Prof. Dr. rer. medic. Cordula Kreuzenbeck
Laura Ratusznik BA

Attraktivität der Niederlassung – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Umfrage zu Erwartungen und Aspekten der aktuellen Digitalisierungspolitik

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung in Deutschland sorgt in den nächsten zehn Jahren für eine steigende Nachfrage und ein sinkendes Angebot von medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich. Attraktivität und Erwartungen in Bezug auf die Niederlassung wurden mithilfe einer Onlinebefragung im Mixed-Methods-Design erhoben. Die quantitative Analyse umfasste neben der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse eine schrittweise multiple lineare Regression zur abhängigen Variable der Arbeitszufriedenheit. Die qualitative Analyse erfolgte mittels einer inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. 121 Ärzte beantworteten den Online-Fragebogen.
Die Erfüllung der Erwartungen an die Niederlassung im Summenscore lag bei knapp über 50% (Mittelwert 15,42/30, SD 4,63). Das Regressionsmodell zur Arbeitszufriedenheit war signifikant (<0,001; R^2 0,241). Die Arbeits-zufriedenheit steigt signifikant an, wenn die Erwartungen an flexible Arbeitszeiten und autonomes Arbeiten erfüllt werden. Insbesondere falsch eingeschätzt wurden der bürokratische Aufwand in der Niederlassung und der empfundene Handlungsdruck.

Schlüsselwörter

Arztpraxis, Zufriedenheit, Bürokratie, Digitalisierung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2596

Die Attraktivität einer selbstständigen Tätigkeit in einer Arztpraxis scheint rückläufig zu sein. Zu diesem Schluss kommen Meyer et al. 2022 bei einer Umfrage unter Medizinstudent:innen. Ein Teil der Medizinstudent:innen strebt eher ein Angestelltenverhältnis mit festen Arbeitszeiten und geregelten Krankheits- oder Elternzeiten an (Meyer et al. 2022). Der Anteil der selbstständigen Ärzt:innen an allen ambulant tätigen Ärzt:innen ist in Deutschland von 85% im Jahr 2012 auf 66% im Jahr 2022 gesunken. (Bundesärztekammer 2022). Etwa 80% der ambulant tätigen Ärzt:innen in Deutschland sind im Durchschnitt über 50 Jahre alt, etwa 40% über 60 Jahre. Dieser Anteil an niedergelassenen Ärzt:innen wird daher in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen, was nicht nur in der hausärztlichen Versorgung zu einem Ärztemangel führen wird (Bundesärztekammer 2020). Wartezeiten und Diskriminierung bei Arztbesuchen in der ambulanten Versorgung sind ein weltweites Phänomen, insbesondere bei der Konsultation von Fachärzt:innen (Liddy et al. 2020; Creadore et al. 2021). In Deutschland wurde dieses Problem kürzlich einer weiteren Überprüfung unterzogen und es wurde festgestellt, dass es zunimmt und die Ungleichheit fördert, da der Zugang von der jeweiligen Versicherung abhängt (Breitenbach/Heinrich 2023; Roll et al. 2012).

>> Solche und andere Auswirkungen werden verstärkt, wenn man sich dazu die demografische Entwicklung der Bevölkerung ansieht. Der Anteil der älteren Menschen, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, steigt von 15,5% der Bevölkerung über 65 Jahre im Jahr 1995 auf 21,7% im Jahr 2018. Auf der Seite der Leistungserbringung ist die Absolventenzahl der Ärzt:innen im gleichen Zeitraum um 8,7% zurückgegangen (Blümel et al. 2020).

Die meisten Studien, die die Attraktivität untersuchen, konzentrieren sich auf Medizinstudent:innen und sind mehrere Jahre alt. Daher spiegeln diese Studien nicht die aktuelle Situation in der Zielpopulation wider, insbesondere nicht angesichts der jüngsten Gesetzgebung in Deutschland, die sich mit der Digitalisierung und dem Datenschutz im Gesundheitswesen befasst, was kontrovers diskutiert wird (Behmann et al. 2012; Voltmer et al. 2012; Redaèlli et al. 2020).

Das E-Health-Gesetz, eingeführt im Jahr 2015, bildet die Grundlage für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ziel war es, bis Ende 2018 alle Arztpraxen an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen. Bezogen auf die Arztpraxis kamen weiterhin

- das im Jahr 2018 erlassene digitale Versorgungsgesetz (DVG),
- das Bürokratieentlastungsgesetz III (BEG III), welches 2019 die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für die Arztpraxen ankündigte, und
- das 2020 eingeführte Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG), nach dem z.B. auch das elektronische Rezept (eRezept) für Arztpraxen verpflichtend eingeführt wurde, hinzu (Jorzig/Sarangi 2020).

Ziel war es herauszufinden, wie sich die Attraktivität der Niederlassung vor diesem Hintergrund darstellt. Die Forschungsfragen lauteten wie folgt:

1. Welche Erwartungen hatten die Ärzt:innen bei der Eröffnung einer Arztpraxis?
2. Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt?
3. Was fördert und/oder hemmt die Arbeitszufriedenheit in der Arztpraxis und schmälert damit die Attraktivität?

Studiendesign und Auswertung

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde eine Umfrage im Mixed-Methods-Design erstellt, die sowohl geschlossene Likert-Skalen als auch offene Fragen enthielt.

Studiendesign

Die Umfrage hatte einen explorativen Charakter und war so angelegt, dass sie zu längeren, offenen Antworten anregte. Der vollständige Fragebogen ist in den ergänzenden Materialien enthalten.

Die Arbeitszufriedenheit konnte auf einer Skala von 1 bis 10

eingestuft werden, in allen weiteren Fragen kam die Likert-Skala zur Anwendung, insbesondere in der Kernfrage, ob die anfänglichen Erwartungen an die Eröffnung einer Arztpraxis erfüllt wurden.

Diese Frage nach dem Ausmaß der Erfüllung von Erwartungen an die Niederlassung enthielt die folgenden vordefinierten Kategorien:

- Familienfreundlichkeit
- flexible Arbeitszeiten
- geringer Handlungsdruck
- autonomes Arbeiten
- geringer administrativer/bürokratischer Aufwand
- zufriedenstellendes Einkommen

Diese wurden aus den Ergebnissen mehrerer anderer Umfragen extrahiert (Marburger Bund 2017b; Marburger Bund 2022b; Marburger Bund 2017a; Marburger Bund 2022a; Linde et al. 2021; Gibis et al. 2012).

Die Befragung wurde online im Zeitraum vom 16.09.2022 - 31.12.2022 durchgeführt. Um eine möglichst heterogene Grundgesamtheit zu erhalten, wurden verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen, Bundesverbände, Fachgesellschaften, Ärztekammern, Praxisnetze, Ärztenetze und Verbände angeschrieben. Die E-Mail enthielt die Bitte, die Umfrage an ihre jeweiligen Netzwerke weiterzuleiten. Dopplungen konnten anhand der sozio-demografischen Daten ausgeschlossen werden. Eine Rücklaufquote kann nicht berechnet werden, da zu der tatsächlichen Verteilung nicht immer Rückmeldungen vorlagen.

Qualitative Analyse

Die offenen Fragen wurden mittels einer inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet (Kuckartz 2018). Die Kategorisierung der Freitextdaten wurde von beiden Studienleitern unabhängig voneinander vorgenommen und erfolgte induktiv, direkt am empirischen Datenmaterial. Außerdem wurde ein zirkuläres Walkthrough-Verfahren angewandt und damit konsensuell codiert. Anschließend wurde für alle Differenzen ein Konsens gefunden und das Material den endgültigen Kategorien zugeordnet. Die zutreffenden Kategorien wurden pro Person nur einmal verwendet.

Zunächst wurde das Datenmaterial und dann die Art der Codiereinheit bestimmt (In-vivo-Codes, Sachcodes, stellenweise Themencodes). Anschließend wurden die Kategorien gebildet und in ein Kategoriensystem eingebettet.

Insgesamt wurde eine Intercode-Reliabilität von 75,8% erreicht, was auf eine gute Übereinstimmung zwischen den Codes hindeutet. Durch mehrere Codierungsprozesse und Diskussionen konnte die qualitative Inhaltsanalyse in Kernkategorien überführt und grafisch aufbereitet werden.

Statistische Analyse

Neben der qualitativen Analyse wurde für die verbleibenden Fragen auch eine quantitative Analyse in SPSS® durchgeführt. Zunächst wurde der Datensatz bereinigt und validiert und einige Textvariablen wurden numerisch umcodiert. Zusätzlich zur deskriptiven Statistik wurden ein Summenscore, gruppierende Mittelwertvergleiche und eine schrittweise Regression berechnet. Nicht binäre oder nominale Variablen wurden als dummycodierte Werte aufgenommen. Als statistische Signifikanz wurde ein Niveau von 0,05 angenommen.

Ergebnisdarstellung und -synthese

Im Rahmen der standardisierten Onlinebefragung gaben 121 Mediziner:innen Auskunft über ihre Motivation, in der Arztpraxis zu arbeiten. Hiervon waren acht als reine Psychotherapeut:innen tätig.

Die Teilnehmenden hatten ein Durchschnittsalter von etwa 54,8 Jahren mit einer Standardabweichung von 9,1 Jahren und eine durchschnittliche Praxiserfahrung von 15,6 Jahren mit einer Standardabweichung von 10,3 Jahren. 56,2% gaben ihr Geschlecht als männlich, 42,1% weiblich und 1,7% divers an. 87,6% hatten Kinder. Etwa ein Drittel (30,6%) arbeitete in ländlichen Gebieten, 69,4% in der Stadt. 86,8% gaben eine Tätigkeit in der eigenen Praxis an, 4,1% jeweils eine Anstellung im MVZ oder in einer Praxis, 3,3% befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits in Pension und 1,7% noch im Studium.

Der Mittelwert der Arbeitszufriedenheit auf einer Skala von 1–10 betrug 7,13 mit einer Standardabweichung von 2,391.

Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und dem Alter, dem Geschlecht oder den Berufsjahren und dem ambulanten Setting.

Die Erwartungen an die Arbeit und deren Erfüllung sind in Abbildung 1 dargestellt:

Die Hoffnung auf eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands

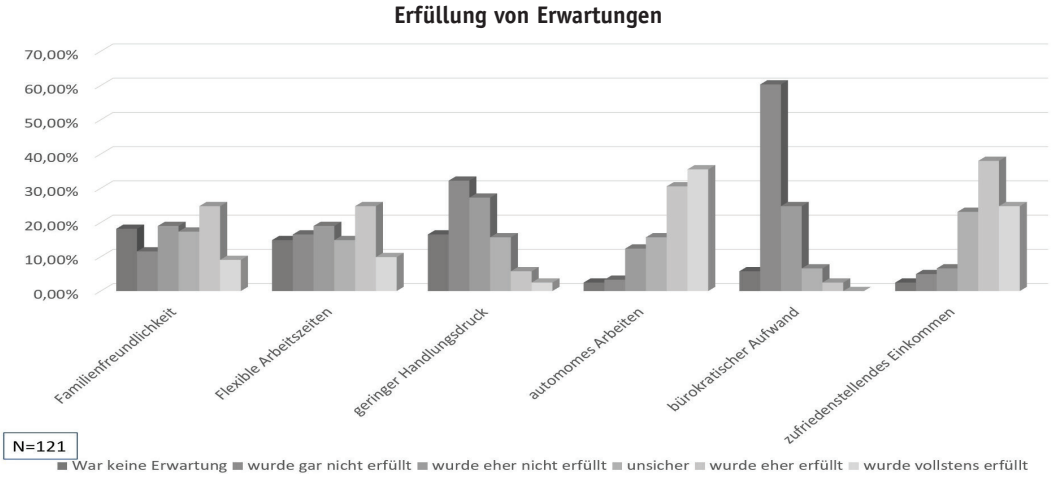


Abb. 1: *Erfüllung von Erwartungen.*

und des Handlungsdrucks war irreführend, da die meisten Teilnehmenden, die diese Erwartung hatten, sie als ganz oder teilweise unerfüllt ansahen. Die Erwartungen an ein zufriedenstellendes Einkommen und autonomere Arbeitszeiten wurden überwiegend als erfüllt angesehen. Gemischte Bewertungen ergaben sich bei den Erwartungen an flexiblere Arbeitszeiten und ein familienfreundlicheres Umfeld.

Für die Erfüllung aller Erwartungen wurde ein Summenwert berechnet (Mittelwert 15,42, SD 4,63). Von den maximal möglichen 30 Punkten wurde im Durchschnitt nur die Hälfte der



Abb. 2: *Themenfelder zu zusätzlichen Erwartungen an die Niederlassung.*

Korrelation der Arbeitszufriedenheit mit Erfüllung von Erwartungen						
	Erfüllt/ Befragte	Mittelwert der Arbeits-zufriedenheit erfüllt/unerfüllt	Unterschied im Mittelwert	Sig. (2-seitig)	95% Konfidenzintervall	
Zufriedenstellendes Einkommen	76/118	7.42/6.64	0.778	0.089	-0.119	1.676
Geringer bürokratischer Aufwand	3/114	8.33/7.09	1.243	0.372	-1.506	3.992
Autonomes Arbeiten	38/118	7.78/5.87	1.907	<0.001	1.038	2.775
Geringer Handlungsdruck	10/101	7.30/7.19	0.113	0.886	-1.456	1.682
Flexible Arbeitszeiten	42/103	8.29/6.62	1.663	<0.001	0.817	2.509
Familienfreundlichkeit	41/99	7.83/6.78	1.053	0,25	0.136	1.971

Tab. 1: Korrelation der Arbeitszufriedenheit mit Erfüllung von Erwartungen.

Erwartungen mit einem Mittelwert von etwa 15 erfüllt.

Für jede der Erwartungen wurden gruppierende Mittelwertvergleiche zur Variable Arbeitszufriedenheit durchgeführt. Für die Gruppierung wurden die einzelnen Variablen der Erwartungen binär umcodiert. Die Erfüllung der Erwartung wurde mit 1 für „eher erfüllt" oder „vollständig erfüllt" und mit 0 für „unsicher" und „eher unerfüllt" oder „vollständig unerfüllt" codiert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 zeigt, dass nur die Erfüllung der autonomen Arbeit und der flexiblen Arbeitszeiten einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit hatten, wobei die Arbeitszufriedenheit auf der Skala von 1 bis 10 um 1,907 und 1,663 Punkten respektive zunimmt, wenn diese Erwartungen erfüllt werden. Den höchsten Mittelwert bei den erfüllten Erwartungen erreichten die drei Teilnehmenden, die eine geringere bürokratische Belastung erwarteten und ansahen. Allerdings handelt es sich hierbei um eine recht kleine Stichprobe, davon 2 Psychotherapeut:innen.

Regression zur Arbeitszufriedenheit

Unter Verwendung der Arbeitszufriedenheit als abhängige Variable wurden bei der schrittweisen Regression nur zwei der verwendeten unabhängigen Variablen als signifikant eingestuft. Als nicht signifikant wurden ausgeschlossen:

- die binär codierten Erwartungen zu Einkommen, Bürokratie, Handlungsdruck und Familienfreundlichkeit
- Alter
- Jahre im Job/im ambulanten Bereich

Nur flexible Arbeitszeiten (<0,001) und autonomes Arbeiten (<0,001) hatten einen signifikanten Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit, mit einem Regressionskoeffizienten von 0,483 (T 3,941; SF 0,123) und 0,565 (T 3,699; SF 0,153) respektive.

Das Modell war mit F von 18,722 und einer Signifikanz von <0,001 signifikant. Es ergab ein adjustiertes Bestimmtheitsmaß von 0,228 und ein nicht adjustiertes von 0,241, mit einem Standardfehler von 2,101.

Die Variable flexible Arbeitszeiten hat den größten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, mit einem standardisierten Koeffizienten von 0,325 im Vergleich zu 0,304 für autonomes Arbeiten.

Triebkräfte und Hemmnisse aus dem qualitativen Ansatz

Als erste offene Frage wurde gefragt, was die Ärzteschaft gerne als anfängliche Erwartung ergänzen würde, die Ergebnisse finden sich in Abbildung 2. Mit 42 Antworten haben ca. ein Drittel der befragten Ärzt:innen Erwartungen ergänzt.

31,0% der Ärzt:innen, die hier Angaben gemacht haben, erwähnten neben den bereits abgefragten Erwartungshaltungen an den Beruf, die Erwartungen von Freiheit, Selbstwirksamkeit und auch Flexibilität in der Arztpraxis. Auch die Vergütung und Budgetierung wurden von 19,1% als anfängliche Erwartung ergänzt. Sinnstiftende Tätigkeit sowie Spaß am Beruf, aber auch der Patientenkontakt wurden jeweils mit 14,3% als anfängliche Erwartungs-

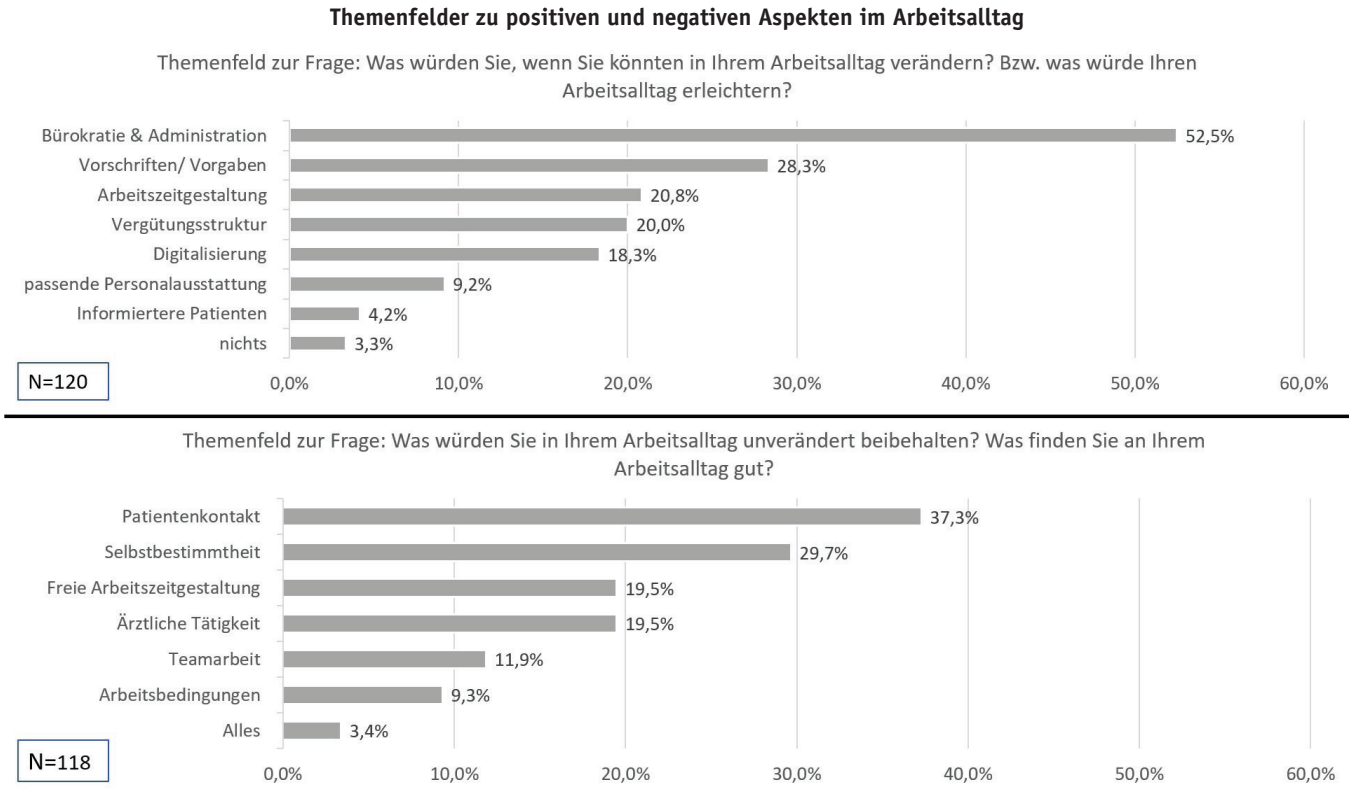


Abb. 3: *Themenfelder zu positiven und negativen Aspekten im Arbeitsalltag.*

haltung kommuniziert. 11,9% fehlte die Erwartung in Bezug auf Vorschriften und Vorgaben. 4,8% hatten zusätzlich eine Erwartung an die Digitalisierung.

Weiterhin wurde die Einstellung zum aktuellen Arbeitsalltag abgefragt und in Abbildung 3 aufbereitet. Dort findet sich die Gegenüberstellung dazu, was die Ärzt:innen an ihrem Arbeitsalltag gerne verändern oder beibehalten würden. Diese Fragen wurden von nahezu allen Teilnehmenden beantwortet.

An ihrem Arbeitsalltag würden gerne mehr als die Hälfte den bürokratischen und administrativen Aufwand (52,5%) verändern. Zudem wünscht sich knapp jeder vierte Teilnehmende (28,3%) bedürfnisgerechtere Vorgaben und Gesetze. Arbeitszeitgestaltung spielt für 20,8% der befragten Ärzteschaft eine wichtige Rolle, aber auch die Vergütungsstruktur (20,0%) und die Digitalisierung (18,3%) wurden häufig erwähnt. Einige wenige Ärzt:innen reden darüber, dass sie gerne informierte Patient:innen hätten (4,2%) und manche wollen die Tätigkeit aufgeben (2,5%).

Die Teilnehmenden beklagen Bürokratie und administrativen Aufwand und „sich ständig ändernde" Vorgaben. Zudem werden der Abrechnungsaufwand und das Abrechnungssystem kritisiert. Es wird der Wunsch nach weniger Vorgaben von der Politik, Kassenärztlichen Vereinigungen und den Medien geäußert. Häufig wird der Wunsch nach weniger und freierer Arbeitszeitgestaltung, geringeren Zeitdruck und mehr Flexibilität im Hinblick auf die Arbeitszeit geäußert. Mit geringerem Arbeitsaufkommen und weniger Arbeitszeit wird eine Entlastung assoziiert.

Im Hinblick auf die Digitalisierung äußern Ärzt:innen den Wunsch nach weniger Zwang, besser erprobten und funktionierenden Lösungen sowie mehr Unterstützung in der Umsetzung und bei der Anpassung an Veränderungen. Gleichzeitig sehen Ärzt:innen die Digitalisierung auch als Hilfestellung an, um ihren Arbeitsalltag zu verbessern. Problematisch wird auch die personelle Situation wahrgenommen.

37,3% schätzen den Patientenkontakt und wollen diesen beibehalten, 29,7% schätzen die mit dem Beruf einhergehende Selbstbestimmtheit. 19,5% finden die freie Arbeitszeitgestaltung attraktiv. Genauso wird die ausgeübte ärztliche Tätigkeit von 19,5% positiv hervorgehoben. Einige wenige Ärzt:innen erwähnen hier zudem die Wertschätzung (2,5%).

Auf die Frage, wieso sich die Personen für eine Anstellung in einem MVZ entschieden haben, wurden sieben Antworten gegeben, daher wird von einer genaueren Betrachtung hier abgesehen.

In Abbildung 4 wird dargestellt, welche Gründe Ärzt:innen für die eigene Praxis anführten. 102 Ärzt:innen hatten hierauf geantwortet.

Bei der Frage, warum sich Personen für die eigene Praxis und gegen eine Anstellung im MVZ entscheiden, wurde am meisten die Selbstbestimmtheit als Grund angeführt (63,7%).

Situative Umstände (37,3%), insbesondere die fehlende Entscheidungsmöglichkeit für ein MVZ, da ein MVZ zum Zeitpunkt der Niederlassung nicht am gewünschten Standort zur Wahl stand, wurden häufiger genannt. Hinzu kommen die angenommene schlechtere Vergütungsstruktur im MVZ (3,9%), die gegebenenfalls eingeschränkte ärztliche Tätigkeit (2,9%) und der Berufsethos (5,9%).

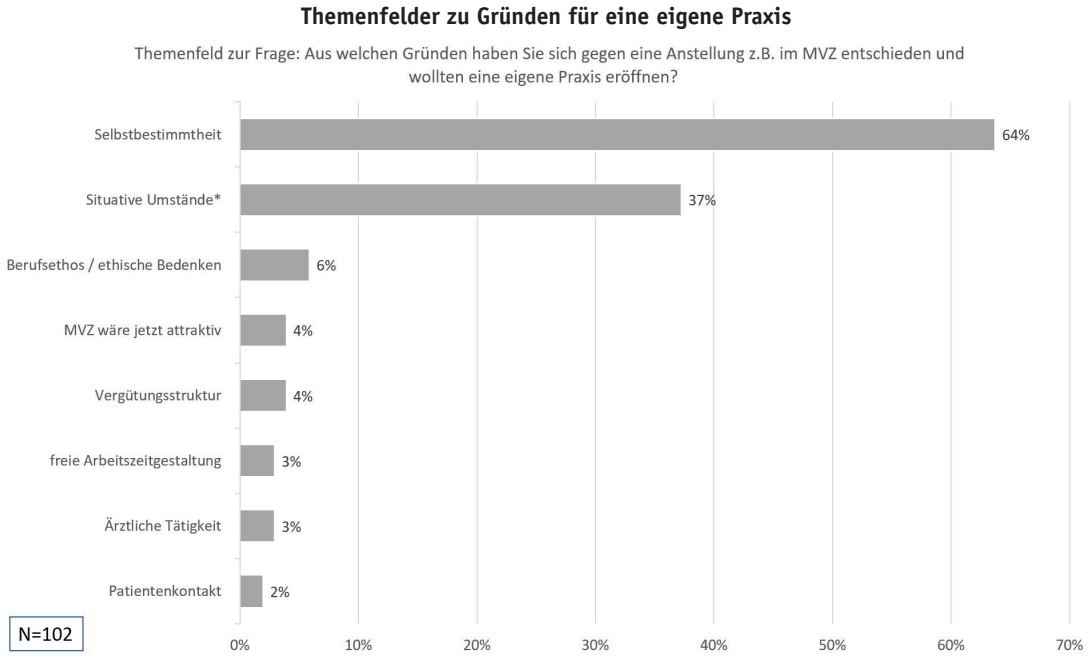


Abb. 1: *Themenfelder zu Gründen für eine eigene Praxis.*

Methodische und inhaltliche Diskussion sowie Stärken und Schwächen

Insgesamt waren die Ärzt:innen in der Niederlassung mit 7,13 von 10 möglichen Punkten eher zufrieden. Bereits 2007 stellte eine Übersichtsarbeit heraus, dass die Arbeitszufriedenheit deutliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat. Insbesondere finanzielle Arrangements, wie restriktiv formulierte Kopfpauschalen, die einen hohen Produktivitätsanreiz und Wirtschaftlichkeitsdruck auf die Ärzt:innen ausübten, wie es in Deutschland der Fall ist, konnten in der Studie mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit in Verbindung gebracht werden Auch wenn diese Arbeit eher den internationalen Kontext betrachtet hat, spiegelt sich der dort prominente Aspekt der Autonomie und Freiheit auch in dieser Untersuchung wider (Gothe et al. 2007).

Flexible Arbeitszeiten und autonomes Arbeiten sind signifikante Faktoren für die Arbeitszufriedenheit in der Arztpraxis. Bemerkenswert ist, dass das Einkommen hier in der Wahrnehmung eine nicht signifikante Rolle spielte.

Aufgrund eines niedrigen Bestimmtheitsmaßes in der quantitativen Analyse ist es offensichtlich, dass in den aus anderen Erhebungen abgeleiteten Kategorien mindestens ein Hauptfaktor für die Arbeitszufriedenheit in den Erwartungshaltungen fehlt. Der qualitative Ansatz gibt einen Einblick in die Haupttreiber der Arbeitszufriedenheit in der Primärversorgung. Dies sind vor allem die sinnstiftende Tätigkeit und das direkte Patientenfeedback. Das besonders hohe Sinnempfinden im Arztberuf wird auch bestätigt durch eine aktuelle Untersuchung von Rehwaldt und Richter 2023 (Rehwaldt/Richter 2023).

Freiheit und der „eigene Chef" zu sein, waren die häufigsten Gründe für die eigene Praxis. Gleichzeitig wird dies durch Bürokratie, administrative Aufgaben, Vorgaben und Vorschriften eingeschränkt.

Rund ein Fünftel beschäftigt sich mit dem Thema Digitalisierung, obwohl dies selten als Verbesserung wahrgenommen wird. Im Gegenteil empfinden viele Ärzt:innen aufgrund von zu wenig Hilfe in der Umsetzung und Einführung sowie dem Zwang zur Digitalisierung diese als zusätzliche Belastung. Gleichzeitig wird eine gute Digitalisierung als vielversprechend angesehen. Dies ist insbesondere dahingehend interessant, da diese Befragung durch den digitalen Charakter eine gewisse Verzerrung zugunsten digital affinerer Ärzt:innen aufweisen sollte.

Die aufgrund der umfassenden Anfragen als niedrig eingeschätzte Rücklaufquote könnte auch mit dem digitalen Charakter dieser Befragung zusammenhängen, die Teile der Zielgruppe ausschließen könnte.

Quantitativ ist der Erklärungsgrad aus den gewählten Variablen für die Arbeitszufriedenheit mit dem Bestimmtheitsmaß von 0,24 als gering anzusehen. Hier gibt der qualitative Anteil der Arbeit einen guten Aufschluss darüber, woher die Ärzt:innen tatsächlich ihre Zufriedenheit in der Niederlassung beziehen.

Bei der qualitativen Auswertung wurde insgesamt eine Reliabilität von 75,8% erreicht. Dieser Wert ist gut, aber nicht sehr gut. Beiden Autoren stammen aus unterschiedlichen methodischen Richtungen, was die Erklärung hierfür sein könnte.

Bei den abgefragten Kategorien zur Erwartungshaltung wären einige Themenfelder nach dieser Recherche zu ergänzen. Auffällig ist, dass trotz der Abfrage über 60% der Ärzt:innen bei den Erwartungen Bürokratie, Finanzierung und Autonomie ergänzen wollten. Dies kann darauf hindeuten, dass ihnen diese Aspekte besonders wichtig waren, aber auch, dass die vorherige Abfrage nicht korrekt mit diesen Punkten assoziiert wurde.

Zu diskutieren sind weiterhin die Extreme in der Befragung. Einige wenige Ärzt:innen wollen die Tätigkeit vorzeitig aufgeben. Es zeigten sich eine ähnliche Menge der Ärzt:innen absolut zufrieden. Beides deutet auf eine zu erwartende Normalverteilung in der Kohorte hin.

Fazit für die Praxis

Die Anreizstrukturen zur Niederlassung sollten überdacht werden. Zu diesem Schluss kam auch eine ähnliche Untersuchung bei Hausärzt:innen. Dort wurde festgestellt, dass die Erfüllung der Erwartungen bei den Rechten und Pflichten als Vertragsärzt:innen vor der Niederlassung falsch eingeschätzt wurden. Dennoch würden

sich in dieser Studie, erhoben 2015 und 2016, noch 97% erneut für die Niederlassung entscheiden (Redaèlli et al. 2020). Dies scheint aber überwiegend in der wahrgenommenen Autonomie und dem Sinnempfinden der ärztlichen Tätigkeit begründet zu sein und nicht an der Arbeitsrealität zu liegen, die vor allem im Bereich der patientenfernen Tätigkeiten sehr kritisch wahrgenommen wird.

Die Digitalisierung kommt bei den Ärzt:innen offenbar nicht besonders gut an. Dies kann insbesondere an der verpflichtenden und mit Sanktionen belegten Einführung liegen, die die Ärzt:innen in ihrer, wie mehrfach bestätigt, wichtigen Autonomie einschränkt. Gleichzeitig bietet sie ein nennenswertes Potenzial, die Arbeitsbedingungen der Ärzt:innen zu verbessern. Hier wäre eine Digitalstrategie wünschenswert, die die Ärzt:innen dort abholt, wo sie stehen, und mehr auf die Bedingungen vor Ort eingeht.

Das Thema der Digitalisierung hat insgesamt in der Diskussion und der Verknüpfung mit Arbeitszufriedenheit zugenommen. Es ist allerdings weiter zu erforschen, wie sich nach der schrittweisen Umsetzung und Implementierung in den Arztpraxen die Wahrnehmung weiter verändert. <<

Literatur

Behmann, M./ Schmiemann, G./ Lingner, H. /Kühne, F. /Hummers-Pradier, E. /Schneider, N. (2012): Job satisfaction among primary care physicians: results of a survey. In: Deutsches Ärzteblatt international 109, 11: 193–200.

Blümel, M./ Spranger, A./ Achstetter, K./ Maresso, A./ Busse, R. (2020): Germany. Health system review. World Health Organization 2020.

Breitenbach, A./ Heinrich, M. (2023): Diskriminierung im deutschen Krankenversicherungssystem: Werden gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe von Fachärzten benachteiligt?

Bundesärztekammer (2020): Ärztestatistik. Bundesgebiet gesamt.

Bundesärztekammer (2022): Ärztestatistik. Bundesgebiet gesamt.

Creadore, A./ Desai, S./ Li, S. J./ Lee, K. J./ Bui, A.-T. N./ Villa-Ruiz, C./ Lo, K./ Zhou, G./ Joyce, C./ Resneck, J. S./ Seiger, K./ Mostaghimi, A. (2021): Insurance Acceptance, Appointment Wait Time, and Dermatologist Access Across Practice Types in the US. In: JAMA dermatology 157, 2: 181–188.

Gibis, B./ Heinz, A./ Jacob, R./ Müller, C.-H. (2012): The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany. In: Deutsches Ärzteblatt international 109, 18: 327–332.

Gothe, H./ Köster, A.-D./ Storz, P. (2007): Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur. In: Deutsches Ärzteblatt 204, 20 (auch online unter https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=55714).

Jorzig, A./ Sarangi, F. (2020): Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ein kompakter Streifzug durch Recht, Technik und Ethik. Berlin / Heidelberg: Springer.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Liddy, C./ Moroz, I./ Affleck, E./ Boulay, E./ Cook, S./ Crowe, L./ Drimer, N./ Ireland, L./ Jarrett, P./ MacDonald, S./ McLellan, D./ Mihan, A./ Miraftab, N./ Nabelsi, V./ Russell, C./ Singer, A./ Keely, E. (2020): How long are Canadians waiting to access specialty care? In: Canadian family physician Medecin de famille canadien 66: 434–444.

Linde, K./ Maria Huber, C./ Barth, N. / Schneider, A. (2021): Wie erleben junge Allgemeinärzt*innen den Übergang in die hausärztliche Praxis? Eine qualitative Studie. In: Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 150-152: 96–102.

Marburger Bund (2017a): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung MB-Monitor 2017.

Marburger Bund (2017b): MB-Monitor 2017. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung (Zusammenfassung).

Marburger Bund (2022a): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung MB Monitor 2022.

Marburger Bund (2022b): MB-Monitor 2022. Ergebnisse der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes.

Meyer, J./ Gjessing, S./ Kristensen, J. K./ Flessa, S. (2022): Attitudes of medical students and junior physicians towards working self-employed in private practice in Northern and Western Europe: a systematic review. In: Journal of Public Health.

Redaèlli, M./ Cizmowski, M./ Vollmar, H. C./ Tamayo, M./ Shukri, A./ Stock, S./ Bödecker, A. W. (2020): Schätzen Entscheider im Gesundheitswesen die Niederlassungssituation falsch ein? In: Deutsche medizinische Wochenschrift 145, 9: e50-e60.

Rehwaldt, R./ Richter, A. (2023): Der Einfluss von Glück bei der Arbeit und Veränderungsbereitschaft auf die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. In: Kreuzenbeck, C./ Schwendemann, H./ Thiede, M. (Hrsg.): Die Herausforderungen der Generation Baby Boomer für das Gesundheitswesen. Berlin: Springer.

Roll, K./ Stargardt, T./ Schreyögg, J. (2012): Einfluss von Versichertenstatus und Einkommen auf die Wartezeit im ambulanten Bereich. In: Monitor Versorgungsforschung 5: 27–30.

Voltmer, E./ Rosta, J./ Siegrist, J./ Aasland, O. G. (2012): Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. In: International archives of occupational and environmental health 85, 7: 819–828

Attractiveness of the doctor's office – results of a mixed-methods survey on expectations and aspects of the current digitalisation policy in Germany

The demographic development in Germany will ensure an increasing demand and a decreasing supply of medical services in the outpatient sector in the next ten years. Attractiveness and expectations with regard to the branch office were surveyed with the help of an online survey in a mixed-methods design. The quantitative analysis included a descriptive presentation of the results and a stepwise multiple linear regression on the dependent variable of job satisfaction. The qualitative analysis was carried out by means of a content-structured qualitative content analysis according to Kuckartz. 121 doctors answered the online questionnaire. The fulfilment of expectations of the Doctor's office in the sum score was just over 50% (mean 15.42/30, SD 4.63). The regression model for job satisfaction was significant (<0.001; R^2 0.241). Job satisfaction increases significantly when expectations of flexible working hours and autonomous working are met. In particular, the bureaucratic effort in the Doctors's office and the perceived pressure to act were misjudged.

Keywords

Medical practice, satisfaction, bureaucracy, digitalisation

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Kreuzenbeck, C., Ratusznik, L.: „Attraktivität der Niederlassung – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Umfrage zu Erwartungen und Aspekten der aktuellen Digitalisierungspolitik", in: „Monitor Versorgungsforschung" (02/24), S. 69–75. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2596

Prof. Dr. rer. medic. Cordula Kreuzenbeck ORCID: 0000-0001-5034-7211

ist Professorin für Gesundheitsökonomie an der IU Internationale Hochschule in Essen. Sie verfügt über zehn Jahre Erfahrung im Krankenhaus – zuletzt in leitender Funktion – und arbeitete in der Versorgungsforschung am Lehrstuhl für Medizinmanagement in Essen. Sie ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie sowie assoziiertes Mitglied im Verein Digital Health Germany und dadurch in viele digitale Projekte im Gesundheitswesen eingebunden. Kontakt: Cordula.Kreuzenbeck@iu.org



Laura Ratusznik BA ORCID: 0009-0000-9205-4804

absolviert ein Masterstudium im Fach Soziologie an der Universität Salzburg. Seit März 2022 ist sie an der IU Internationale Hochschule als Werkstudentin tätig. Durch ihre Tätigkeit an der Universität Salzburg und nun an der IU konnte sie ihr methodisches Wissen anwenden und vertiefen. Hierbei ist die qualitative Forschung ein zentrales Element.
Kontakt: Laura.Ratusznik@iu.org

