten von Variablen, die ein größeres Gewicht bei der Bestimmung der Rotation erhalten sowie in der Quadrierung der Größen, sodass keine Probleme mit dem Vorzeichen entstehen.⁴³³

Der sechste identifizierte Faktor lässt sich folglich so erklären, dass sowohl Medizinstudierende als auch Ärztinnen und Ärzte ein gewisses Maß an Egoismus besitzen, sodass dies eine eigene Persönlichkeitsstruktur darstellt, die durch einen separaten Faktor nachgewiesen werden konnte. Diese Persönlichkeitsstruktur scheint bei den in dieser Analyse befragten Gruppen wesentlich stärker ausgeprägt zu sein, da andere Untersuchungen des FFMs den sechsten Faktor nicht nachweisen konnten.⁴³⁴ Somit ist dies als Besonderheit dieser befragten Gruppe anzusehen. Weiterhin wurden Variablen ab einer Ladungshöhe von 0,440 einem Faktor zugeordnet, da dieser Wert nahe an der in der Praxis häufig verfolgten Konvention von 0,5 liegt.⁴³⁵ Für die Clusteranalyse finden die Faktorwerte der 5 Faktorenlösung Anwendung.

Die Faktorwerte werden mit den Ladungen gewichtet.⁴³⁶ Wie das Ergebnis aus Tabelle 24 verdeutlicht, erfolgte der Ausschluss einiger Variablen aus der Analyse. Es handelt sich dabei um die Variablen, die ein variablenspezifisches MSA-Kriterium kleiner als 0,5 besitzen, da dieser Wert als untragbar für die Faktorenanalyse gilt. Die Lösung des EFA kann untenstehender Tabelle entnommen werden.

Faktoren und Items der Faktoren	Ladungen
Faktor 1: Neurotizismus	
Ich bin oft nervös.	,757
Oft werde ich von meinen Gefühlen hin- und hergerissen.	,749
Ich fühle mich oft unsicher.	,699
Ich mache mir oft unnütze Sorgen.	,681
Oft überwältigen mich meine Gefühle.	,676
Ich verspüre oft eine innere Unruhe.	,649
Ich bin mir in meinen Entscheidungen oft unsicher.	,627
Ich bin ein ängstlicher Typ.	,604
Faktor 2: Extraversion	
Ich bin sehr kontaktfreudig.	,779
Ich bin ein gesprächiger und kommunikativer Mensch.	,752
Ich bin gerne mit anderen Menschen zusammen.	,673
Ich kann schnell gute Stimmung verbreiten.	,651
Ich bin ein Einzelgänger_REV.	,614
Im Grunde bin ich oft lieber für mich alleine._REV	,598
Ich gehe gerne auf Partys.	,529
Ich bin unternehmenslustig.	,495

⁴³³ Vgl. Schlittgen, R. (2009), S. 467, S. 481; Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 113.

⁴³⁴ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 3 ff.

⁴³⁵ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 399; Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 115.

⁴³⁶ Vgl. Bühner, M. (2011), S. 299.

Faktor 3: Offenheit	
Ich will immer neue Dinge ausprobieren.	,667
Ich habe viele Ideen.	,643
Ich lerne immer wieder neue Dinge.	,595
Ich bin ein neugieriger Mensch.	,594
Am liebsten ist es mir, wenn alles so bleibt wie es ist_REV.	,515
Ich lese viel über neue Entdeckungen.	,497
Faktor 4: Verträglichkeit	
Ich bin ein höflicher Mensch.	,743
Ich achte darauf, immer freundlich zu sein.	,714
Wenn mir jemand hilft, erweise ich mich als dankbar.	,616
Ich helfe anderen, auch wenn man es mir nicht dankt.	,542
Ich kann mich gut in andere Menschen hineinversetzen.	,476
Faktor 5: Gewissenhaftigkeit	
Ich achte sehr darauf, dass Regeln eingehalten werden.	,712
Auch kleine Schlampereien stören mich.	,692
Meine Aufgaben erledige ich sehr genau.	,691
Ich gehe immer planvoll vor.	,690
Ich bin sehr pflichtbewusst.	,602
Ich habe meine festen Prinzipien.	,445
Faktor 6: Eigener Vorteil	
Ich achte gerne auf meinen eigenen Vorteil.	,747
KMO = 0,877; erkl. Varianz = 52,98 %	

Tabelle 24: Faktoren des Modells

Es gilt zu konstatieren, dass die Durchführung einer EFA die fünf Faktoren des FFM nachweisen konnte, sodass diese auf die untersuchte Grundgesamtheit von Medizinstudierenden, niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten sowie Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten übertragbar sind. Der hohe KMO-Wert von 0,877 verdeutlicht die hohe Güte des Modells. Der zusätzlich erhobene Faktor 6 weist auf Besonderheiten in der Persönlichkeitsstruktur von angehenden und berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner hin, sodass der Egoismus einen eigenständigen Faktor abbildet.

Die im Anhang dargestellte CFA konnte ebenfalls die Anwendbarkeit des FFM für Medizinstudierende, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte bestätigen.

6.2.2 Ergebnisse der Clusteranalyse

Die Clusteranalyse verfolgt das Ziel, Daten in wenige homogene Gruppen oder Cluster zusammenzufassen,⁴³⁷ was übertragen auf die vorliegende Arbeit bedeutet, dass eine Zusammenfassung der Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte, die sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit ähnlich sind, in einem Cluster erfolgt, wohingegen Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte, die sich in Bezug auf ihre Persönlichkeit unterscheiden, sich in verschiedenen Clustern befinden. Das Alter wird als Variable in die Analyse miteinbezogen, sodass z. B. die Vermutung, Medizinstudierende, die sich als Hausärztin/Hausarzt mit eigener Praxis niederlassen möchten, den bereits niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten jüngeren Alters ähnlicher sind als den älteren niedergelassenen

⁴³⁷ Vgl. Schlittgen, R. (2009), S. 391; Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 418; Everett, B. (1974), S. 4.

Hausärztinnen/Hausärzten, überprüft werden kann. Analog zu dieser Darstellung wird ebenfalls der zuvor präsentierte Zusammenhang für die Gruppe der Medizinstudierende, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten und den niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten sowie für die Medizinstudierende, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten und den Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten nachgewiesen werden. Die Unterscheidung erfolgt in diesem Fall bewusst in Bezug auf Alter und nicht auf die Zeit der Niederlassung, da diese keine Aussage über das Alter einer/eines Ärztin/Arztes erlaubt. Der statistische Nachweis des Zusammenhangs findet durch eine Kontingenzanalyse statt.⁴³⁸

Ein zentrales Merkmal des Verfahrens der Clusteranalyse ist die gleichzeitige Verwendung der gesamten vorliegenden Eigenschaften der Untersuchungsobjekte für die Gruppenbildung.⁴³⁹ Das im Rahmen dieser Arbeit verwendete k-Means Verfahren ist anfällig für Ausreißer, da es auf der Varianz und dem arithmetischen Mittel basiert, weshalb dieses wie auch andere Kriterien im Vorfeld vorgeprüft werden.⁴⁴⁰

Um eine Clusteranalyse anwenden zu können, sind zunächst folgende Kriterien zu prüfen: die Anzahl der Objekte, das Problem der Ausreißer, die Anzahl der zu betrachtenden Merkmale, deren Gewichtung sowie die Vergleichbarkeit dieser.⁴⁴¹ Eine ausreichend große Anzahl an Elementen in den einzelnen Gruppen, sodass die Teilgesamtheiten die Grundgesamtheit repräsentieren, kann gewährleistet werden, da die Stichprobe 1.617 Datensätze enthält.⁴⁴² Die Überprüfung, ob der Datensatz Ausreißer enthält, wurde mit Hilfe des Single-Linkage-Verfahrens durchgeführt, welches keine identifizieren konnte. Eine Überprüfung auf hohe Korrelationen größer als 0,9 zwischen zwei Faktoren zeigte, dass dies in den Ausgangsdaten nicht vorliegt, weshalb eine Gleichgewichtung der Daten sichergestellt werden kann.⁴⁴³ Die Prüfung der Kriterien veranschaulicht die Durchführbarkeit der Clusteranalyse.

Der Clusteranalyse vorgeschaltet erfolgte die Anwendung einer EFA, die die Reduktion hoch korrelierter Variablen auf unabhängige Faktoren ermöglichte. Die verdichteten unabhängigen Faktoren der EFA, die keine Korrelationen mehr aufweisen, werden für die Durchführung der Clusteranalyse eingesetzt. Probleme, die aufgrund der Betrachtung der zentralen Faktoren entstehen können, sind auszuschließen, da der Einbezug der fünf aus der EFA hervorgegangenen Faktoren in die Clusteranalyse erfolgt. Konstante Merkmale, die zu einer Nivellierung der Unterschiede zwischen den Objekten führen, sind in dem Datensatz nicht enthalten. Die Erhebung der Ausgangsdaten fand nicht mit

⁴³⁸ Vgl. McCrae R. R. et al. (2000), S. 178 ff.

⁴³⁹ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 437.

⁴⁴⁰ Vgl. Schlittgen, R. (2009), S. 412.

⁴⁴¹ Vgl. Bergs, S. (1981), S. 51 ff.; Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 428.

⁴⁴² Vgl. Hair Jr., J. F. et al. (2014), S. 428.

⁴⁴³ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 461 f.

unterschiedlichen Skalen statt, sondern mit einer 7er Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „1 = trifft überhaupt nicht zu“ bis „7 = trifft voll und ganz zu“.⁴⁴⁴

Aufgrund der Tatsache, dass die agglomerativen Verfahren bei großen Fallzahlen durch die für jeden Fusionierungsschritt berechnete Distanzmatrix zwischen allen Fällen zu Berechnungsproblemen führen, wird für den vorliegenden Datensatz, der mit 1.617 Fällen in diese Kategorie einzuordnen ist, ein partitionierender Clusteralgorithmus verwendet.⁴⁴⁵ Das am weitesten verbreitete Verfahren stellt das k-Means oder das iterierte Minimaldistanzverfahren dar.⁴⁴⁶ Bei diesem Verfahren wird prospektiv die gewünschte Clusteranzahl festgelegt. Danach werden metrisch skalierte Variablen, die für die Clusterung Anwendung finden, den Gruppen zugeordnet. Dieses Verfahren verwendet die einfache euklidische Distanz, die eine optimale Zuordnung der Objekte zu den Clustern ermöglicht.⁴⁴⁷

Tabelle 25 zeigt die Verteilung der Probanden auf die einzelnen gebildeten Cluster. Cluster vier der Verträglichkeit gehören die meisten, 847, Probanden an. Dieses Ergebnis verwundert etwas, da die Vermutung nahegelegen hat, dass mehr Medizinstudierende sowie niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte eher in den Clustern Extraversion und Gewissenhaftigkeit einzuordnen wären, da dies Eigenschaften sind, die mit Medizinstudierende oder Ärztinnen und Ärzte assoziiert werden. Die Faktoren Offenheit und Verträglichkeit werden wie erwartet durch eine hohe Anzahl an Probanden gekennzeichnet, da dies Eigenschaften sind, die Ärztinnen/Ärzte und Medizinstudierende im Idealfall verkörpern sollten.⁴⁴⁸

Cluster	Anzahl
1: Neurotizismus	216
2: Extraversion	20
3: Offenheit	514
4: Verträglichkeit	847
5: Gewissenhaftigkeit	20
Gültig	1.617
Fehlend	,000

Tabelle 25: Anzahl der Fälle in jedem Cluster

Das Ergebnis der durchgeführten Clusteranalyse zeigt die Zuordnung der Variablen zu den fünf Clustern und dies getrennt nach den dreizehn möglichen Gruppen. So beinhaltet die erste Gruppe die Medizinstudierende, die sich im späteren Berufsleben gerne als Hausärztin/Hausarzt mit eigener Praxis niederlassen möchten und Frage v55 des Fragebogens für die Medizinstudierenden mit einem Wert größer oder gleich fünf beantwortet haben. So wurde analog für die anderen Gruppen vorgegangen, die genaue Vorgehensweise der Indexbildung ist im Anhang zu entnehmen.

⁴⁴⁴ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 461 ff.

⁴⁴⁵ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 475.

⁴⁴⁶ Vgl. Schlittgen, R. (2009), S. 405.

⁴⁴⁷ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 493; Bacher, J., Pöge, A., Wenzig, K. (2010), S. 300.

⁴⁴⁸ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3; Hoefert, H. W. (2010), S. 24.

Um die Anzahl möglicher Gruppen nicht noch zusätzlich zu erhöhen, wurde auf die Kombination der Gruppen vier bis sieben mit den Gruppen zwölf und dreizehn verzichtet, da diese sehr selten waren. Zudem bezieht sich der Begriff der Anstellung auf eine Mitarbeit in einer Haus- oder Facharztpraxis und wurde in der vorliegenden Studie, wenn diese Antwortalternative mit der Kombination aus Gruppe vier bis sieben auftrat, als analog zu diesen Gruppen angenommen.

Werte-label	Bezeichnung	Anzahl C1 NZ	Anzahl C2 EV	Anzahl C3 OH	Anzahl C4 VK	Anzahl C5 GH
1	BAO_NL_HA	9	1	4	142	1
2	BAO_NL_FA	8	2	33	80	1
3	BAO_KH	18	0	32	38	0
4	BAO_NL_HA+BAO_NL_FA	53	2	61	46	1
5	BAO_NL_HA+BAO_KH	4	0	7	11	0
6	BAO_NL_FA+BAO_KH	25	2	140	6	2
7	BAO_NL_HA+BAO_NL_FA+BAO_KH	44	0	70	60	0
8	NL_HA	29	5	74	171	3
9	NL_FA	14	5	57	178	7
10	KH	11	3	31	106	3
11	Keine BAO präferiert	0	0	1	5	1
12	BAO_F	1	0	3	3	1
13	BAO_AA	0	0	1	1	0

Tabelle 26: Ergebnisse Clusteranalyse

Die obenstehende Tabelle weist aus, dass vermutete Unterschiede zwischen den Medizinstudierenden nachgewiesen werden konnten. So gehört der Großteil der Medizinstudierende, die eine Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt als präferierte BAO angaben, dem Persönlichkeitsfaktor der Verträglichkeit an (142) gefolgt von Faktor eins des Neurotizismus (9). Der überwiegende Teil der Medizinstudierenden, die sich später als Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis niederlassen möchten, befinden sich ebenfalls im Faktor der Verträglichkeit (80); allerdings kann der zweitgrößte Teil dieser Gruppe der Offenheit zugeordnet werden (30), was ein Unterscheidungsmerkmal zu Gruppe eins darstellt. Gruppe drei mit den Medizinstudierenden, die gerne in einem Krankenhaus arbeiten möchten, zeigt ein vergleichbares Bild auf, mit einer nahezu ausgeglichenen Verteilung zwischen den Faktoren der Verträglichkeit (38) und dem Faktor der Offenheit (33). Dies bildet einen ersten Hinweis darauf, dass die Ähnlichkeit zwischen den Medizinstudierenden, deren präferierte BAO eine eigene Facharztpraxis ist und den Medizinstudierenden, die gerne in einem Krankenhaus arbeiten möchten, gegeben ist.

Die Varianz oder Analysis of Variance (ANOVA) der Clusteranalyse in Tabelle 27 weist die Signifikanz für alle fünf Faktoren aus.

	Cluster		Fehler		F	Sig.
	Quadratischer Mittelwert	Df	Quadratischer Mittelwert	Df		
Faktor_Neutrozismus	223,402	4	,647	1612	345,174	,000
Faktor_Extraversion	82,706	4	,718	1612	115,171	,000
Faktor_Offenheit	32,758	4	,566	1612	57,910	,000
Faktor_Verträglichkeit	43,634	4	,417	1612	104,715	,000
Faktor_Gewissenhaftigkeit	179,529	4	,396	1612	453,386	,000

Die F-Tests sollten nur zu beschreibenden Zwecken verwendet werden, da die Cluster so ausgewählt wurden, dass die Unterschiede zwischen den Fällen in den verschiedenen Clustern maximiert werden. Die beobachteten Signifikanzniveaus werden hierfür nicht korrigiert und können daher nicht als Test der Hypothese interpretiert werden, dass die Clustermittelwerte identisch sind.

Tabelle 27: ANOVA der Clusteranalyse

6.2.3 Ergebnisse der Kontingenzanalyse

Nach der Durchführung der Faktorenanalyse wird in einem weiteren Schritt eine Kontingenzanalyse angewendet, um den Zusammenhang zwischen dem Alter und der Zugehörigkeit zu einem Persönlichkeitsfaktor belegen zu können. Dieses Verfahren wird angewandt, um Zusammenhänge zwischen Variablen, die nominal skaliert sind, aufzudecken und zu untersuchen. Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass analysiert wird, ob ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Clusterzugehörigkeit zu erkennen ist und wenn ja, ob eine Signifikanz vorliegt.⁴⁴⁹ Sind folglich Medizinstudierende, die sich später gerne als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten, und neu-niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzten, die jüngeren Alters sind, ähnlicher, als Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte, die schon länger niedergelassenen und älter sind. Diese Fragestellung kann auf drei verschiedene Gruppen ausgeweitet werden, was Tabelle 28 veranschaulicht. Anzumerken gilt, dass eine Konzentration auf die drei BAO Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt mit eigener Praxis, als Fachärztin/Facharzt mit eigener Praxis sowie Krankenhausärztin/Krankenhausarzt erfolgte, da diese die am häufigsten genannten waren.

Gruppe	Zu untersuchende Fragestellung
Gruppe 1 HA: Medizinstudierende, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten, und niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte.	Sind Medizinstudierende, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten, neu niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten, die jüngeren Alters sind, ähnlicher als Hausärztinnen/Hausärzten, die länger niedergelassen und älter sind?
Gruppe 2 FA: Medizinstudierende, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte.	Sind Medizinstudierende, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten, neu niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten, die jüngeren Alters sind, ähnlicher als Fachärztinnen/Fachärzten, die länger niedergelassen und älter sind?
Gruppe 3 KH: Medizinstudierende, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten und Ärztinnen/Ärzte, die in einem Krankenhaus arbeiten.	Sind Medizinstudierende, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten, den Ärztinnen/Ärzten, die erst seit kurzem in einem Krankenhaus arbeiten und jüngeren Alters sind, ähnlicher als Ärztinnen/Ärzten, die schon länger in einem Krankenhaus arbeiten und älter sind?

Tabelle 28: Fragestellungen der Kontingenzanalyse

⁴⁴⁹ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 358.

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden ausschließlich die Bezeichnung Gruppe 1 HA, 2 FA und 3 KH verwendet. Zur Erstellung der Kreuztabelle wurden Gruppierungsvariablen für die drei zu betrachteten Gruppen gebildet. Der Name der ersten Gruppierungsvariable lautet BAO_HA_NL_HA und wurde folgendermaßen kodiert: Wenn ein Medizinstudierender sich gerne als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchte, somit Frage v55 mit einem Wert größer gleich 5 beantwortet, und es sich um eine/einen niedergelassene/niedergelassenen Hausärztin/Hausarzt handelt, dann zeigt die Spalte in der Kreuztabelle einen Wert von 1, ansonsten eine 0. Analog wurde für Gruppe 2 FA und 3 KH vorgegangen. Die Gruppierungsvariable BAO_FA_NL_FA findet für Gruppe 2 FA Anwendung und die Gruppierungsvariable BAO_KH_KH für Gruppe 3 KH.

Die Überprüfung der Stichprobengröße ergab, dass sich in Gruppe 1 HA 709 Probanden, in Gruppe 2 FA 1.025 und in Gruppe 3 KH 749 befanden. Die Gruppengrößen können als ausreichend bezeichnet werden. An dieser Stelle sei anzumerken, dass es in den einzelnen Gruppen zu Überschneidungen kommen kann, da die Medizinstudierende sowohl Frage v55, v56 wie auch v57 mit größer gleich 5 beantworten konnten, sodass sie in allen drei Gruppen berücksichtigt werden. Vor der Durchführung des Chi-Quadrat-Tests für die aufgezeigten Gruppen wurden mehrere Mediansplits durchgeführt, um zu schauen, welches Alter am besten die Medizinstudierende und jungen Ärztinnen und Ärzten von älteren trennt.⁴⁵⁰

Dazu erfolgte zunächst eine Analyse des Medians für den kompletten Datensatz, der bei 27 Jahren lag. Um den Mediansplit durchführen zu können, wurde für alle betrachteten Alterswerte eine neue Variable gebildet, die exemplarisch an dem Median von 27 Jahren erklärt werden soll. Die gebildete Variable trägt den Namen Mediansplit_Alter_27_Jahre und besitzt den Wert 1, wenn der Proband jünger oder 27 Jahre und den Wert 2, wenn er älter als 27 Jahre ist.⁴⁵¹ Die Kodierung des Mediansplits fand im Abstand von 5-Jahresspannen statt und wurde für folgende Alterswerte durchgeführt.

Für jeden aufgezeigten Mediansplit fand die Durchführung eines Chi-Quadrat-Tests statt, um die Antworten auf die folgenden zwei Fragen zu erhalten: „Bei welchem Wert ist die Trennkraft für welche Gruppe am besten?“ sowie „Bleiben die Ergebnisse über verschiedene Alterswerte hinweg stabil?“ Die Antworten auf die beiden Fragen konnten ermittelt werden.⁴⁵²

Eine tiefere Analyse erfolgt für den Mediansplit, der die größte Trennkraft für die jeweilige Gruppe besitzt.

⁴⁵⁰ Vgl. Iacobucci, D., Posavac, S. S., Kardes, F. R. et al. (2015), S. 702 f.

⁴⁵¹ Die genaue Erläuterung der erzeugten Variablen ist dem Abschnitt Indexbildung in Kapitel 4 zu entnehmen.

⁴⁵² Ein weiteres Maß bildet Cramer's V, das ebenfalls Werte zwischen 0 und 1 annimmt und den Maximalwert von 1 unabhängig von der Anzahl der Dimensionen erreichen kann. Die Werte des Phi-Koeffizienten und von Cramer's V sind identisch, da es sich bei den untersuchten Variablen, um binäre Variablen handelt. Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 371.

Gruppe	Mediansplit	Kontingenzkoeffizient	Phi-Wert
Gruppe 1 HA	50 Jahre	0,308	0,324
Gruppe 1 HA	35 Jahre für Vergleichbarkeit mit Gruppe 2 FA und Gruppe 3 KH	0,259	0,268
Gruppe 2 FA	35 Jahre	0,244	0,252
Gruppe 3 KH	35 Jahre	0,276	0,287

Tabelle 29: Mediansplit mit größter Trennkraft

Anzumerken ist, dass der Kontingenzkoeffizient der Gruppe 2 FA für den Mediansplit 30 Jahre einen Wert von 0,245 besitzt, welcher minimal größer ist als für den Mediansplit von 35 Jahren. Da dieser Unterschied als marginal bezeichnet werden kann, wird der Wert für den Mediansplit von 35 Jahren weiterverfolgt, damit eine Vergleichbarkeit gewahrt bleibt. Die geringste Trennkraft für alle drei Gruppen weist der Mediansplit 60 Jahre auf. Diesen Ergebnissen ist eine Ähnlichkeit zwischen der Gruppe 2 FA und der Gruppe 3 KH zu entnehmen, da sowohl der Mediansplit mit der größten als auch mit der niedrigsten Trennkraft für beide Gruppen identisch ist. Unterschiede gibt es zur Gruppe 1 HA, sodass hier auf Unähnlichkeiten geschlossen werden kann. Bevor eine tiefere Analyse dieser Werte erfolgt, wird zunächst die Notwendigkeit der Betrachtung des Kontingenzkoeffizienten und des Phi-Wertes aufgezeigt.

Die Signifikanz von 0,000 in allen betrachteten Fällen verdeutlicht, dass bei einem Testniveau von 5 % die Nullhypothese abzulehnen ist.⁴⁵³ Diese Werte können als sehr gut interpretiert werden, da es sich um eine homogene Gruppe aus Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte handelt, die befragt wurde und kleine Werte schon als sehr gut empfunden werden können.

Allerdings gilt es ebenfalls auf die Nachteile des Phi-Koeffizienten einzugehen, welche in der Nicht-Vergleichbarkeit sowie in der Einteilung von stetigen Variablen in zwei Klassen liegen, was bedeutet, dass die Wahl der Schnittlegung bei der Transformation einer intervallskalierten in eine ordinalskalierte Größe einen Einfluss auf Phi besitzt. Diese beiden aufgezeigten Nachteile können in der vorliegenden Studie vernachlässigt werden, da keine unterschiedlichen Untersuchungen durchgeführt wurden und zudem keine Transformation einer intervallskalierten Variablen auf eine ordinalskalierte Größe erfolgte.⁴⁵⁴ Die Ergebnisse des Phi-Koeffizienten zeigen, dass ein Zusammenhang von Bedeutung unterstellt werden kann.⁴⁵⁵ Die erhobenen Kontingenzkoeffizienten sind als zufriedenstellend einzuschätzen, diese liegen für Gruppe 1 HA bei 0,308, für Gruppe 2 FA bei 0,244 und für Gruppe 3 KH bei 0,276.

Die aufgezeigten Ergebnisse der Analyse verdeutlichen einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Weiterhin gilt es zu konstatieren, dass der Altersgrenzwert für die Gruppe der Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten, und den niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten deutlich höher ist als in den beiden anderen Gruppen.

⁴⁵³ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 379.

⁴⁵⁴ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 371.

⁴⁵⁵ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 371.

Die dargelegten Ergebnisse für die Gruppe 1 HA, Gruppe 2 FA und Gruppe 3 KH verdeutlichen, dass die im Rahmen dieser Arbeit aufgestellte Vermutung in Bezug auf die Ähnlichkeit der Medizinstudierenden mit den jungen Ärztinnen und Ärzten der jeweiligen Gruppen bestätigt werden kann. Dies zeigen der Phi-Koeffizient und der Kontingenzkoeffizient sowie die Signifikanz des beschriebenen Zusammenhangs. Somit ist eine zentrale Annahme der Arbeit zu verifizieren.

Gruppe	Zu untersuchende Fragestellung	Bestätigung
Gruppe 1: Medizinstudierende, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten und niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte	Sind Medizinstudierende, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten, neu niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten, die jüngeren Alters sind ähnlicher als Hausärztinnen/Hausärzten, die länger niedergelassen und älter sind?	Ja
Gruppe 2: Medizinstudierende, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte	Sind Medizinstudierende, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten, neu niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten, die jüngeren Alters sind ähnlicher als Fachärztinnen/Fachärzten, die länger niedergelassen und älter sind	Ja
Gruppe 3: Medizinstudierende, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten und Ärztinnen/Ärzte, die in einem Krankenhaus arbeiten.	Sind Medizinstudierende, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten, den Ärztinnen/Ärzten, die erst seit kurzem in einem Krankenhaus arbeiten und jüngeren Alters sind, ähnlicher als Ärztinnen/Ärzten, die schon länger in einem Krankenhaus und älter sind.	Ja

Tabelle 30: Ergebnisse der Kontingenzanalyse

Weiterhin konnten Ähnlichkeiten und Unähnlichkeiten zwischen den Gruppen herausgearbeitet werden. So liegen die Ähnlichkeiten darin begründet, dass die Persönlichkeitsfaktoren der Gewissenhaftigkeit und der Extraversion nur wenige Probanden besitzen. Diese Erkenntnis ist überraschend, da Charaktereigenschaften wie gewissenhaft und extrovertiert Merkmale darstellen, die mit angehenden und berufstätigen Medizinerinnen und Medizinern verbunden werden. So ist es erstaunlich, dass Items des Faktors Extraversion wie „Ich bin gerne mit anderen Menschen zusammen.“ oder „Ich bin sehr kontaktfreudig.“ keine höhere Bedeutung für die Gruppe der Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte besitzen. Eine weitere Ähnlichkeit ist darin zu sehen, dass die meisten Probanden von Gruppe 1 HA, Gruppe 2 FA und Gruppe 3 KH den Faktoren der Offenheit und der Verträglichkeit zugeordnet werden können. Diese Tatsache war zu erwarten, da beide Eigenschaften für angehende und berufstätige Ärztinnen und Ärzte wichtig für die Kommunikation mit den/dem Patientinnen/Patienten und für das Einfühlungsvermögen sind.⁴⁵⁶ Ein Unterschied ist in Bezug auf die Verteilung zwischen jüngeren und älteren Probanden im Faktor der Verträglichkeit zu erkennen. Für die Gruppe 2 FA und Gruppe 3 KH stellt die Gruppe jünger oder gleich 35 Jahre den größten Anteil dar und für die Gruppe 1 HA die Probanden, die älter als 35 Jahre sind. Dies könnte auf einen ersten Anhaltspunkt für Unterschiede in den Persönlichkeitsstrukturen der drei betrachteten Gruppen hindeuten. Unterschiede sind ebenfalls im Faktor Neurotizismus zu erkennen, in welchem vor allem die jüngeren oder gleich 35 Jahre alten

⁴⁵⁶ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3; Hoefert, H. W. (2010), S. 24.

Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte vertreten sind. Auch dies kann auf Unterschiede in den Persönlichkeitsfaktoren hindeuten.

Anzumerken gilt, dass es Überschneidungen in den einzelnen Gruppen geben kann, da die Medizinstudierende die Möglichkeit besaßen, alle drei Optionen Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt, Niederlassung als Fachärztin/Facharzt sowie Arbeit in einem Krankenhaus mit einem Wert von ≥ 5 zu bewerten.

6.3 Ergebnisse der Analyse der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen

Um erheben zu können, ob die Einstellung zur Niederlassung der vier aufgezeigten Maßnahmen einen Effekt auf die Niederlassung ausübt, erfolgt für jede Maßnahme die Durchführung einer Regressionsanalyse.



Abbildung 13: Einstellung der Medizinstudierende zu den Maßnahmen

Vor Beginn der Analyse gilt es mit einer Reliabilitätsanalyse zu prüfen, ob die Einstellungsmessungen Gültigkeit besitzen. Dazu werden die negativ formulierten Items der Einstellungsmessung: „Eine solche Maßnahme würde mich nicht überzeugen.“ sowie „Das ist eine ungeeignete Maßnahme.“ umkodiert. Zudem findet die Berechnung einer Gruppierungsvariablen für die Indizes der Einstellung zu den vier aufgezeigten Maßnahmen statt (siehe Anhang Abschnitt Indexbildung). Das Reliabilitätskriterium zur Überprüfung der internen Konsistenz ist im Rahmen dieser Arbeit der Wert von Cronbach’s Alpha. Dieses Kriterium ist als Standardeinstellung bei der zu Analyse eingesetzten Software SPSS hinterlegt sowie das gängigste Kriterium, wenn die Daten, wie im vorliegenden Fall, nur zu einem Messzeitpunkt erhoben wurden. Cronbach’s Alpha beruht auf der durchschnittlichen Korrelation zwischen den Items, um die interne Konsistenz zu testen.⁴⁵⁷

Für die Maßnahme Stipendium kann ein Cronbach’s Alpha Wert von $\alpha = 0,789$ erhoben werden, der aufgrund der Nähe zum Wert 1 auf eine hohe Messgenauigkeit der zwei zusammengefassten Items „Index Einstellung Niederlassung Stipendium“ und „Könnten Sie sich unter der zuvor dargelegten Maßnahme Stipendium eine Niederlassung vorstellen?“ hindeutet.⁴⁵⁸

⁴⁵⁷ Vgl. Gliem, J. A., Gliem, R. R. (2003), S. 84.

⁴⁵⁸ Vgl. Gliem, J. A., Gliem, R. R. (2003), S. 87.

Reliabilitätsstatistik Maßnahme Stipendium		
Cronbach-Alpha	Cronbach-Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,789	,789	2

Tabelle 31: Reliabilität Stipendium

Für die Maßnahme der Patenschaft zeigt sich ein vergleichbares Bild, der Wert von Cronbach Alpha beläuft sich auf $\alpha = 0,740$, was wiederum auf eine hohe Messgenauigkeit schließen lässt.⁴⁵⁹

Reliabilitätsstatistik Maßnahme Patenschaft		
Cronbach-Alpha	Cronbach-Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,740	,767	2

Tabelle 32: Reliabilität Patenschaft

Die Cronbach's Alpha Werte für die Maßnahme Kinderversorgung und Rotationsmodelle sind etwas geringer als die Werte der beiden zuvor dargestellten des Stipendiums und der Patenschaft, allerdings mit $\alpha = 0,715$ für die Kinderversorgung und $\alpha = 0,691$ für das Rotationsmodell immer noch hoch, was auf eine erhöhte bis hohe Messgenauigkeit hindeutet,⁴⁶⁰ was in untenstehender Tabelle zu erkennen ist.

Reliabilitätsstatistik Maßnahme Kinderversorgung		
Cronbach-Alpha	Cronbach-Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,715	,732	2
Reliabilitätsstatistik Maßnahme Rotationsmodelle		
Cronbach-Alpha	Cronbach-Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,691	,707	2

Tabelle 33: Reliabilität Kinderversorgung und Rotationsmodell

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse für die vier Maßnahmen verdeutlichen eine Validität für die Einstellung zur Niederlassungsbereitschaft der jeweiligen Maßnahmen, sodass eine Regressionsanalyse durchgeführt werden kann.

6.3.1 Der Einfluss des Stipendiums auf die Niederlassungsbereitschaft

Die Regressionsanalyse ohne Gruppeneinteilung für die Maßnahme des Stipendiums zeigt einen R^2 -Wert von 0,428, der besagt, dass 42,8 % der Varianz der Kriteriumsvariablen durch den Prädiktor der Einstellung zur Niederlassung erklärt werden. Somit beschreibt das präsentierte Modell 42,8 % der Varianz, wonach 57,2 % unbekannt sind. Jedoch ist nicht eindeutig festgelegt, ab welchem Wert ein R^2 als gut eingeschätzt werden kann. Das angepasste R^2 hingegen ist eine Korrektur, in die die Zahl der Prädiktoren und Merkmalsträger eingebunden werden. Im vorliegenden Sachverhalt handelt es sich um eine Ursachenanalyse, in der die Frage gestellt werden kann, wie stark der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige ist. Der ausgegebene F-Wert kann mit $F_{(emp)} = 675,87$ angegeben werden. Um die Nullhypothese, also die Tatsache, dass kein systematischer Zusammenhang besteht, zu testen, wird dieser Wert mit dem theoretischen F-Wert für die geforderte Irrtumswahrscheinlichkeit verglichen. Das in SPSS ausgewiesene Ergebnis mit einem Wert für die Signifikanz von 0,000, verdeutlicht, dass die Frage nach der Akzeptanz nicht zu stellen ist und die Nullhypothese abgelehnt werden kann. Die

⁴⁵⁹ Vgl. Gliem, J. A., Gliem, R. R. (2003), S. 87.

⁴⁶⁰ Vgl. Gliem, J. A., Gliem, R. R. (2003), S. 87.

Betrachtung des T-Wertes und der Signifikanz in der Tabelle Koeffizienten zeigt, dass das Signifikanzniveau mit 0,000 niedriger ist als das gewöhnlich geforderte von 0,005 und der T-Wert > 2 (hier: $T = 25,998$) sowie die Anzahl der Beobachtungen höher als 60 sind, sodass die Einstellung zur Niederlassung für die Maßnahme Stipendium einen signifikanten Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft ausübt.⁴⁶¹

Eine Prüfung auf Autokorrelation kann hier vernachlässigt werden, da es sich nicht um Zeitreihendaten handelt, sondern um Querschnittsdaten, deren Reihenfolge beliebig verändert werden kann.⁴⁶²

BAO: Stipendium	Beta	Signifikanz
Einstellung zur NL Stipendium**	0,654	,000
$R^2_{\text{korr}} = 0,427$; $F_{(\text{emp})} = 675,87$; $p < 0,001$		
Abhängige Variable: Könnten Sie sich unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Maßnahme eine Niederlassung als Mediziner mit eigener Praxis vorstellen?		

Signifikanzniveau: **0,001

Tabelle 34: Ergebnisse Regression Stipendium

Eine Ursache hierfür könnte darin liegen, dass das Stipendium eine allgemeine Maßnahme darstellt, die nicht spezifisch eine Personengruppe anspricht, sondern generell von den Medizinstudierenden befürwortet wird.

6.3.2 Der Einfluss der Patenschaft auf die Niederlassungsbereitschaft

Die Berechnung der Regressionsanalyse für die erste Stufe ohne Gruppenaufteilung für die Maßnahme der Patenschaft besitzt ein R^2 von 0,387, was besagt, dass 38,7 % der Varianz der Kriteriumsvariablen durch den Prädiktor der Einstellung erklärt werden.⁴⁶³

BAO: Patenschaft	Beta	Signifikanz
Einstellung zur NL Patenschaft**	0,622	,000
$R^2_{\text{korr}} = 0,386$; $F_{(\text{emp})} = 569,407$; $p < 0,001$		
Abhängige Variable: Könnten Sie sich unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Maßnahme eine Niederlassung als Mediziner mit eigener Praxis vorstellen?		

Signifikanzniveau: **0,001

Tabelle 35: Ergebnisse Regression Patenschaft

Für den F-Test zeigt sich ebenfalls ein signifikantes Ergebnis mit dem Wert 0,000 sowie einem F-Wert von $F_{(\text{emp})} = 569,407$. Der T-Wert wird mit $T > 2$ (hier: $T = 23,862$) ausgegeben und das Signifikanzniveau der Koeffizienten liegt wiederum mit dem Wert 0,000 deutlich unter dem geforderten von 0,005. Daraus ergibt sich, dass die Einstellung zur Niederlassung für die Maßnahme Patenschaft einen signifikanten Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft ausübt.⁴⁶⁴

⁴⁶¹ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 77 ff.

⁴⁶² Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 96.

⁴⁶³ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 77 ff.

⁴⁶⁴ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 85 ff.

6.3.3 Der Einfluss der Kinderversorgung auf die Niederlassungsbereitschaft

In einem ersten Schritt wird wiederum eine Regressionsanalyse ohne Gruppeneinteilung für die Maßnahme der Kinderversorgung gerechnet. Dabei zeigt R^2 einen Wert von 0,333 auf, sodass 33,3 % der Varianz der Kriteriumsvariablen durch den Prädiktor der Einstellung zur Niederlassung erklärt werden.⁴⁶⁵

BAO: Patenschaft	Beta	Signifikanz
Einstellung zur NL Kinderversorgung**	0,577	,000
$R^2_{\text{kor}} = 0,332; F_{(\text{emp})} = 450,407; p < 0,001$		
Abhängige Variable: Könnten Sie sich unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Maßnahme eine Niederlassung als Mediziner mit eigener Praxis vorstellen?		

Signifikanzniveau: **0,001

Tabelle 36: Ergebnisse Regression Kinderversorgung

Der F-Wert besitzt für die Kinderversorgung ein signifikantes Ergebnis mit 0,000 und $F_{(\text{emp.})} = 450,407$. Die Analyse des T-Wertes verdeutlicht, dass sich das Signifikanzniveau der Koeffizienten erneut mit 0,000 weit unter dem geforderten von 0,005 befindet und $T > 2$ (hier: $T = 21,233$) ist. Somit besitzt die Einstellung zur Niederlassung für die Maßnahme Kinderversorgung einen signifikanten Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft.⁴⁶⁶ Als letzte Maßnahme wird der Einfluss des Rotationsmodells auf die Niederlassungsbereitschaft analysiert.

6.3.4 Der Einfluss des Rotationsmodells auf die Niederlassungsbereitschaft

Für die Maßnahme des Rotationsmodells konnte ein R^2 von 0,300 erhoben werden, was angibt, dass 30 % der Varianz der Kriteriumsvariablen durch den Prädiktor der Einstellung zur Niederlassung erklärt werden.⁴⁶⁷

BAO: Rotationsmodell	Beta	Signifikanz
Einstellung zur NL Rotationsmodell**	0,548	,000
$R^2_{\text{kor}} = 0,299; F_{(\text{emp})} = 384,745; p < 0,001$		
Abhängige Variable: Könnten Sie sich unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Maßnahme eine Niederlassung als Mediziner mit eigener Praxis vorstellen?		

Signifikanzniveau: **0,001

Tabelle 37: Ergebnisse Regression Rotationsmodell ohne Gruppeneinteilung

Für die Maßnahme des Rotationsmodells kann für den F-Wert ein signifikantes Ergebnis mit 0,000 und $F_{(\text{emp.})} = 384,745$ festgestellt werden. Die Betrachtung des T-Wertes zeigt, dass sich das Signifikanzniveau der Koeffizienten erneut mit 0,000 weit unter dem geforderten von 0,005 befindet und $T > 2$ (hier: $T = 19,615$) ist. Daher gilt es zu konstatieren, dass die Einstellung zur Niederlassung für die Maßnahme des Rotationsmodells einen signifikanten Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft besitzt.⁴⁶⁸

⁴⁶⁵ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 77 ff.

⁴⁶⁶ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 85 ff.

⁴⁶⁷ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 77 ff.

⁴⁶⁸ Vgl. Backhaus, K. et al. (2018), S. 85 ff.

Nach Präsentation der Ergebnisse sowohl für den Einfluss der Persönlichkeit auf die Niederlassungsbereitschaft wie auch für die Analyse der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen werden diese im nachfolgenden Kapitel diskutiert und Implikationen für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie abgeleitet.

7. Diskussion

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Diskussion der in der Studie erhobenen Ergebnisse getrennt nach den Beeinflussungsfaktoren der Persönlichkeit sowie der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen. Weiterhin werden Implikationen für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie sowie Limitationen der Studie und die Ableitung weiterer Forschungsfragen vorgestellt.

7.1 Die Persönlichkeit als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft

In dem ersten Block der Arbeit wurde der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Persönlichkeit auf die Niederlassungsbereitschaft ausübt. Dazu erfolgte die Anwendung einer EFA, einer Cluster- und Kontingenzanalyse. Das Ziel der EFA war die Bestätigung der ersten Grundannahme der Arbeit, die besagt „Das FFM besitzt für die Gruppe der Medizinstudierenden und der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte Gültigkeit“, was durch die Entdeckung der fünf Persönlichkeitsfaktoren in der Datenstruktur erreicht wurde.⁴⁶⁹ Zu den fünf im FFM dargestellten Faktoren ergab das Ergebnis der EFA noch einen sechsten Faktor, der als „Egoismus“ benannt wurde. Dieser Faktor könnte in der besonderen und individuellen Persönlichkeitsstruktur von Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte begründet liegen, welche sie von anderen Berufsgruppen differenziert. Die Argumentation könnte sich so gestalten, dass ein gewisses Maß an Egoismus für den Beruf erforderlich ist, da nur so das Medizinstudium wie auch die Arbeit in einem Krankenhaus oder in der Niederlassung bewältigt werden kann. Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund ihres Umgangs mit kranken bis hin zu schwerstkranken Patienten und deren Angehörigen häufig extremen Situationen ausgeliefert, weshalb ein Maß an Egoismus hilfreich ist, um sich vor zu viel Einfühlungsvermögen zu schützen, da sonst die Ausübung des Berufes aufgrund der psychischen Belastung nicht lange möglich wäre.

Zur Verifizierung der zweiten Grundannahme sowie der Hypothesen H1.1 bis H1.10 wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Zunächst galt es nachzuweisen, dass es Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur der Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte gibt, was das Ergebnis der Clusteranalyse mit dem Zustandekommen der fünf Faktoren des FFM zeigt. Die Betrachtung der Verteilung auf die Cluster, die den Faktoren des FFM entsprechen, verdeutlicht, dass die Cluster der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit die kleinsten bilden.⁴⁷⁰ Erwartungsgemäß kann der Faktor der

⁴⁶⁹ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

⁴⁷⁰ Vgl. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

Verträglichkeit den meisten Probanden zugeordnet werden, weshalb sie als Grundeigenschaften von Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte identifiziert werden können. Durch den Umgang mit zahlreichen Patientinnen/Patienten stellen Verträglichkeit und Offenheit wichtige Charakterzüge dar, die es ermöglichen, auf die jeweiligen Belange und Sorgen der Patientinnen/Patienten einzugehen.⁴⁷¹ Für die Gruppe der Medizinstudierenden ist zu konstatieren, dass Unterschiede spürbar sind und dies vor allem für die Probanden, die Gruppe 4, 5 und 7 aus der Tabelle „Ergebnisse der Clusteranalyse“ angehören. Sie bilden eine nahezu gleichmäßige Verteilung auf drei Faktoren ab. Diese Tatsache lässt wiederum auf eine Unterschiedlichkeit der Medizinstudierenden hinsichtlich ihrer Persönlichkeit schließen, da scheinbar die Studierenden, die eine Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt anstreben, von denjenigen, die gerne eine eigene Facharztpraxis besitzen möchten und denjenigen, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten, zu differenzieren sind. Die Tatsache belegt Gruppe 6, die aus Medizinstudierenden mit präferierter BAO Fachärztin/Facharzt und Krankenhausärztin/Krankenhausarzt besteht, und die Probanden fast ausschließlich auf den Faktor der Offenheit verteilt. Die zu beobachtende Ähnlichkeit könnte begründen, dass eine Trennung in niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt und Krankenhausärztin/Krankenhausarzt ein Spezifikum des deutschen Gesundheitswesens ist, welches in anderen Ländern nicht existent ist.⁴⁷² Zudem deutet eine Eingruppierung in drei Gruppen ebenfalls auf eine Unentschlossenheit der Medizinstudierenden hin, welche wiederum von den KVen genutzt werden kann, um sie von einer Niederlassung zu überzeugen. Diese Unentschlossenheit unterstreicht ebenfalls die hohe Anzahl an Probanden dieser Gruppen im Faktor des Neurotizismus, der für Unsicherheit steht. Somit handelt es sich bei den Medizinstudierenden um eine heterogene Gruppe, jedoch stellen die Faktoren der Offenheit und der Verträglichkeit Grundeigenschaften dar, die in allen Gruppen in verschiedener Verteilung vorhanden sind.

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten können nur geringe Unterschiede festgestellt werden. Der Grund hierfür könnte in der geringen Anzahl an befragten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten liegen und an dem hohen Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten von 52,39 Jahren.

Um die aufgestellten Hypothesen des zweiten Blocks überprüfen zu können, wurde eine Kontingenzanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hypothesen H2.1 bis H2.3 bestätigt werden können und somit eine Ähnlichkeit zwischen Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten differenziert nach der jeweiligen BAO und dem jeweiligen Beruf nachgewiesen werden konnte. Zudem erfolgte durch die Ergebnisse die Veranschaulichung, dass eine Ähnlichkeit bezüglich des in der Analyse durchgeführten Mediansplits zwischen Medizinstudierenden, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten, und Fachärztinnen/Fachärzte und Medizinstudierenden, die in einem Krankenhaus arbeiten wollen, und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte, erkennbar ist. Für die

⁴⁷¹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3; Hoefert, H. W. (2010), S. 24.

⁴⁷² Vgl. Graf von Stillfried, D. et al. (2012), S. 196.

beiden Gruppen ist die Trennkraft des Mediansplits für 35 Jahre am besten. Daraus ist zu schlussfolgern, dass sich Medizinstudierende mit der oben aufgezeigten BAO den niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten mit 35 Jahren und jünger ähnlicher sind und sich somit im gleichen Persönlichkeitsfaktor befinden. Die Gemeinsamkeit könnte dadurch erklärt werden, dass in vielen Ländern wie bspw. den USA keine Unterscheidung zwischen Fachärztinnen/Fachärzten und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten vorgenommen wird, sondern dies ein Spezifikum des deutschen Gesundheitswesens darstellt, was bereits erörtert wurde.⁴⁷³ Daher sind die Ähnlichkeiten in Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur nachzuvollziehen. Der Mediansplit mit der besten Trennkraft liegt bei der Gruppe der Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten und den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten bei 50 Jahren. Dies würde bedeuten, dass Medizinstudierenden und niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte bis einschließlich 50 Jahre sich von ihrer Persönlichkeitsstruktur ähnlich sind und sich im gleichen Persönlichkeitsfaktor befinden. Die großen Unterschiede bezüglich des Alters für den Mediansplit könnten dadurch erläutert werden, dass die Hausärztinnen und Hausärzte stärker von den Fachärztinnen/Fachärzten und Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten zu differenzieren sind, was ebenfalls in Gesundheitssystemen anderer Länder vorzufinden ist.⁴⁷⁴ Weiterhin ist der Altersdurchschnitt der Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzten höher als der der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte.⁴⁷⁵ Zudem deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass die Hausärztinnen/Hausärzte und die Medizinstudierenden, die sich gerne als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten, eine homogene Gruppe aus der Generation Y darstellen, die sich nur von den Persönlichkeiten der Baby-Boomer Generation differenzieren. Somit könnte hier ein Charakteristikum dieser Berufsgruppe vorliegen. Die unterstellte Vermutung kann somit belegt werden, wobei darauf hinzuweisen ist, dass dies in einer deutschlandweiten Studie verifiziert werden müsste.

Tabelle 38 stellt eine Zusammenfassung der untersuchten Hypothesen für den ersten Teil des Einflusses der Persönlichkeit auf die Niederlassungsbereitschaft dar und verdeutlicht, welche anzunehmen und welche abzulehnen waren.

Hypothese	Hypothesenprüfung	Verfahren
H1.1: Wenn sich ein Medizinstudierender als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Extraversion oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁷⁶	-/+ Extraversion/ Verträglichkeit	Clusteranalyse

⁴⁷³ Vgl. Graf von Stillfried, D. et al. (2012), S. 196.

⁴⁷⁴ Vgl. Graf von Stillfried, D. et al. (2012), S. 196.

⁴⁷⁵ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022): aktuelle Zahlen.

⁴⁷⁶ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

Hypothese	Hypothesenprüfung	Verfahren
H1.2: Wenn sich ein Medizinstudierender als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Offenheit oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁷⁷	+	Clusteranalyse
H1.3: Wenn ein Medizinstudierender in einem Krankenhaus arbeiten möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Gewissenhaftigkeit oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁷⁸	-/+ Gewissenhaftigkeit/ Verträglichkeit	Clusteranalyse
H1.4: Wenn ein Medizinstudierender keine präferierte BAO besitzt, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Verträglichkeit oder der Offenheit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁷⁹	-/+ es fehlt Gewissenhaftigkeit/ Verträglichkeit, Offenheit	Clusteranalyse
H1.5: Wenn ein Medizinstudierender gerne in der Forschung arbeiten möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Gewissenhaftigkeit oder der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁸⁰	-/+ Gewissenhaftigkeit/ Verträglichkeit	Clusteranalyse
H1.6: Wenn ein Medizinstudierender gerne in einer Anstellung arbeiten möchte, dann kann der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden entweder dem Persönlichkeitsfaktor der Verträglichkeit oder der Offenheit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁸¹	+	Clusteranalyse
H1.7: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als niedergelassene/niedergelassener Hausärztin/Hausarzt tätig ist, dann kann er dem Persönlichkeitsfaktor der Offenheit und der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁸²	+	Clusteranalyse
H1.8: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt tätig ist, dann kann er dem Persönlichkeitsfaktor der Offenheit und der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁸³	+	Clusteranalyse
H1.9: Wenn eine/ein Ärztin/Arzt als Krankenhausärztin/Krankenhausarzt tätig ist, dann kann er dem Persönlichkeitsfaktor der Gewissenhaftigkeit und der Verträglichkeit des FFMs zugeordnet werden. ⁴⁸⁴	-/+ Gewissenhaftigkeit/ Verträglichkeit	Clusteranalyse
H1.10: Wenn ein Medizinstudierender zwischen zwei oder mehreren BAO unentschieden ist, dann kann er mehr als 2 Persönlichkeitsfaktoren zugeordnet werden. ⁴⁸⁵	+	Clusteranalyse

Legende: + = Hypothese konnte verifiziert werden, - = Hypothese wurde angelehnt +/- = der erste Teil der Hypothese wurde verifiziert, der zweite abgelehnt, -/+ = der erste Teil der Hypothese wurde abgelehnt, der zweite verifiziert

Tabelle 38: Ergebnisse Hypothesenprüfung erster Teil Faktor Persönlichkeit

In Tabelle 39 sind die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für den zweiten Teil des Faktors der Persönlichkeit aufbereitet.

⁴⁷⁷ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁷⁸ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁷⁹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁸⁰ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁸¹ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁸² Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁸³ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁸⁴ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

⁴⁸⁵ Vgl. Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994), S. 342, 3.

Hypothese	Hypothesenprüfung	Verfahren
H2.1: Je jünger eine/ein niedergelassene/niedergelassener Hausärztin/Hausarzt ist, desto ähnlicher ist er den Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausärzte niederlassen möchten. ⁴⁸⁶	+	Kontingenzanalyse
H2.2: Je jünger eine/ein niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt ist, desto ähnlicher ist er den Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten. ⁴⁸⁷	+	Kontingenzanalyse
H2.3: Je jünger eine/ein Krankenhausärztin/Krankenhausarzt ist, desto ähnlicher ist er den Medizinstudierenden, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten. ⁴⁸⁸	+	Kontingenzanalyse

Legende: + = Hypothese konnte verifiziert werden, - = Hypothese wurde abgelehnt

Tabelle 39: Ergebnisse Hypothesenprüfung zweiter Teil Faktor Persönlichkeit

7.2 Die Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen als möglicher Faktor zur Beeinflussung der Niederlassungsbereitschaft

Der zweite Block der Arbeit untersuchte den Einfluss der Einstellung auf die Niederlassungsbereitschaft. Dazu wurde eine Regressionsanalyse gerechnet. Zunächst sollte die Hypothese H4.1, die besagt, dass die sachliche, die soziale, die fachliche Ebene als auch die Ebene der WLB einen Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft ausüben,⁴⁸⁹ überprüft werden. Hypothese H4.1 wurde durch die Regressionsanalyse für alle vier Maßnahmen verifiziert. Die Ergebnisse veranschaulichen Unterschiede in Bezug auf den Einfluss der vier Maßnahmen. So erklärt das Stipendium den größten Teil der Varianz, gefolgt von der Patenschaft, der Kinderversorgung und dem Rotationsmodell. Anzumerken gilt, dass aufgrund der Abfolge der Maßnahmen von Stipendium, Patenschaft, Kinderversorgung und Rotationsmodell dies möglicherweise einen Einfluss auf die Bewertung der Probanden ausgeübt hat, weshalb sie die zuerst genannten Maßnahmen am besten bewertet haben könnten.

Hypothese H4.2, die den Einfluss der Persönlichkeit auf die verschiedenen Stärken der Maßnahmen auf die Niederlassungsbereitschaft testet, konnte nicht bestätigt werden (Ergebnis ist nicht Bestandteil der Arbeit). Der Grund für dieses Ergebnis könnte darin begründet liegen, dass es sich bei dem Stipendium, der Patenschaft, der Kinderversorgung und dem Rotationsmodell um Maßnahmen handelt, die die Medizinstudierenden generell als Verbesserung ansehen, was die Ergebnisse der Regressionsanalyse belegen. Somit würde der Einsatz dieser Maßnahmen von den KVen die Niederlassungsbereitschaft erhöhen. Da es sich hierbei allerdings um generelle Maßnahmen handelt, wirken sie nicht auf spezifische Persönlichkeitsfaktoren ein. Daher wäre es in diesem Fall notwendig, weitere Maßnahmen zu

⁴⁸⁶ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47f.; Hesse, G. et al. (2019), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

⁴⁸⁷ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47f.; Hesse, G. et al. (2019), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

⁴⁸⁸ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47f.; Hesse, G. et al. (2019), S. 53; Kupperschmidt, B. (2000), S. 65.

⁴⁸⁹ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 112; Burmann, C. (2012), S. 74; Meffert, H., Bierwith, A. (2005), S. 147.

entwickeln, welche spezifischer auf die jeweilige Persönlichkeit der Medizinstudierenden zugeschnitten sind, um gezielt die Niederlassungsbereitschaft zu erhöhen.

Hypothese	Hypothesenprüfung	Verfahren
H4.1: Die sachliche, die soziale, die fachliche Ebene sowie die Ebene der Work-Life-Balance üben einen Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft aus. ⁴⁹⁰	+	Regression
H4.2: Je nachdem welchem Persönlichkeitsfaktor ein Medizinstudierender angehört, desto höher kann der Einfluss einer dargestellten Maßnahme auf die Niederlassungsbereitschaft ausfallen. ⁴⁹¹	-	Regression

Legende: + = Hypothese konnte verifiziert werden, - = Hypothese wurde abgelehnt

Tabelle 40: Ergebnisse Hypothesenprüfung für den Faktor Einstellung

7.3 Implikation für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie

Wie die Ergebnisse der durchgeführten Analysen gezeigt haben, spielen die Persönlichkeit, das Alter sowie die Einstellung zu den abgefragten Maßnahmen für die Niederlassungsbereitschaft eine Rolle.

7.3.1 Implikationen für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie aus den Ergebnissen des Einflusses der Persönlichkeit

Die Zuteilung der Medizinstudierenden zu den Persönlichkeitsfaktoren verdeutlicht, dass in zukünftigen Studien zur Erzielung eines eindeutigen Ergebnisses, den Medizinstudierenden nur noch die Möglichkeit eröffnet werden sollte, eine Auswahlalternative an BAO anzukreuzen. Bei Beachtung dieser Vorgabe kann die Vermutung aufgestellt werden, dass eine eindeutigere Zuordnung der Medizinstudierenden differenziert nach der BAO zu den Persönlichkeitsfaktoren stattfinden kann. Zudem müssten in einer weiterführenden Langzeitstudie die Anzahl der Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte sowie niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in ganz Deutschland erhöht und eine Befragung über verschiedene Altersklassen hinweg angestrebt werden. So könnte sich im Laufe der Zeit eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur unter Ärztinnen/Ärzten in Anlehnung an die diskutierten Generationstypen herauskristallisieren.

Die Ergebnisse der Kontingenzanalyse verdeutlichen, dass die Medizinstudierenden zu einer der beschriebenen BAO bewegt werden können, wenn junge Ärztinnen und Ärzte, die sich nach der Analyse der Daten der vorliegenden Arbeit im gleichen Persönlichkeitsfaktor befinden, in Vorlesungen oder als Influencer über Social Media Plattformen Auskunft über ihren Werdegang und die Gründe für eine Entscheidung für oder gegen eine BAO sowie ihren Berufsalltag schildern. Aufgrund der Ähnlichkeit in der Persönlichkeitsstruktur können sich die Medizinstudierenden mit der jeweiligen Person identifizieren. Zudem besteht ein weiterer Ansatzpunkt darin, die gleichen Maßnahmen anzuwenden,

⁴⁹⁰ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 112; Burmann, C. (2012), S. 74; Meffert, H., Bierwith, A. (2005), S. 147.

⁴⁹¹ Vgl. Lievens, F., Highhouse, S. (2003), S. 76; Tom, V. R. (1971), S. 586; Buß, E., Fink-Heuberger, U. (2000), S. 67 ff.; Andratschke, N. et al. (2009), S. 66; McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1996), S. 67.

die ebenfalls in den Generationen der jungen Ärztinnen und Ärzte angewendet wurden, da diese teilweise zum Erfolg geführt haben. So sollten die KVen bestrebt sein, diese bereits teilweise etablierten Employer Branding Maßnahmen auszuweiten und auszubauen. Der Kontakt mit jungen Ärztinnen und Ärzten ist essentiell, da dadurch den Medizinstudierenden die Möglichkeit eröffnet wird, relevante Fragen an die jungen Ärztinnen und Ärzte zu stellen, sich mit diesen zu identifizieren und den Beruf der/des niedergelassenen/niedergelassenen Ärztin/Arztes als möglichen Berufswunsch in Erwägung zu ziehen. Eine aktuell auf Instagram noch nicht umgesetzte Maßnahme ist das ausgewählte Ärztinnen und Ärzte regelmäßig neue Reels und Storys im Namen der KV von ihrem Praxisalltag auf Instagram hochladen und die Follower miteinbeziehen. Über das Liken können Herding-Effekte eintreten, sodass sich mehr Medizinstudierende für diese Reels und Storys interessieren und somit ein positiver Beitrag zur Niederlassung entsteht.⁴⁹² Zudem besteht das Problem der KV Saarland aktuell darin, dass die Reichweite der Instagram Aktivitäten mit 517 Followern (Stand 02.08.2022) nicht sehr hoch ist.⁴⁹³ Um die Reichweite zu erhöhen, könnte neben Instagram ebenfalls Twitter als Social Media Plattform etabliert werden. Diese Plattformen können über Arztpraxen, über die Seite der KV Saarland selbst beworben werden und über den Austausch mit anderen Institutionen. So wäre ein tägliches twittern der KV Saarland ähnlich dem Vorbild anderer Institutionen wie bspw. Krankenkassen denkbar.⁴⁹⁴

Aus den erhobenen Ergebnissen der logistischen Regression, welche in dieser Arbeit nicht dargestellt ist, können Maßnahmen für die KVen abgeleitet werden. Somit sind für die präferierten BAO niedergelassene/niedergelassener Hausärztin/Hausarzt oder niedergelassene/niedergelassener Fachärztin/Facharzt spezifische auf die Persönlichkeit abgestimmte Maßnahmen zu entwickeln. Zudem ist dies ebenfalls für die niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte anzuwenden, damit deren Zufriedenheit ebenfalls gesteigert werden kann, um das nach außen getragene Berufsbild zu verbessern, was gerade bei dem Beruf der/des niedergelassenen/niedergelassenen Hausärztin/Hausarztes als nicht sehr gut einzustufen ist.⁴⁹⁵ Da der Einfluss des Alters auf die Zuordnung zu einem Persönlichkeitsfaktor nachgewiesen werden konnte, können altersindividuelle und fachspezifische Maßnahmen von den KVen entwickelt werden, welche in Abschnitt 6.4. angesprochen werden. Tabelle 41 verdeutlicht die diskutierten Employer Branding Maßnahmen.

⁴⁹² Vgl. Scharfstein, D. S., Stein, J. C. (1990), S. 466.

⁴⁹³ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

⁴⁹⁴ Vgl. Krankenkassen.Deutschland (2022).

⁴⁹⁵ Vgl. Hilbert, B., Simmenroth-Nayda (2014), S. 442.

	Social Media Plattformen nutzen, um Einblicke in den Arbeitsalltag zu geben	Spezifische auf die Persönlichkeit abgestimmte Maßnahmen
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung von Twitter als weitere Social Media Plattform • Schaffen von Identifikation sowie Einblick in den Arbeitsalltag <ul style="list-style-type: none"> – Medizinstudierende sehen den tatsächlichen Arbeitsalltag – Einbezug über Social Media: Medizinstudierende sind Teil des Lebens der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten – Wunsch sich ebenfalls als Ärztin/Arzt niederzulassen 	Beeinflussungsfaktor für die Wahl einer BAO <ul style="list-style-type: none"> – Einordnung in das FFM – Wahl der BAO wird durch Persönlichkeit der Medizinstudierenden bestimmt
Datenbasis	Bestätigung durch die Ergebnisse der Kontingenzanalyse	Bestätigung durch Ergebnisse der logistischen Regression (im Anhang der Arbeit)
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Integration von Ärztinnen/Ärzten als Influencer, die für die KVen Employer Branding Maßnahmen durchführen • Erhöhung der Reichweite der Social Media Plattform (Instagram 517 Follower → relativ wenig) 	Entwicklung von Employer Branding durch die KV, die spezifisch auf die Persönlichkeit der Medizinstudierenden mit BAO Niederlassung abgestimmt sind

Tabelle 41: Abgeleitete Employer Branding Maßnahmen für die Persönlichkeit

Die Implikationen für die Ableitung möglicher Employer Branding Strategien, die sich aus den Ergebnissen der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen ergeben, werden im nachfolgenden Abschnitt präsentiert.

7.3.2 Implikationen für die Entwicklung einer Employer Branding Strategie aus den Ergebnissen der Einstellung der Medizinstudierenden zu den aufgezeigten Maßnahmen

Für die Ableitung möglicher Handlungsalternativen aus der Regression bedeutet dies, dass Medizinstudierenden Maßnahmen unterschiedlicher Natur als positiv für eine mögliche Entscheidung für eine Niederlassung empfinden. Somit wäre die Entscheidung zu befürworten, zukünftig verstärkt Maßnahmen anzubieten, die eine Niederlassung attraktiver für Studierende gestalten. Die erste im Fragebogen dargestellte Maßnahme des Stipendiums empfanden die Medizinstudierenden generell als positiv und jedoch würde diese eher nicht zu einer Niederlassung beitragen. Der Grund hierfür könnte darin liegen, dass sich die Medizinstudierenden bei Annahme des Stipendiums sich zu einer Niederlassung verpflichten oder bei einer Nichterfüllung der Bedingung das empfangene Geld zurückzahlen müssen. Als Employer Branding Maßnahmen wären denkbar, diese Verpflichtung zur Niederlassung nicht aufzunehmen und stattdessen die Medizinstudierende von Beginn ihres Studiums zusätzlich gezielt mit Informationen rund um die Niederlassung auszustatten, den Kontakt zu niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinern herstellen und ebenfalls Besuche bei diesen zu ermöglichen, um den Praxisalltag zu erleben. Diese wird zum Großteil von den KVen im Rahmen ihres Nachwuchskonzeptes angeboten.

Die im Fragebogen präsentierte Maßnahme der kostenlosen Kinderbetreuung in Kindertagesstätten sowie in Kindergärten, ist vor allem bei den weiblichen Medizinstudierenden auf starke Befürwortung gestoßen und würde die Entscheidung für eine Niederlassung positiv beeinflussen, was die Ergebnisse der deskriptiven Statistik der Maßnahmen belegen. Dabei handelt es sich allerdings um ein Konzept, was es im Saarland bislang noch nicht gibt. Aufgrund der zunehmenden Feminisierung der ärztlichen Profession, was sowohl die deskriptiven Statistiken der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie als auch die Vertragsarztstatistiken der KBV⁴⁹⁶ verdeutlichen, wären Konzepte einer Erleichterung einer

⁴⁹⁶ Vgl. Ärzteblatt (2022).

Kinderversorgung zukunftsweisend und würden zu einer Steigerung der Niederlassungsbereitschaft beitragen. Somit sollte diese Employer Branding Maßnahme von den KVen angestrebt werden. Um dies zu erreichen, müssten Kommunen mit in diese Maßnahmen einbezogen werden, da dort die Kapazitäten für die Kindergartenplätze geplant werden.

Zudem zeigt die Studie, dass Medizinstudierende die Unterstützung der Niederlassung durch eine Patenschaft ebenfalls begrüßen. Dadurch kann der Einstieg leichter gemeistert und eine gegebenenfalls vorhandene Angst, die die Medizinstudierende vor einer Niederlassung besitzen, überwunden werden. Dieses Konzept bieten derzeit viele KVen (KV Saarland unter dem Begriff Mentorenprogramm) an. Allerdings besteht das Problem häufig darin, dass die Medizinstudierende diese Angebote nicht wahrnehmen. Daher liegt es an den KVen diese im Rahmen ihrer Employer Branding Initiative den Medizinstudierenden zu kommunizieren und vorzustellen. Dies kann wie teilweise schon umgesetzt über Präsentationen in Vorlesungen erfolgen, über Flyer, die in den Universitäten verteilt werden, oder bspw. über eine Social Media Plattformen, über die sich die Studierende informieren können, um nur einige Beispiele zu nennen. So könnte ebenfalls ein Medizinstudierender, der am Mentorenprogramm teilnimmt, ebenfalls seinen Alltag täglich in Form von Storys und Reels auf Instagram mit den Followern der KV teilen.

Die starren Strukturen, die auf dem Weg in eine Niederlassung vorliegen, sollten flexibler und auf die Bedürfnisse der Medizinstudierenden zugeschnitten werden, wie es mit der Maßnahme der Rotationsmodelle skizziert worden ist. Die Studierende, die der Generation Y entstammen, lassen sich nicht gerne in bestehende Strukturen drängen, sondern möchten ihren beruflichen Weg selbstständig bestimmen.⁴⁹⁷ Daher würde diese Maßnahme die Bereitschaft sich für eine Niederlassung zu entscheiden erhöhen. Das Konzept des Rotationsmodells wird derzeit nur in einigen wenigen Bundesländern angeboten. Zu konstatieren gilt daher, dass der Einsatz dieser Employer Branding Strategie empfehlenswert erscheint, da die Generation Y im Gegensatz zu den Generationen Baby Boomer und X eigenständig ihre Karriere planen möchten und zudem ebenfalls Flexibilität sowohl im Beruf als auch im Studium wünschen.

Eine Zusammenfassung über die von den KVen anzustrebenden Employer Branding Maßnahmen sind Tabelle 42 zu entnehmen:

⁴⁹⁷ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

	Stipendium	Kinderbetreuung	Patenschaft	Rotationsmodell
Hintergrund	Finanzielle Entlastung niederlassungswilliger Medizinstudierender → Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes	-Angebot der Kinderbetreuung für niedergelassene -Ärztinnen/Ärzte und Unterstützung durch die Kommunen → Steigerung der Attraktivität v.a. bei weiblichen Medizinstudenten	Unterstützung der Niederlassung durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte → Abbau von Ängsten in Bezug auf die Niederlassung	Flexibilität in der Weiterbildung der Medizinstudierenden → Möglichkeit der eigenständigen Planung
Datenbasis	Ergebnisse der Regressionsanalyse → Keine Steigerung der Bereitschaft zur Niederlassung	Ergebnisse der Regressionsanalyse → Steigerung der Niederlassungsbereitschaft v.a. bei weiblichen Medizinstudenten	Ergebnisse der Regressionsanalyse → Steigerung der Bereitschaft zur Niederlassung	Ergebnisse der Regressionsanalyse → Steigerung der Bereitschaft zur Niederlassung
Resultat	Employer Branding Maßnahme ohne Verpflichtung zur Niederlassung	Employer Branding Maßnahme → Erfüllung der Anforderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Generation Y	Employer Branding Maßnahme sollte Medizinstudierenden besser kommuniziert und Vorteile aufgezeigt werden	Employer Branding Maßnahme entspricht Vorstellungen der Generation Y nach einer flexiblen und weitgehend freien Karriereplanung

Tabelle 42: Abgeleitete Employer Branding Strategien für die Maßnahmen

Diese aus den Ergebnissen der empirischen Studie abgeleiteten Implikationen zeigen mögliche Employer Branding Strategien, die bewirken können, dass der Beruf der/des niedergelassenen/niedergelassenen Hausärztin/Hausarztes und Fachärztin/Facharztes zum Employ-of-Choice für die Medizinstudierende wird.

7.4 Limitationen der Studie und Ableitung weiterer Forschungsfragen

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet die ambulante medizinische Versorgung, weshalb ausschließlich Maßnahmen für eine Steigerung der Niederlassungsbereitschaft konzipiert und empirisch überprüft wurden. Für die stationäre medizinische Versorgung müssten in einer weiteren Studie analog vorgegangen werden.

Das in der Studie angestrebte Ziel einer möglichst großen Stichprobe konnte mit 1.617 Daten erreicht werden. Somit sind die Ergebnisse als aussagekräftig einzuschätzen. Lediglich die Anzahl der befragten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte ist mit 154 als zu gering anzusehen, was an der mangelnden Bereitschaft der Krankenhäuser lag, sich an der Studie zu beteiligen.

Jedoch soll die relativ große Stichprobe nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Ergebnisse nur für Medizinstudierende, die in Homburg, Heidelberg und Lübeck studieren sowie für niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte, die zum Großteil aus Hessen stammen und für eine kleine Stichprobe an Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte aus zwei Krankenhäusern Gültigkeit besitzen. Daher gilt es in zukünftigen Studien die gewonnenen Erkenntnisse in einer deutschlandweiten Studie unter Medizinstudierenden, niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten sowie Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten zu validieren. Zudem sollten ebenfalls die neuen Anforderungen der Generation Z und Alpha in die Analysen miteinbezogen werden. Aus den Ergebnissen können Maßnahmen für die KVen abgeleitet werden. Zudem ist zu konstatieren, dass die Befragung aus dem Jahre 2016 stammt und die KVen als auch die KV Saarland schon einige Maßnahmen umgesetzt haben.

Zukünftig könnte im Studium erhoben werden, welche BAO die Studierende nach Beendigung des Studiums gerne anstreben möchten und anhand dieser Information bestünde die Möglichkeit mit den

Ergebnissen einer deutschlandweiten und differenziert nach einzelnen Bundesländern durchgeführten Studie, die Zuteilung zu den Persönlichkeitsfaktoren zu tätigen. Diese Maßnahme könnte im Vorfeld von den KVen eingesetzt werden, um anhand dieser Daten spezifische Maßnahmen für die einzelnen Medizinstudierenden abzuleiten. Dadurch könnte die Emotionalität, die mit dem Berufsbild verbunden wird, gesteigert werden, wodurch der Attraktivitätsgrad zunimmt.⁴⁹⁸ Zu beachten gilt jedoch, dass sich diese Anmerkung auf die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie bezieht und die Annahme unterstellt wird, dass sich diese Ergebnisse ebenfalls auf eine deutschlandweite Studie übertragen lassen.

Weiterhin könnte eine größere Stichprobe die Möglichkeit eröffnen, Unterschiede basierend auf der Kultur sowie eine erhöhte Niederlassungsbereitschaft durch das Vorbild der Eltern, die ebenfalls eine eigene Praxis besitzen, herauszufinden.

Zudem sollten weitere spezifischere Maßnahmen den Medizinstudierenden präsentiert werden, um dadurch erheben zu können, ob die Zuordnung zu einem Persönlichkeitsfaktor einen Einfluss darauf hat, dass bestimmte Maßnahmen die Niederlassungsbereitschaft stärker fördern als andere. Beispielshaft können folgende Vorschläge für Employer Branding Maßnahmen diskutiert werden, die in das Nachwuchskonzept der KVen integriert werden können. Intensivierung der Bindung der Medizinstudierende von Beginn ihres Studiums an die KVen, den Aufbau und Ausbau von Social Media Plattformen (Facebook, Instagram und Twitter) der KVen der jeweiligen Bundesländer sowie den Aufbau einer eigenen Persönlichkeit. Die Bindung der Medizinstudierenden, die sich gerne als Hausärztin/Hausarzt oder Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten, setzt die KV Saarland derzeit bspw. durch ein Netzwerkcafé für Weiterbildungsassistenten um.⁴⁹⁹ Veranstaltungen für Medizinstudierende sollten nach einer Corona bedingten Aussetzung wieder aufgenommen und ausgebaut werden. So könnte neben einer Autumn School ebenfalls eine Spring School etabliert werden, um möglichst vielen Medizinstudierenden die Möglichkeit zu eröffnen, Einblicke in Praxisalltage verschiedener medizinischer Fachbereiche zu erlangen.⁵⁰⁰

Die Reichweite der Social Media Plattformen der KV Saarland sollte ausgebaut werden und zudem wie bereits thematisiert Twitter zusätzlich verwendet werden. So könnte die Reichweite durch Verteilen der Instagram QR-Codes auf Flyern an Universitäten und in Semestereröffnungstüten gesteigert werden. Zudem könnte wie bereits thematisiert für die Plattform Instagram junge niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gewonnen werden, die als Influencer regelmäßig von ihrem Praxisalltag berichten. Der Alltag könnte als abwechslungsreich und spannend dargestellt und eine gute Vereinbarkeit zwischen Familie, Beruf und Freizeit aufgezeigt werden. Dadurch kann dem Anspruch der Generation Y und Z nach zunehmender Digitalisierung nachgekommen werden.⁵⁰¹ Diese Employer Branding Maßnahme würde

⁴⁹⁸ Vgl. Petkovic, M. (2008), S. 191.

⁴⁹⁹ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

⁵⁰⁰ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2019).

⁵⁰¹ Vgl. Böcker, F. (1986), S. 570.

zusätzlich den Bekanntheitsgrad der KV Saarland sowie die Attraktivität steigern und den Bedürfnissen der Generation Y und Z nach einem schnellen und unkomplizierten Informationszugang entsprechen.⁵⁰² Die Employer Branding Maßnahme des Aufbaus einer eigenen Persönlichkeit der Marke der/des niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Facharztes kann die KV Saarland wie teilweise bereits erfolgt über Werbekampagnen, die vor allem über Social-Media-Kanäle vermittelt werden, über Workshops, Jobmessen an Universitäten sowie über Repräsentanten erreichen. Erweiterung und bessere Kommunikation folgender Maßnahmen, die derzeit die KBV anbietet: Repräsentantinnen/Repräsentanten, die junge weibliche und männliche niedergelassene Ärzte bilden, beantworten auf Jobmessen den Medizinstudierenden Fragen und berichten gleichzeitig mit Video-Blogs über ihren Alltag in Social-Media-Kanälen, wodurch Identifikation geschaffen wird.⁵⁰³ Weiterhin sollte in die Überlegung einbezogen werden, ob die Einzelpraxis noch zukunftsfähig ist oder ob es in Zukunft neue Niederlassungs- und Anstellungsformen geben muss. Somit gilt es die Nachwuchskonzepte und die Sicherstellung vor diesen Hintergründen zu hinterfragen und einer Analyse zu unterziehen. Tabelle 43 fasst die von den KVen zu antizipierenden Maßnahmen zusammen.

	Aufbau und Ausbau von Social Media Plattformen	Aufbau einer eigenen Persönlichkeit	Neue Nachwuchs- und Sicherstellungskonzepte
Hintergrund	Aufbau und Ausbau der Social Media Plattformen (Facebook, Instagram und Twitter) der KVen der jeweiligen Bundesländer, die eine Informations- und Kommunikationsplattform bieten	Aufbau einer eigenen Persönlichkeit der Marke der/des niedergelassenen Hausärztin/Hausarztes und Fachärztin/Facharzt durch Intensivierung der Initiativen mit Repräsentantinnen/Repräsentanten, Werbekampagnen und Jobbörsen	Die Einzelpraxis ist eventuell nicht zukunftsfähig, neue Konzepte müssen entwickelt werden (Anstellung und Niederlassung)
Vorteile	Möglichkeit der Informationsgenerierung, des Austausches mit anderen Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzte, Erhöhung des Bekanntheitsgrades der KVen	Schaffung von Identifikation durch Repräsentantinnen/Repräsentanten, Influencer, die in Videoblogs über ihren Alltag berichten, auf Jobbörsen mit dem Medizinstudierenden in Kontakt treten	Die Medizinstudierenden könnten zu einer Niederlassung oder einer Anstellung auf dem Land motiviert werden
Resultat	Anspruch der Generation Y und Z nach zunehmender Digitalisierung wird nachgekommen → Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes sowie Emotionalisierung des Berufsbildes	Steigerung der Identifikation mit dem Berufsbild und Schaffung einer Marke des Berufsbildes durch die aufgezeigten Maßnahmen, die die Bedürfnisse der Generation Y und Z nachkommen.	Niederlassung 2.0 moderne Niederlassungskonzepte

Tabelle 43: Antizipierende Employer Branding Maßnahmen⁵⁰⁴

Nach Ermittlung der Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Medizinstudierenden und ihrer präferierten BAO könnten die beispielhaft aufgeführten Employer Branding Maßnahmen differenziert für die entsprechende Gruppe abgefragt werden. So könnte die Ableitung einer Employ-of-Choice Strategie mit den jeweiligen Maßnahmen erfolgen.

8. Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde die Wahl von BAO von Medizinerinnen und Medizinern in Ausbildung behandelt. Den Ausgangspunkt bildet die Tatsache des demografischen Wandels, die damit

⁵⁰² Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f., vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f..

⁵⁰³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022).

⁵⁰⁴ Vgl. Hesse, G. et al. (2019), S. 58 f.

einhergehende Zunahme an Krankheiten sowie der daraus resultierende Ärzte- und Pflegekräftemangel.⁵⁰⁵ Ziel war es dabei, einen innovativen Ansatz zu finden und zu präsentieren, wie dieser die Bereitschaft von Medizinstudierenden, sich für eine Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt oder Fachärztin/Facharzt zu entscheiden, erhöhen kann. Der innovative Ansatz lag zum einen in der Analyse der Persönlichkeit und deren Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft sowie zum anderen in der Analyse der Einstellung und welchen Beitrag diese auf die Niederlassungsbereitschaft ausüben kann. Zentrale Fragestellungen hierbei waren

- die Anwendbarkeit des Employer Brandings in der ambulanten medizinischen Versorgung;
- die Bestätigung der Gültigkeit des FFMs für Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte;
- die Zuordnung der Medizinstudierende in Abhängigkeit der präferierten BAO zu verschiedenen Persönlichkeitsfaktoren;
- altersbedingte Unterschiede in der Persönlichkeit;
- einen Einfluss der aufgezeigten Maßnahmen auf die Niederlassungsbereitschaft;
- einen Einfluss der Persönlichkeit, die einen stärkeren oder schwächeren Einfluss bestimmter Maßnahmen auf die Niederlassungsbereitschaft bedingt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die Gültigkeit des FFMs für die Gruppe der Medizinstudierende und Ärztinnen/Ärzte belegt werden konnte, sodass diese Forschungslücke geschlossen wurde. Zudem konnte veranschaulicht werden, dass der im Rahmen dieser Arbeit vorgestellte innovative Lösungsansatz erfolgsversprechende Ergebnisse wie die Bestätigung der altersbedingten Unterschiede als auch der Zuordnung der Medizinstudierende je nach präferierter BAO zu einem bestimmten Persönlichkeitsfaktor hervorbrachte, der eine Alternative zum bspw. in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz bietet. Zudem konnte belegt werden, dass die im Fragebogen getesteten Maßnahmen einen positiven Beitrag zur Steigerung der Niederlassungsbereitschaft liefern. Dies zeigt, dass die Medizinstudierende offenbar durch derartige Maßnahmen von einer Niederlassung überzeugt werden können. Die veranlassten Maßnahmen können durch Employer Branding-Konzepte von den KVen an die Medizinstudierende kommuniziert werden, da die Anwendbarkeit des Employer Brandings ebenfalls theoretisch aufgezeigt werden konnte. Lediglich der Einfluss der Persönlichkeit auf die Stärke der Auswirkung bestimmter Maßnahmen auf die Niederlassungsbereitschaft konnte nicht nachgewiesen werden.

Es gilt jedoch zu konstatieren, dass es sich um eine vergleichsweise kleine Stichprobe an Medizinstudierenden und Ärztinnen/Ärzten handelt, sodass zur Verifizierung der Ergebnisse eine deutschlandweite Befragung durchgeführt werden müsste. In dieser größer angelegten Studie müssten zudem die in der Studie erhobenen Unterschiede in der Persönlichkeit, die auf das Alter zurückzuführen sind, bestätigt werden, um sicher gehen zu können, dass diese Effekte nicht spezifisch durch die Datenstruktur zu begründen sind. Zudem gilt es weitere Maßnahmen zu entwickeln und diese von den

⁵⁰⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016); Institut für Demoskopie Allensbach (2008).

Medizinstudierende in Bezug auf die Sinnhaftigkeit und deren Einfluss auf die Niederlassungsbereitschaft bewerten zu lassen. Dadurch besteht die Möglichkeit den potenziellen Erfolg von Maßnahmen abzufragen, bevor diese von den KVen tatsächlich umgesetzt werden. Dies müsste ebenfalls differenziert für die Persönlichkeit der Gruppen abgestimmt werden.

9. Literaturverzeichnis

1. **Ambler, T., Barrow, S.** (1996) The employer brand. *Journal of Brand Management* 4 (3): 185-206.
2. **Andratschke, N., Regier, S., Huber, F.**(eds) (2009) Employer Branding als Erfolgsfaktor: Eine conjoint-analytische Untersuchung. In: Gierl, H., Helm, R., Huber, F., Sattler, H. (eds.) *Marketing*, Band 47. Josef EUL Verlag, Lohmar, pp 1-162
3. **Arzt und Wirtschaft** (2021) Anteil der in Teilzeit angestellten Ärzte in der ambulanten Versorgung wächst weiter. URL: Anteil der in Teilzeit angestellten Ärzte in der ambulanten Versorgung wächst weiter | ARZT & WIRTSCHAFT (arzt-wirtschaft.de), abgerufen am 17.08.2022
4. **Ärzteblatt** (2021) Hausärztemangel droht sich vielerorts zu verschärfen. *Ärzteblatt*, 05/2021. URL: Hausärztemangel droht sich vielerorts zu verschärfen (aerzteblatt.de), abgerufen am 17.08.2022
5. **Ärzteblatt** (2022) Ambulante Versorgung: Zunehmend junge Ärztinnen. URL: Ambulante Versorgung: Zunehmend junge Ärztinnen (aerzteblatt.de), abgerufen am 17.08.2022
6. **Ärztekammer des Saarlandes** (2018) Voraussetzung für die Beantragung der Approbation als Arzt/Ärztin gemäß § 3 Bundesärzteordnung (BÄO). URL: WB-0010 Voraussetzung für die Beantragung der Approbation als Arzt oder Ärztin.qxp (aerztekammer-saarland.de), abgerufen am 17.08.2022
7. **Bacher, J., Pöge, A., Wenzig, K.** (eds) (2010) Clusteranalyse: Anwendungsorientierte Einführung in Klassifikationsverfahren. 3. ergänzte, vollständig überarbeitete und neu gestaltete Auflage Oldenbourg Verlag, München
8. **Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R.** (eds) (2008) Multivariate Analysemethoden: Eine Anwendungsorientierte Einführung. 12. vollständig überarbeitete Auflage Springer Verlag, Berlin Heidelberg
9. **Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R.** (eds) (2018) Multivariate Analysemethoden: Eine Anwendungsorientierte Einführung. 15. überarbeitete und aktualisierte Auflage Springer Verlag, Berlin Heidelberg
10. **Backhaus, K., Tikoo, S.** (2004) Conceptualizing and Researching Employer Branding. *Carrer Development International*, 9 (5): 501-517.
11. **Bekmeier-Feuerhahn, S.** (2005) Messung von Markenvorstellungen. In: Esch, F. R. (ed) *Moderne Markenführung*. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Gabler-Verlag, Wiesbaden
12. **Bergs, S.** (1981) Optimalität bei Cluster Analysen. Verlag Münster, Münster

13. **Bierwirth, A.** (2003) Die Führung der Unternehmermarke: Ein Ansatz zum zielgruppenorientierten Corporate Branding. Schriften zu Marketing und Management 45 Lang, Frankfurt am Main
14. **Böcker, F.** (1986) Präferenzforschung als Mittel marktorientierter Unternehmensführung. Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 38: 543-574.
15. **Böde, U., Ekkehard, S., Sängler, K. D.** (eds) (1991) Marktorientierte Rekrutierung von Nachwuchskräften. Versicherungswirtschaft 12: 733-736.
16. **Brown, T. A.** (2006) Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. The Guilford Press, New York
17. **Bruhn, M.** (2003) Kommunikationspolitik: Systematischer Einsatz der Kommunikation für Unternehmen. 2. völlig überarbeitete Auflage Vahlen Verlag, München
18. **Bruhn, M., Batt, V., Flückiger, B.** (eds) (2013) Aufbau von Arbeitgeberattraktivität – Identifikation der Determinanten und empirische Überprüfung. Die Unternehmung 67 (1): 62-82
19. **Bühner, M.** (2011) Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage Pearson Deutschland GmbH, München
20. **Bundesärztekammer** (2018) Ärztestatistik 2018. URL: [Ärztestatistik zum 31. 12.2018 \(bundesaerztekammer.de\)](http://www.bundesaerztekammer.de) abgerufen am 17.08.2022
21. **Bundesärztekammer** (2018) Struktur der Ärzteschaft 2018. URL: [Ärztestatistik zum 31. 12.2018 \(bundesaerztekammer.de\)](http://www.bundesaerztekammer.de) abgerufen am 17.08.2022
22. **Bundesärztekammer** (2021) Ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte. URL: [Ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte - Bundesärztekammer \(bundesaerztekammer.de\)](http://www.bundesaerztekammer.de) abgerufen am 17.08.2022
23. **Bundesärztekammer** (2021) Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960 URL: [Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen \(Ärztestatistik 2019\) \(bundesaerztekammer.de\)](http://www.bundesaerztekammer.de) abgerufen am 17.08.2022
24. **Bundesministerium für Gesundheit** (2015) Zukunftssichere Versorgung. URL: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>, abgerufen am 11.11.2015
25. **Bundeszentrale für politische Bildung** (2014) Strukturen und Versorgungsformen. URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen?p=all>, abgerufen am 12.11.2015
26. **Burmann, C., Halaszovich, T., Hemmann, F.** (eds) (2012) Identitätsbasierte Markenführung: Grundlagen - Strategie – Umsetzung – Controlling. Springer Fachmedien, Wiesbaden
27. **Burmann, C., Meffert, H., Feddersen, C.** (2007) Identitätsbasierte Markenführung. In: Florack, A., Scarabis, M., Primosch, E. (eds.) Psychologie der Markenführung. Vahlen Verlag, München

28. **Buß, E., Fink-Heuberger, U. (eds) (2000) Image-Management: Wie Sie Ihr Image-Kapital erhöhen.** FAZ-Institut für Management-, Markt-, und Medieninformation, Frankfurt am Main
29. **Cable, D. M., Judge, T. A. (eds) (1996) Person-Organization Fit, Job Choice Decisions, and Organizational Entry.** *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 67 (3): 294-311.
30. **Cattell, R. B. (1965) The Scientific Analysis of Personality.** Penguun Books Ltd, Chicago
31. **Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (1994) Introduction: Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality.** In: Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (eds) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality.* American Psychological Association, Washington, D C., pp 1-10.
32. **Costa, P. T. Jr., Widiger, T. A. (eds) (1994) Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality.** American Psychological Association, Washington, DC
33. **Daiser, P. (2018) Corporate Governance öffentlicher Unternehmen.** Springer Gabler, Wiesbaden
34. **Domizlaff, H. (1951) Die Gewinnung des öffentlichen Vertrauens.** H. Dulk, California
35. **Donath, B. (2001) Branding works for internal audience, too.** *Marketing News* 35 (7): 7-8
36. **Donnerstag, J. (1996) Der engagierte Medienutzer: Das Involvement-Konzept in der Massenkommunikationsforschung.** Verlag Reinhard Fischer, München.
37. **Eisele, D. S. (2001) Das Arbeitgeberimage im Zentrum des Hochschulmarketings.** *Personal* 7: 414-417
38. **Essig, C., Soulas de Russel, D., Semanakova, M. (eds) (2003) Das Image von Produkten, Marken und Unternehmen.** Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels
39. **Everett, B. (1974) Cluster Analysis.** Heinemann Educational Books Ltd, London
40. **Eysenck, H. J. (1947) Dimensions of Personality.** Lund Humphries, London Bradford
41. **Eysenck, H. J. (1953) The Structure of Human Personality.** John Wiley and Sons Inc., London
42. **Eysenck, H. J. (1972) Primaries or second order factors: A critical consideration of Cattell's 16 PF battery.** *British Journal of Social and Clinical Psychology* 11 (3): 265-269
43. **Eysenck, H. J. (1998) Dimensions of Personality.** Transaction Publishers, New Brunswick
44. **Faßmann, M., Moss, C. (eds) (2016) Instagram als Markenkanael.** Springer, Wiesbaden
45. **Felser, G. (2001) Werbe- und Konsumentenpsychologie. 2. Auflage Schäffer-Poeschel-Verlag, Heidelberg u. a.**
46. **Fopp, L. (1975) Die Bedeutung des Branchen-Images für Stellenwahl und Stellenwechsel.** Peter Lang Verlag, Frankfurt Main
47. **Fry, R. (2016) Millennials overtake Baby Boomers as America's largest generation.** URL: Millennials overtake Baby Boomers as America's largest generation | Pew Research Center (bcit.cc) abgerufen am 17.08.2022
48. **GKV Spitzenverband (2014) Faktenblatt Thema: Bedarfsplanung und Versorgung, Pressestelle GKV Spitzenverband.** URL: <https://www.gkv->

spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Faktenblatt_Bedarfsplanung_ohne_Karten_2014_05_16.pdf, abgerufen am 25.08.2016

49. **Gliem, J. A., Gliem, R. R.** (eds) (2003) Calculating, Interpreting, And Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient For Likert-Type Scale. Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing and Community Education, Columbus, Ohio: Ohio State University: 82-88.
50. **Goldberg, L. R.** (1977) Language and personality: Developing a taxonomy of trait descriptive terms. Invited address to the Division of Evaluation and Measurement at the annual meeting of the American Psychology Association, San Francisco
51. **Goldberg, L. R.** (1980): Some ruminations about the structure of individual differences: Developing a common lexicon for the major characteristics of human personality. III: Paper Presented at the annual meeting of the Western Psychological Association, Honolulu
52. **Goldberg, L. R.** (1981) Language and individual differences: The search for universal in personality lexicons. In: Wheeler, L. (ed) Review of personality and social psychology. Sage Beverly Hills, pp 141-165
53. **Goldberg, L. R.** (1982) From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality. In: Spielberger, C. D., Butcher, J. N. (eds) Advances in personality assessment Vol. 1. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale New Jersey, pp. 203-234
54. **Goldberg, L. R.** (1990) An alternative "description of personality": The Big Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology* 59 (6): 1216-1229
55. **Graf von Stillfried, D., Ehrhart, M., Czihal, T.** (2012) Ambulante Versorgung. In: Thielscher, C. (ed.) *Medizinökonomie*. Gabler Verlag Springer Fachmedien, Wiesbaden, pp. 177-228.
56. **Groenewald, H., Horn, S.** (eds) (1986) Das Firmenimage auf Arbeitskräften – wie kann es ermittelt und beeinflusst werden?. *Personalwirtschaft* 12: 489-495
57. **Gultom, J. M. P., Prasetya, D. S.B., Marisi, C. G., Heeng, G., Ginting, D.** (eds) (2022) Phenomenology Study of Millennial Influencers in Herding the Digital Community. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research* Vol. 669: 87-90
58. **Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller S. G., König, H. H.** (eds) (2010) The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany. *Health Research and Educational Trust* 45 (1): 212-229
59. **Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E.** (eds) (2014) *Multivariate Data Analysis*. Pearson Education Limited, Edinburgh Gate
60. **Hatfield, J.** (1999) Brand new word. *Accountancy* 4: 50-51
61. **Haufe Akademie** (2022) Active Sourcing: Was, Wie, Warum & Wo?, URL: Active Sourcing: Was, Wie, Warum & Wo? - Haufe Akademie (haufe-akademie.de) abgerufen am 17.08.2022
62. **Häusel, H. G.** (2012) *Emotional Boosting*. Haufe Gruppe, Freiburg München

- 63. Henzler, A.** (1975) Personal-Image. In: Gaugler, E. (ed) Handwörterbuch des Personalwesens. Poeschel Verlag, Stuttgart, pp. 1564-1571
- 64. Herbst, D.** (2002) E-Branding – Starke Marken im Netz. Cornelson Verlag, Berlin
- 65. Herrmann, A., Huber, F., Braunstein, C.** (2005) Gestaltung der Markenpersönlichkeit mittels der means-end-Theorie. In: Esch, F. R. (ed) Moderne Markenführung. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Gabler Verlag, Wiesbaden, pp. 177-207
- 66. Hesse, G., Mayer, K., Rose, N., Fellingner, C.** (2019) Herausforderungen für das Employer Branding und deren Kompetenzen. In: Hesse, G., Mattmüller, R. (eds.) Perspektivenwechsel im Employer Branding. Springer Gabler, Wiesbaden, pp. 55-104
- 67. Hilbert, B., Simmenroth-Nayda, A.** (eds.) (2014) Was denkt der allgemeinmedizinische Nachwuchs?. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 90 (11): 440-444
- 68. Hoefert, H. W.** (2009) Psychologie in der Arztpraxis. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- 69. Hogan, R.** (1996) A Socioanalytic Perspective on the Five-Factor Model. In: Wiggins, J. S. (eds.) The Five-Factor Model of Personality Theoretical Perspectives. The Guilford Press, New York London, pp. 163-179
- 70. Iacobucci, D., Posavac, S. S., Kardes, F. R., Schneider, M. J., Popovich, D. L.** (eds.) (2015) The median split: Robust, refined, and revived. Journal of Consumer Psychology 25 (4): 690-704.
- 71. Institut für Demoskopie Allensbach** (2008) Ärzte befürchten Engpässe in der medizinischen Versorgung Nr. 19. URL: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_0819.pdf, abgerufen am 24.08.2016
- 72. Irmischer, M.** (1997) Markenwertmanagement: Aufbau und Erhalt von Markenwissen und -vertrauen im Wettbewerb. Eine informationsökonomische Analyse. Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main u. a.
- 73. IWW Institut** (2011) Wie motiviere ich meine Patienten. URL: [Patientenkommunikation | Wie motiviere ich meine Patienten? \(iww.de\)](http://www.iww.de), abgerufen am 17.08.2022
- 74. Jacob, R., Kopp, J., Schultz, S.** (eds) (2014) Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
- 75. John, O. P., Goldberg, L. R., Angleitner, A.** (1984) Better than the alphabet: Taxonomies of personality-descriptive terms in English, Dutch, and German. In: Bonarius, C. J., van Heck, G. L. M., Smid, N. G. (eds.) Personality psychology in Europe: Theoretical and empirical development. Swets North America, Berwyn, pp. 83-100
- 76. Justen, K.** (2015) Mehr Persönlichkeit zeigen, in: Human Resources Manager. URL: <http://www.humanresourcesmanager.de/ressorts/artikel/mehr-persoenlichkeit-zeigen-756871625>, abgerufen am 29.08.2016

77. **Kaiser, H., Rice, J. (eds) (1974)** Little Jiffy, Mark IV. Educational and Psychological Measurement 34 (1): 111-117
78. **Kapferer, J. N. (1992)** Die Marke – Kapital des Unternehmens. Verlag Moderne Industrie, Lansberg/Lesch
79. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016)** Das Versorgungsstrukturgesetz: Teil 1. URL: <http://www.kbv.de/html/8671.php>, abgerufen am 11.11.2015
80. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020)** Arztlzahlstatistik: Teilzeit und Anstellung weiter im Trend. URL: Arztlzahlstatistik: Teilzeit und Anstellung weiter im Trend (sgdu-mbh.de), abgerufen am 17.08.2022
81. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021)** KBV Gesundheitsdaten - Versorgungsgrade. URL: KBV Gesundheitsdaten – Versorgungsgrade, abgerufen am 17.08.2022
82. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)** Arztlzahlstatistik und Anstellung weiter im Trend. URL: KBV - Arztlzahlstatistik: Teilzeit und Anstellung weiter im Trend, abgerufen am 17.08.2022
83. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)** Bedarfsplanung. URL: KBV - Bedarfsplanung, abgerufen am 17.08.2022
84. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)** Gesundheitsdaten. URL: KBV Gesundheitsdaten - Alter abgerufen am 17.08.2022
85. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)** Gesundheitsdaten. URL: KBV Gesundheitsdaten - MVZ, abgerufen am 17.08.2022
86. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)** Kampagnen, KBV - Kampagne der KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen. URL: KBV - Kampagne der KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen, abgerufen am 17.08.2022
87. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)** Studien, KBV - Berufsmonitoring Medizinstudenten. URL: KBV - Berufsmonitoring Medizinstudenten, abgerufen am 17.08.2022
88. **Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg (2022)** Ermächtigte, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. URL: Ermächtigte (kvbawue.de), abgerufen am 17.08.2022
89. **Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2016)** Arzt im Saarland 2.0.. Saarländisches Ärzteblatt 2/2016. URL: saar1602.pdf (aerzteblatt-saar.de), abgerufen am 17.08.2022
90. **Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2019)** Autumn School. URL: Autumn School - Autumn School - Kassenärztliche Vereinigung Saarland (kvsaarland.de), abgerufen am 17.08.2022
91. **Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2019)** Facebook. URL: Kassenärztliche Vereinigung Saarland | Facebook, abgerufen am 17.08.2022
92. **Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2019)** Versorgungsbericht. URL: Versorgungsbericht 2019 - Kassenärztliche Vereinigung Saarland (kvsaarland.de), abgerufen am 17.08.2022

- 93. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Aktuelle Zahlen.
- 94. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Den Arztalltag außerhalb der Klinik kennenzulernen. Saarländisches Ärzteblatt 5/2022. URL: saar2205.pdf (aerzteblatt-saar.de), abgerufen am 17.08.2022
- 95. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Die Bedarfsplanung. URL: Bedarfsplanung - Bedarfsplanung - Kassenärztliche Vereinigung Saarland (kvsaarland.de), abgerufen am 17.08.2022
- 96. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Facebook Kassenärztliche Vereinigung Saarland. URL: Kassenärztliche Vereinigung Saarland | Facebook, abgerufen am 17.08.2022
- 97. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Instagram. URL: KV Saarland (@kvsaarland) • Instagram-Fotos und -Videos, abgerufen am 17.08.2022
- 98. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung, Arztgruppe Hausärzte. URL: MORBI-NEU_§-11_HÄ-V_01-09-2021 (kvsaarland.de), abgerufen am 17.08.2022
- 99. Kassenärztliche Vereinigung Saarland** (2022) Unser Netzwerkcafé für Weiterbildungsassistenten. URL: Dokumente und Medien - Kassenärztliche Vereinigung Saarland (kvsaarland.de), abgerufen am 17.08.2022
- 100. Kassenzahnärztliche Vereinigung** (2022) Zahnärzte. URL: KZBV - Rund um die Praxis, abgerufen am 17.08.2022
- 101. Knobich, H., Esch, F. R.** (2001) Image. Vahlen Verlag, München
- 102. Knoblauch, R.** (2001) Personalimage-Anzeigen. In: Pepels, W. (eds.) Erfolgreiche Personalwerbung in Medien. Oldebourg, München, pp. 131-151
- 103. Kolter, E. R.** (1991) Strategisches Personalmarketing an Hochschulen: Ergebnisse eines Dreiländervergleichs. In: Hummel, R., Wagner, D., Zander, E. (eds.) Hochschulschriften zum Personalwesen. Rainer Hampp Verlag, München
- 104. Koppelman, U.** (2001) Produktmarketing: Entscheidungsgrundlagen für Produktmanager. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage Springer Verlag, Berlin
- 105. Korzilius, H.** (2009) Förderprogramm Allgemeinmedizin: Warten auf den Hausarzt. Deutsches Ärzteblatt 106 (49): 2450-2453
- 106. Krankenkassen.Deutschland** (2022) Gut unterwegs auf Facebook, Twitter und Co.. URL: Diese Krankenkassen sind auf Facebook und Twitter erfolgreich, abgerufen am 17.08.2022
- 107. Krech, D., Crutchfield, R. S., Ballachey, E. L.** (eds) (1962) Individual in Society: A Textbook of Social Psychology. McGraw-Hill Book Company Inc, New York
- 108. Kroebel-Riel, W., Weinberg, P.** (eds) (2003) Konsumentenverhalten. 8. Auflage Vahlen Verlag, München
- 109. Kupperschmidt, B.** (2000) Multigeneration employees: Strategies for effective Management. The Health Care Manager 19 (1): 65-76

- 110. Langner, T.** (2003) Integriertes Branding: Baupläne zur Gestaltung erfolgreicher Marken. Deutscher Universitäts-Verlag GmbH, Wiesbaden
- 111. Latcheva, R., Davidov, E.** (2014) Skalen und Indizes. In: Bauer, N., Blasius, J. (eds.): Handbuch der Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Verlag, Wiesbaden, pp. 745-756.
- 112. Lieber, B.** (1995) Personalimage: Explorative Studien zum Image und zur Attraktivität von Unternehmen als Arbeitgeber. Rainer Hampp Verlag, München und Mering
- 113. Lievens, F., Highhouse, S.** (eds.) (2003) The relation of instrumental and symbolic attributes to a company's attractiveness as an employer. *Personnel Psychology* 56 (1): 75-102
- 114. Mattmüller, R., Buschmann, A.** (2015) Marketing: Das Management aller Zielgruppen. In: Hesse, G., Mattmüller, R. (eds.) Perspektivenwechsel im Employer Branding Neue Ansätze für Generation Y und Z. Springer Gabler, Wiesbaden, pp. 1-16
- 115. Mayer, A., Mayer, R. U.** (eds.) (1987) Imagetransfer. Spiegel-Verlag Rudolf Augstein GmbH & Co. KG, Hamburg
- 116. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr.** (1996) Toward a New Generation of Personality Theories: Theoretical Contexts for the Five-Factor Model. In: Wiggins, J. S (eds.) *The Five-Factor Model of Personality Theoretical Perspectives*. The Guilford Press, New York London, pp. 51-88
- 117. McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr., Busch, C. M.** (eds.) (1986) Evaluating comprehensiveness in personality systems: The California Q-Set and the five-factor model. *Journal of Personality* 54 (2): 430-446
- 118. McCrae, R. R., John, O. P.** (eds.) (1992) An Introduction to the Five-Factor Model and its Applications. *Journal of Personality* 60 (2): 175-215.
- 119. McCrae, R. R., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebickova, M., Avia, M. D., Sanuz, J., Sanchez-Bernardos, M. L.** (eds.) (2000) Nature Over Nurture: Temperament, Personality, and Life Span Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (1): 173-186
- 120. Meffert, H.** (2000) Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung: Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele. 9. überarbeitete und erweiterte Auflage Gabler Verlag, Wiesbaden
- 121. Meffert, H., Bierwirth, A.** (2005) Corporate Branding – Führung der Unternehmensmarke im Spannungsfeld unterschiedlicher Zielgruppen. In: Meffert, H., Burmann, C., Koers, M. (eds.) *Markenmanagement*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Gabler Verlag, Wiesbaden, pp. 143-162
- 122. Mengen, A.** (1993) Konzeptgestaltung von Dienstleistungsprodukten. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart
- 123. Moll, M.** (1992) Zielgruppenorientiertes Personalmarketing. Key-University Strategien, München

- 124. Nagel, K.** (2011) Employer Branding – Starke Arbeitgebermarken jenseits von Marketingphrasen und Werbetechniken. Lindner Verlag, Wien
- 125. Nagel, E.** (2013) Das Gesundheitswesen in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
- 126. Natanzon, I., Szecsenyi, J., Götz, K., Joos, S. (eds.)** (2009) Das Image der hausärztlichen Profession in einer sich wandelnden Gesellschaft: Eine qualitative Befragung von Hausärzten. Medizinische Klinik 104:601-7 (8): 601-607
- 127. Nieschlag, R., Dichtl, E., Hörschgen, H. (eds.)** (2002) Marketing. 19. überarbeitete und ergänzte Auflage Duncker & Humboldt, Berlin
- 128. Petkovic, M.** (2008) Employer Branding: Ein markenpolitischer Ansatz zur Schaffung von Präferenzen bei der Arbeitgeberwahl. In: Hummel, T. R., Knebel, H., Wagner, D., Zander, E.(eds.) Hochschulschriften zum Personalwesen. 2. aktualisierte Auflage Rainer Hampp Verlag, Meringl
- 129. Poe, A. C.** (2000) Face value. HR Magazine 5: 60-68
- 130. Preusker, U. K.** (2015) Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
- 131. Rietz, C., Lohaus, D.** (2013) Employer Branding. Das Wirtschaftsstudium Wisu 42: 1418-1423
- 132. Robert Koch Institut** (2022) COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2). URL: RKI - Infektionskrankheiten A-Z - COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2), abgerufen am 17.08.2022
- 133. Rosenberg, M. J., Hovland, C. I.** (1960) Cognitive, affective and behavioural components of attitudes. In: Rosenberg, M. J., McGuire, W. J., Abelson, R. P., Brehm, J. W. (eds.) Attitude organization and change. Yale Univ. Press, New Haven, pp. 1-14
- 134. Ruge, H. D.** (2005) Aufbau von Markenbildern. In: Esch, F. R. (eds.) Moderne Markenführung. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Gabler Verlag, Wiesbaden, pp. 229-2611
- 135. Sachverständigenrat** (2014) Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf, abgerufen am 31.08.2016
- 136. Scharfstein, D. S., Stein, J. C. (eds.)** (1990) Herd Behavior and Investment. American Economic Review 80 (3): 465-479
- 137. Schirmer, H. D.** (2006) Vertragsarztrecht kompakt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- 138. Schlittgen, R.** (2009) Multivariate Statistik. De Gruyter Oldenbourg, München
- 139. Schmidt, H. J.** (2001) Markenmanagement bei erklärungsbedürftigen Produkten. Deutscher Universitäts-Verlag GmbH, Wiesbaden
- 140. Schneider, C.** (1997) Präferenzbildung bei Qualitätsunsicherheit: Das Beispiel Wein. Duncker und Humblot GmbH, Berlin

- 141. Schreurs, B., Druart, C., Proost, K., De Witte, K. (eds.) (2009)** Symbolic Attributes and Organizational Attractiveness: The moderating effects of applicant personality. *International Journal of Selection and Assessment* 17(1): 35-46
- 142. Schulz M., Czihal, T., Bätzing-Feigenbaum, J., von Stillfried, D. (eds.) (2016)** Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035. Bericht Nr. 16/02 Zi. URL: VA-16-02-Infoblatt-Final.pdf (versorgungsatlas.de), abgerufen am 17.08.2022
- 143. Schulz, F. (1997)** Der Beitrag des Involvementkonstrukts zur Erklärung des Konsumentenverhaltens beim Kauf von Rindfleisch. Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main u.a.
- 144. Schweiger, G. (1995)** Image und Imagetransfer. In: Tietz, B., Köhler, R., Zentes, J. (eds.) *Handwörterbuch des Marketings*. 2. Auflage Schäfer-Poeschel, Stuttgart, pp. 915-928
- 145. Simon, H., Wiltinger, K., Sebastian, K. H., Tacke, G. (eds.) (1995)** *Effektives Personalmarketing: Strategien – Instrumente – Fallstudien*. Gabler Verlag, Wiesbaden
- 146. Simon, M. (2021)** *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Hofgrefe AG, Bern
- 147. Statista (2022)** Anzahl der berufstätigen Ärztinnen in Deutschland nach Arztgruppe in den Jahren 2017 bis 2021. URL: Ärztinnen nach Arztgruppe bis 2021 | Statista, abgerufen am 17.08.2022
- 148. Statista (2022)** Durchschnittsalter von Vertrags- und Krankenhausärzten in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2015. URL: Vertrags- und Krankenhausärzte - Durchschnittsalter in Deutschland bis 2015 | Statista, abgerufen am 17.08.2022
- 149. Statista (2022)** Europäische Union: Anzahl der Erwerbstätigen in den Mitgliedsstaaten im 1. Quartal 2022. URL: EU - Erwerbstätige in den Mitgliedstaaten 2022 | Statista, abgerufen am 17.08.2022
- 150. Statista (2022)** Statistiken zum Thema Ärzte. URL: Statistiken zum Thema Ärzte | Statista, abgerufen am 17.08.2022
- 151. Statistisches Bundesamt (2016)** Vorausberechnung Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/AltersgruppenBis2060.html>, abgerufen am 05.09.2016
- 152. Statistisches Bundesamt (2016)** Grunddaten der Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen. URL: Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.2 - 2016 (destatis.de), abgerufen am 17.08.2022
- 153. Statistisches Bundesamt (2019)** Bevölkerung. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html>, abgerufen am 17.08.2022

- 154. Statistisches Bundesamt** (2021) Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen - Statistisches Bundesamt (destatis.de).
- 155. Statistisches Bundesamt** (2022) Erwerbspersonenvorausberechnung. URL: Erwerbspersonenvorausberechnung - Statistisches Bundesamt (destatis.de), abgerufen am 17.08.2022
- 156. Statistisches Bundesamt** (2022) Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeitscheiben=10#abreadcrumb>, abgerufen am 17.08.2022
- 157. Statistisches Bundesamt** (2022) Lebenserwartung in Deutschland seit Beginn der Pandemie gesunken. URL: Lebenserwartung in Deutschland seit Beginn der Pandemie gesunken - Statistisches Bundesamt (destatis.de), abgerufen am 17.08.2022
- 158. Süß, M.** (1996) Externes Personalmarketing für Unternehmen mit geringer Branchenattraktivität. Rainer Hampp Verlag, München und Mering
- 159. Teufer, S.** (1999) Die Bedeutung des Arbeitgeberimages bei der Arbeitgeberwahl: Theoretische Analyse und empirische Untersuchung bei High Potentials. Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH, Wiesbaden
- 160. Tolle, E., Steffenhagen, H.** (1994) Kategorien des Markenerfolgs und einschlägige Messmethoden. In: Bruhn, M. (ed.): Handbuch Markenartikel. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, pp 1283-1303
- 161. Tom, V. R.** (1971) The role of personality and organizational image in the recruiting process. *Organizational Behavior and Human Performance* 6: 573-5921
- 162. Trommsdorf, V.** (2002) Konsumentenverhalten. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- 163. Unger, F., Fuchs, W.** (1999) Management der Marktkommunikation. 2. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage Physica Verlag, Heidelberg
- 164. Universitätsklinikum Saarland** (2022) Weiterbildungsverbände. URL: Universitätsklinikum des Saarlandes - Weiterbildungsverbände (uniklinikum-saarland.de), abgerufen am 17.08.2022
- 165. Vahrenkamp, K.** (1991) Verbraucherschutz bei asymmetrischer Information: Informationsökonomische Analyse verbraucherpolitischer Maßnahmen. VVF, München
- 166. Warren, H. C.** (1934) Dictionary of psychology. Houghton Mifflin, Boston
- 167. Watson, J. B.** (1998) Behaviorism. Transaction Publishers, New Brunswick
- 168. Wehr, A. W.** (2001) Imagegestaltung in der Automobileindustrie: eine kausalanalytische Untersuchung zur Quantifizierung von Imagetransfereffekten. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden
- 169. Wiese, D.** (2005) Employer Branding: Arbeitgebermarken erfolgreich aufbauen. VDM Verlag, Saarbrücken

- 170. Wiggins, J. S., Trapnell, P. D. (1996)** A Dyadic-Interactional Perspective on the Five-Factor Model. In: Wiggins, J. S (eds.) The Five-Factor Model of Personality Theoretical Perspectives. The Guilford Press, New York London, pp. 88-163.
- 171. Xie, H. Y., Boggs, D. J. (eds.) (2006)** Corporate branding versus product branding in emerging markets: A conceptual framework. *Marketing intelligence & Planning* 24(4): 347-364.
- 172. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019)** Zi stellt Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland vor. URL: Zi stellt Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland vor | BDC|Online, abgerufen am 17.08.2022
- 173. Zimmer, D. (1995)** Der Handel braucht eine Imagepolitik. *Harvard Business Manager* 4: 51-60

10. Rechtsquellenverzeichnis

1. Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) vom 28.05.1957 (BGBl III. 8230-25), zuletzt geändert durch Art. 12 Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz vom 11.07.2021 (BGBl. I S. 2754)
2. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GStrukG) vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266)
3. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983)
4. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2606), zuletzt geändert durch Art. 8 Gesetz zur Erhöhung des Schutzes durch den gesetzlichen Mindestlohn und zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung vom 28.06.2022 (BGBl. I S. 969)
5. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 (BGBl. I S. 3439)

11. Anhang

Demografische Entwicklung auf Bundesebene und Saarland

Facharztgruppe	Ist am 01.07.2022	Vollendung des 65. Lebensjahres bis 31.12.2026		Vollendung des 65. Lebensjahres bis 31.12.2031	
		Anzahl Ärzte	In % der Fachgruppe	Anzahl Ärzte	In % der Fachgruppe
Hausärzte (Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten, Praktische Ärzte)	665	271	40,8%	388	58,3%
Kinder- und Jugendärzte	82	22	26,8%	42	51,2%
Gesamt	747	293	39,2%	430	57,6%

Tabelle 44_A: Altersstruktur Hausärztinnen/Hausärzte im Saarland bis 2031⁵⁰⁶

Arztgruppen	Ist am 01.01.2022	Vollendung des 65. Lebensjahres bis 31.12.2026		Vollendung des 65. Lebensjahres bis 31.12.2031	
		Anzahl Ärzte	Beendigung in %	Anzahl Ärzte	Beendigung in %
Anästhesisten	44	20	45,5%	26	59,1%
Augenärzte	92	22	23,9%	43	46,7%
Chirurgen/Orthopäden	158	44	27,8%	80	50,6%
Fachärztliche Internisten	154	55	35,7%	84	54,5%
Gynäkologen	132	49	37,1%	75	56,8%
Hals-Nasen- Ohrenärzte	60	23	38,3%	32	53,3%
Hautärzte	47	14	29,8%	24	51,1%

⁵⁰⁶ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Nervenärzte*	89	28	31,5%	48	53,9%
Radiologen, Strahlentherapeuten, Nuklearmediziner	79	17	21,5%	33	41,8%
Urologen	42	13	31,0%	19	45,2%
Sonstige Arztgruppen**	75	25	33,3%	48	64,0%
Ärztliche Psychotherapeuten	65	36	55,4%	55	84,6%
Fachärzte gesamt	1.037	346	33,4%	567	54,7%
Psychotherapeuten***	359	131	36,5%	173	48,2%
Fachärzte und Psychotherapeuten insgesamt	1.396	477	34,2%	740	53,0%

* Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

** Humangenetiker, Kinder- und Jugendpsychiater, Laborärzte, Mikrobiologen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Neurochirurgen, Pathologen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Transfusionsmediziner *

** inklusive Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Tabelle 45_A: Altersstruktur Fachärztinnen/Fachärzte im Saarland bis 2031⁵⁰⁷

⁵⁰⁷ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2022).

Ableitung der Hypothesen

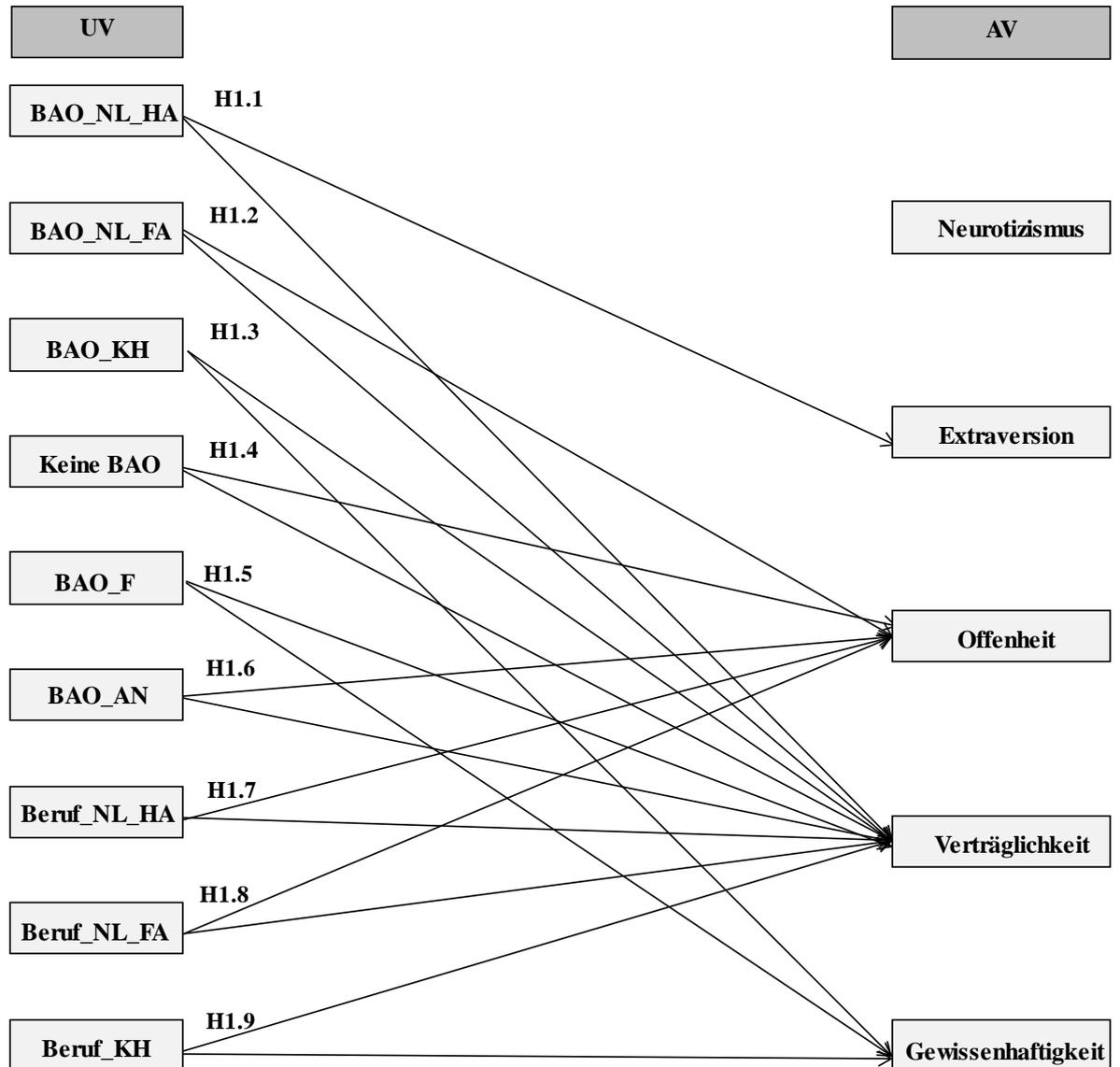


Abbildung 14_A: Wirkungsrichtung der aufgestellten Hypothesen

Die Abbildung 14_A zeigt, dass auf Basis der Hypothesen der Faktor des Neurotizismus keiner Gruppe zugeordnet werden kann. Hierbei wurde die Vermutung unterstellt, dass weder die Medizinstudierenden noch die Ärztinnen/Ärzte dem Persönlichkeitsfaktor des Neurotizismus angehören, da dieser Faktor Angst, Schüchternheit und Unsicherheit verkörpert, was nicht mit angehenden und praktizierenden Medizinerinnen und Medizinern assoziiert wird.⁵⁰⁸

⁵⁰⁸ Hoefert, H. W. (2010), S. 24.

Operationalisierung der Variablen

Die ersten 54 Fragen sowohl des Fragebogens für die Medizinstudierende, für die Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte als auch für die Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte erheben die zuvor beschriebenen Persönlichkeitsfaktoren anhand beschriebenen Items des FFMs mittels einer 7er Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 „trifft voll und ganz zu“. Die Items der einzelnen Faktoren wurden durchgemischt, damit kein Muster zu erkennen ist.

Die Abfrage der Einstellung zur Niederlassungsbereitschaft erfolgt mit Hilfe der Drei-Komponenten-Theorie. Dabei werden die drei Komponenten kognitiv, affektiv und konativ im Rahmen der durchgeführten empirischen Studie für den Fragebogen der Medizinstudierenden verwendet.⁵⁰⁹ Die Niederlassungsbereitschaft wird bezüglich exemplarisch ausgewählter Maßnahmen der KV sowie eigenständig formulierten Maßnahmen überprüft. Die hierbei abfragten Ebenen sind die sachliche, die soziale, die Ebene der Work-Life-Balance sowie die fachliche Ebene.

- Operationalisierung der sachlichen Ebene durch das Stipendium
- Operationalisierung der sozialen Ebene durch die Patenschaft
- Operationalisierung der Ebene der WLB durch die Kinderversorgung
- Operationalisierung der fachlichen Ebene durch das Rotationsmodell

Das Stipendium wurde den Medizinstudierenden derart präsentiert, dass es ihnen bis zu 60 Monate einen monatlichen Betrag von 250 Euro bietet und sie sich im Gegenzug für eine Niederlassung verpflichten. Lassen sie sich nicht nieder, ist das erhaltene Geld wieder vollständig zurückzuzahlen. Die Patenschaft wurde so ausgestaltet, dass sie eine Verbindung zwischen Medizinstudierenden und niedergelassenen Ärzten über einen Zeitraum von 1,5 Jahren darstellt. In dieser Zeit fungiert die/der niedergelassene Ärztin/Arzt als kostenfreier Berater in Angelegenheiten wie bspw. dem Aufbau einer Praxis oder in finanziellen Belangen für den Medizinstudierenden in Patenschaft. Die Maßnahme der Kinderversorgung beschreibt ein Angebot der KV an Tagesmüttern, Kindergärten oder Kindertagesstätten, die für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte bereitstünden. Rotationsmodelle eröffnen den Medizinstudierenden die Möglichkeit, für einen festgelegten Zeitraum in drei verschiedenen Fachbereichen eines Krankenhauses zu arbeiten. Somit wird die Chance geboten, die Weiterbildung in einem Krankenhaus zu absolvieren und sich nach der Weiterbildung niederzulassen, wodurch mehr Freiheiten in der Karriereplanung entstehen. Die Maßnahmen des Stipendiums, der Patenschaft sowie der Rotationsmodelle gibt es in verschiedenen Bundesländern, während das Angebot der Kinderversorgung ergänzt wurde. Diese vier Maßnahmen wurden den Medizinstudierenden präsentiert, mit der Bitte diese auf einer 7er Likert-Skala, von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und

⁵⁰⁹ Vgl. Rosenberg, M. J., Hovland, C. I. (1960).

ganz zu“, zu bewerten. Die Operationalisierung der Einstellung erfolgte sowohl mit positiven Items wie „Ich empfinde diese Maßnahme als sinnvoll“, „Ich würde ein solches Angebot als positiv empfinden“, „Ich würde mich über ein solches Angebot freuen“ als auch mit negativen „Eine solche Maßnahme würde mich nicht überzeugen“ sowie „Das ist eine ungeeignete Maßnahme“. Mit diesen aufgezeigten Items werden die affektive und die kognitive Komponente abgefragt. Die konative Komponente bildet die Handlungsabsicht und wird mit der Frage „Könnten Sie sich unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Maßnahme eine Niederlassung als Medizinerin/Mediziner mit eigener Praxis vorstellen“ abgeprüft.

Der abschließende Teil des Fragebogens beinhaltet die Soziodemografika, die auf Basis der Limbic Types erstellt wurden. Diese fließen in die Items Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund sowie Elternteil oder Eltern mit eigener Praxis mit ein. Die Limbic Types stellen die Vermutung auf, dass das Alter, das Geschlecht sowie der kulturelle Hintergrund einen Einfluss auf die Persönlichkeitsstruktur ausüben. Diese Informationen können mit dem FFM nicht getestet werden, daher erfolgt dies in den Soziodemografika. Die Frage nach den Eltern oder dem Elternteil mit eigener Praxis bezieht sich auf den Einfluss, den Vorbilder auf die Persönlichkeit ausüben.⁵¹⁰

Indexbildung

Mehrere Einzelindikatoren müssen im Rahmen einer Indexbildung nach festgelegten Vorschriften zu einer neuen Variable zusammengefasst werden.⁵¹¹ Dies fand für die Clusteranalyse, die Kontingenzanalyse, sowie für die Regressionsanalyse statt.

Um die Medizinstudierenden und die Ärztinnen/Ärzte dem Cluster zuzuordnen, dem sie angehören, ist es notwendig, die Probanden in Gruppen einzuteilen, was Tabelle 47_A zu entnehmen ist.

Werte-Label	Bezeichnung	Erläuterung
1	BAO_NL_HA	Medizinstudierende mit präferierter BAO Hausärztin/Hausarzt
2	BAO_NL_FA	Medizinstudierende mit präferierter BAO Fachärztin/Facharzt
3	BAO_KH	Medizinstudierende mit präferierter BAO Krankenhausärztin/Krankenhausarzt
4	BAO_NL_HA+BAO_NL_FA	Medizinstudierende mit präferierter BAO Hausärztin/Hausarzt und Fachärztin/Facharzt
5	BAO_NL_HA+BAO_KH	Medizinstudierende mit präferierter BAO Hausärztin/Hausarzt und Krankenhausärztin/Krankenhausarzt
6	BAO_NL_FA+BAO_KH	Medizinstudierende mit präferierter BAO Fachärztin/Facharzt und Krankenhausärztin/Krankenhausarzt

⁵¹⁰ Vgl. Häusel, H. G. (2012), S. 47 f., S. 96. Siehe hierzu auch Abschnitt 3.4.3.

⁵¹¹ Vgl. Latcheva, R., Davidov, E. (2014), S. 745.

7	BAO_NL_HA+BAO_NL_FA+BAO_KH	Medizinstudierende mit präferierter BAO Hausärztin/Hausarzt, Fachärztin/Facharzt und Krankenhausärztin/Krankenhausarzt
8	NL_HA	niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte
9	NL_FA	niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte
10	KH	Krankenhausärzte/Krankenhausärztinnen
11	Keine BAO präfiert	Medizinstudierende mit keiner präferierten BAO
12	BAO_F	Medizinstudierende mit präferierter BAO Forschung
13	BAO_AA	Medizinstudierende mit präferierter BAO Anstellung

Tabelle 46_A: Gruppeneinteilung der Clusteranalyse⁵¹²

So erfolgte eine Zuordnung eines Medizinstudierenden zu Gruppe 1, wenn die Frage v55 des Fragebogens für die Medizinstudierenden „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben sich als Allgemeinmediziner mit eigener Praxis niederzulassen?“ mit ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) beantwortet wurde. Für Gruppe 2 und 3 erfolgt die Zuteilung dann, wenn die Frage v56 des Fragebogens der Medizinstudierenden „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben sich als Facharzt mit eigener Praxis niederzulassen?“ respektive die Frage v57 des Fragebogens für die Medizinstudierenden „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben in einem Krankenhaus zu arbeiten?“ mit ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) angekreuzt wurden. Gruppe 4 stellt den Fall dar, dass sowohl Frage v55 als auch v56 mit ≥ 5 angegeben wurden. In Gruppe 5 befinden sich die Probanden, die sowohl v55 und v57 mit ≥ 5 , in Gruppe 6 diejenigen die v56 und v57 mit ≥ 5 beantwortet haben. Die Zuweisung zu Gruppe 7 fand statt, wenn sowohl Frage v55, v56 sowie v57 mit ≥ 5 im Fragebogen angekreuzt wurde. Gruppe 8 bilden die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, die Frage v62 des Fragebogens für die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte mit 1 (als Hausarzt tätig) bestätigt haben und in Gruppe 9 die niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte, die diese Frage mit 2 (als Facharzt tätig) angaben. Gruppe 10 sind die Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte, die mit der Variable v01 „Tätigkeit als Krankenhausarzt“, die in allen drei Fragebögen vorzufinden ist, identifiziert werden konnten. Medizinstudierende, die die Aussagen zu den Fragen v55 bis v59 mit 4 (neutral) beantworteten und somit keine bevorzugte BAO besitzen, sind in Gruppe 11. Gruppe 12 gehören diejenigen Studierende an, die Frage v59 „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben in der Forschung zu arbeiten?“ mit ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) bestätigten. Die letzte Gruppe 13 bilden die Medizinstudierende, die Frage v58 „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben angestellt in einer Arztpraxis oder ambulanten Versorgungsform zu arbeiten?“ mit ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) angaben. Um die Anzahl möglicher Gruppen nicht noch zusätzlich zu erhöhen, wurde auf die Kombination der Gruppen

⁵¹² Eigene Darstellung.

4 bis 7 mit den Gruppen 12 bis 13 verzichtet, da diese sehr selten waren. Eine genaue Begründung erfolgt in Abschnitt 5.2.3.

Zur Durchführung einer Kontingenzanalyse ist es erforderlich, die Daten in einer Kreuztabelle aufzubereiten. Dazu wurden drei Gruppierungsvariablen, BAO_HA_NL_HA für Gruppe 1, BAO_FA_NL_FA für Gruppe 2 sowie BAO_KH_KH für Gruppe 3 erstellt. Gruppe 1 repräsentiert sowohl die Medizinstudierende, die sich als Hausärztin/Hausarzt niederlassen möchten und die niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte, Gruppe 2, die Medizinstudierenden, die sich als Fachärztin/Facharzt niederlassen möchten als auch die niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte sowie Gruppe 3 Medizinstudierenden, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten und Ärztinnen/Ärzte, die in einem Krankenhaus arbeiten. Die Gruppierungsvariable BAO_HA_NL_HA ergibt sich aus Variable v55 des Fragebogens für die Medizinstudierenden „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben sich als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner mit eigener Praxis niederzulassen?“ sowie Variable v62 des Fragebogens für die niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte „Sind Sie als Haus- oder Facharzt tätig“. Wurde die Frage der Variable v55 von den Medizinstudierenden ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) beantwortet und wurde die Frage der Variable v62 von den niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte mit 1 (als Hausarzt tätig) angekreuzt, so wurde der Wert 1 in die Kreuztabelle gesetzt ansonsten eine 0. Analog wird für die Gruppe 2 und 3 verfahren. Für Gruppe 2 erfolgt die Bildung der Gruppierungsvariable BAO_FA_NL_FA aus Variable v56 des Fragebogens der Medizinstudierende „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben sich als Facharzt mit eigener Praxis niederzulassen?“ und aus Variable v62 des Fragebogens der niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte „Sind Sie als Haus- oder Facharzt tätig“. Die Kodierung wurde wie folgt vorgenommen, wenn die Antwort auf die Variable v56 ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) beantwortet wurde und die Antwort auf Variable v62 des Fragebogens der niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte mit einer 2 (als Facharzt tätig), dann wurde eine 1 gesetzt, ansonsten eine 0. Für Gruppe 3 wird die Gruppierungsvariable BAO_KH_KH erstellt mit den Variablen v57 des Fragebogens für die Medizinstudierenden „Wie ist Ihre gegenwärtige Einschätzung: Wären Sie bereit, in Ihrem späteren Berufsleben in einem Krankenhaus zu arbeiten?“ sowie mit der Variable v01 Art „Tätigkeit als Krankenhausarzt“, die in allen drei Fragebögen vorzufinden ist. Antworteten die Probanden auf Variable v57 ≥ 5 (trifft fast voll und ganz zu) und wurde der Fragebogen als derjenige für die Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte identifiziert, wurde eine 1 für die Gruppierungsvariable eingesetzt ansonsten eine 0. Es erfolgte eine Konzentration auf 3 Gruppen.

Für die Durchführung der Kontingenzanalyse musste zudem ein Mediansplit angewendet werden, um die oben beschriebenen Gruppen hinsichtlich des Alters zu differenzieren. Es erfolgt die Bildung folgender Variablen:

Mediansplit_Alter_25_Jahre,	Mediansplit_Alter_27_Jahre,
Mediansplit_Alter_30_Jahre,	Mediansplit_Alter_33_Jahre,
	Mediansplit_Alter_35_Jahre,

Mediansplit_Alter_40_Jahre, Mediansplit_Alter_45_Jahre, Mediansplit_Alter_50_Jahre, Mediansplit_Alter_53_Jahre, Mediansplit_Alter_55_Jahre, Mediansplit_Alter_60_Jahren. Die Variable mit dem Namen Mediansplit_Alter_25_Jahre besitzt den Wert 1, wenn der Proband jünger oder gleich 25 Jahre alt ist und den Wert 2, wenn er älter ist. Dieses Vorgehen wurde analog für die oben aufgelisteten Mediansplits eingesetzt.⁵¹³

Eine Indexbildung wurde für die Regressionsanalyse durchgeführt, um den Effekt der Einstellung zur Niederlassung für die vier dargestellten Maßnahmen messen zu können. Dazu ist eine Gruppenvariable für jede Maßnahme aus den fünf Items, welche die Einstellung abfragen, gebildet worden. Die fünf Items sind: „Ich empfinde diese Maßnahme als sinnvoll.“, „Ich würde ein solches Angebot als positiv empfinden.“, „Ich würde mich über ein solches Angebot freuen.“, „Eine solche Maßnahme würde mich nicht überzeugen.“ und „Das ist eine ungeeignete Maßnahme.“. Diese Gruppenvariable wurde bspw. für das Stipendium IndexEinstellungNL_Stipendium (InEin_NL_S) genannt und wird im weiteren Verlauf mit der in der Klammer befindlichen Abkürzung angewandt. Vorgelagert zur Regressionsanalyse muss eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob die Einstellung für die Niederlassungsbereitschaft genutzt werden kann. Dazu wird der erstellte Index verwendet. Sind die Cronbach Alpha Werte entsprechend hoch, darf eine Regressionsanalyse gerechnet werden, für welche der Index ebenfalls als unabhängige Variable Anwendung findet.

12. Publikationen/Dank

Publikation

König, T., Buchholz N., Schneider M. u. Manthey K. (2022): To Vaccinate or not to Vaccinate – Which Beliefs Split the Crowd? In: Proceedings of the American Marketing Association Summer Conference, Chicago, IL

Dank

An dieser Stelle möchte ich gerne allen beteiligten Personen danken, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Johannes Jäger für die hervorragende Betreuung der Arbeit sowie für die Ermutigung diese fertig zu stellen, welche ich sehr zu schätzen weiß. Er stand jeder Zeit für Fragen zur Verfügung und hat mir so gezeigt wie eine vorbildliche Betreuung aussehen kann, welche ich gerne in meinem weiteren Berufsweg ebenso umsetzen möchte.

Mein Dank gilt außerdem allen Probanden, die an der Untersuchung teilgenommen haben sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, die mir Zahlen zur Verfügung gestellt hat.

Für die Durchsicht meiner Arbeit möchte ich mich bei meiner Freundin Kerstin und bei meinem Mann Artur bedanken.

Meiner Familie, insbesondere meiner Mutter und meinem Patenonkel danke ich für die Unterstützung und Kinderbetreuung.

Zudem gilt mein besonderer Dank meinem Mann Artur und meinen Kindern Isabel und Hannah, die mich jederzeit unterstützt haben.