

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Universität zu Lübeck

**Subjektive Wahrnehmungen ländlicher Räume als ein Beitrag zur
Entwicklung von Strategien gegen den Hausärztemangel in ländlichen
Regionen**

Eine qualitative Studie mit Studierenden der Humanmedizin und Ärzten in
Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

ESRA (Exploring the Subjective Rural Area) – Studie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des medizinischen Doktorgrades der
Universität zu Lübeck

- Sektion Medizin -

vorgelegt von
Lisa Wilhelmi
aus Neuss

Lübeck, 03.09.2020

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
TABELLENVERZEICHNIS	7
1. EINLEITUNG	9
1.1 FORSCHUNGSTHEMATIK.....	9
1.2 DER LÄNDLICHE RAUM.....	11
1.2.1 Die Debatte um den ländlichen Raum	11
1.2.2 Klassifikationen der EU und Deutschland.....	13
1.2.3 Objektive Merkmale und Herausforderungen ländlicher Räume.....	17
1.2.4 Ländlicher Raum in Deutschland aus der Sicht der Gesundheitsvorsorge	23
1.2.5 Subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume	23
1.2.6 Einflussfaktoren auf die Wohnortwahl	24
1.3 ETABLIERTE STRATEGISCHE ANSÄTZE UND BARRIEREN.....	25
1.4 ZIEL DER STUDIE	28
2. MATERIAL UND METHODIK	29
2.1 QUALITATIVE FORSCHUNG.....	29
2.1.1 Kennzeichen qualitativer Forschungspraxis.....	31
2.1.3 Gütekriterien qualitativer Forschung	33
2.1.4 Nachteile qualitativer Forschung.....	34
2.2 SAMPLING	35
2.2.1 Vorüberlegungen und Auswahl des Samples.....	35
2.2.2 Rekrutierung.....	35
2.3 DAS STUDIENDESIGN	35
2.3.1 Grundlagen qualitativen Denkens und Umsetzung in der Arbeit	36
2.3.2 Die Konstruktion des Leitfadens – eine Verknüpfung von Methoden	37
2.3.3 Formale Charakteristika des Materials	41
2.4 AUSWERTUNG.....	42
2.4.1 Grundlagen der qualitativen Inhaltsanalyse	42
2.4.2 Kategorienbildung.....	43
2.5 ETHIKVOTUM	50
3. ERGEBNISSE	51
3.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	51
3.2 KATEGORIENBILDUNG	51
3.2.1 Determinanten der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume	53
3.2.2 Determinanten für die spätere Wahl des Wohn- und Arbeitsumfeldes	57
3.2.3 Strategien zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Räume	60
4. DISKUSSION	63
4.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE.....	63

4.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	64
4.2.1	Positive Assoziationen versus persönliche Verbindung	65
	<i>Strategie: Verbindung nutzen bzw. schaffen</i>	65
4.2.2	Negative Assoziationen versus Lebensphase.....	68
	<i>Strategie: Lebensphase berücksichtigen</i>	69
4.2.3	Unwissenheit und Vorurteile	70
	<i>Strategie: Vorurteile abbauen</i>	70
4.2.4	Unsicherheit und fehlende „Work-Life-Balance“	71
	<i>Strategie: Sicherheiten schaffen und „Work-Life-Balance“ ermöglichen</i>	72
4.3	LIMITATIONEN	76
4.3.1.	Rekrutierung und Stichprobe	76
4.3.2.	Limitationen der Methodik	77
4.4	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK.....	80
	ZUSAMMENFASSUNG.....	83
	LITERATURVERZEICHNIS	84
	ANHANG	103
	DANKSAGUNG	131
	LEBENS LAUF	133

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄiW	Ärzt_innen in Weiterbildung
API	Allgemeinarzt, praktischer Arzt, Internist (*genderneutral)
BÄK	Bundesärztekammer
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BMI	Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
bmvd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGURBA	Degree of Urbanisation
DLKG	Deutsche Landeskulturgesellschaft
EU	Europäische Union
FG	Fokusgruppen
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschluss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
JADE	Junge Allgemeinmedizin Deutschland
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KWBW	Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg
LAU	Local authority districts
MFT	Medizinischer Fakultätentag
NOSM	Northern Ontario School of Medicine
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RCS	Rural clinical school
RRS	Rural Ranking Scale
StBA	Statistisches Bundesamt
UN	United Nations
VändG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VStG	Versorgungsstrukturgesetz

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abbildung 1: NUTS-Klassifikation des EU-Wirtschaftsraums. (Quelle: Eurostat. Zugang: 14.10.2017)
- Abbildung 2: Vier im Konflikt stehende Raumkonzepte. (Quelle: Eurostat. Zugang 08.10.2017)
- Abbildung 3: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2009 (Quelle: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, Geometrische Grundlage: Gemeinden, 31.12.2009)
- Abbildung 4: Mittlere Baulandpreise für individuelle Bebauung (Quelle: Gutachterausschlussdaten der Erhebung des AK OGA 2007-20016 © BBSR Bonn 2018)
- Abbildung 5: Demographisch bedingter Handlungsbedarf im Bereich der Infrastrukturversorgung (BBSR 2012. Datenbasis: Laufende Raumentwicklung des BBSR; BBSR-Bevölkerungsprognose 2005-2030/bbw; Geometrische Grundlage BKG; BBSR-Mittelbereiche, 31.12.2009)
- Abbildung 6: Die Vorliebe für ein Fach ändert sich im Laufe der Ausbildung. (Quelle: bmvd Berufsmonitor Medizinstudierende 2018, abgerufen am 29.05.2019)
- Abbildung 7: Konstruktion des Forschungsprozesses (eigene Darstellung nach Steinke 1999)
- Abbildung 8: Schematischer Aufbau der Fokusgruppen (eigene Darstellung).
- Abbildung 9: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell. Eigene Darstellung nach Mayring, P. 2010 (Qualitative Inhaltsanalyse) S. 60
- Abbildung 10: Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung. Eigene Darstellung nach Mayring, P. 2010 (Qualitative Inhaltsanalyse) S. 84
- Abbildung 11: Praxis-Einkommen (in Brutto) aus der Patienten-Versorgung aus Gehaltsreport 2018: Die finanzielle Situation von Ärzten in Deutschland - Claudia Gottschling | 24. April 2018 (abgerufen am 03.02.2019)

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Bundesrepublik Deutschland: Klassifizierung nach Regions- und Kreistypen (Quelle: OECD-Prüfbericht zur Politik ländlicher Räume 2007, S. 35)
Tabelle 2:	Rechnerische Entwicklung der Kaufpreise für unbebaute Grundstücke für Eigenheimbebauung (Quelle: Gutachterausschlussdaten der Erhebung des AK OGA 2007-20016 © BBSR Bonn 2017)
Tabelle 3:	Gegenüberstellung der Merkmale quantitativer und qualitativer Forschung (Wirtz und Petrucci 2007)
Tabelle 4:	Zusammenfassende Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse, 1. Beispiel
Tabelle 5:	Zusammenfassende Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse, 2. Beispiel
Tabelle 6:	Soziodemographische Daten der Stichprobe
Tabelle 7:	Beispielhafte Darstellung des Kategoriensystems aus dem Kodierleitfaden

1. EINLEITUNG

1.1 FORSCHUNGSTHEMATIK

Im deutschen Gesundheitswesen steigt in den letzten Jahren zunehmend der Bedarf an Ärzt_innen in bestimmten Fachgebieten und Regionen (Kopetsch 2010; Bodenheimer und Pham 2010; Günterberg 2011; Burkhart, Ostwald und Ehrhard 2012). Während in der medizinischen Versorgung in Deutschland so viele Ärzt_innen praktizieren, wie nie zuvor (Bunderärztekammer 2018), zeigen sich deutliche Unterschiede in der Verteilung. In der Vergangenheit war die hausärztliche Gesundheitsversorgung in dieser Hinsicht am stärksten betroffen: Während der Anteil der Spezialisten zwischen 1991 und 2012 von 39,9% auf 54,1% stieg, sank der Anteil der Generalisten von 60,1% auf 45,9% (Gerlach et al 2014). Neben der zunehmenden Überalterung der deutschen Ärzteschaft und vor allem der Hausärzt_innen im ambulanten Bereich, ging auch die Zahl an jüngeren Nachfolgern immer weiter zurück. Es wurde geschätzt, dass bis zum Jahr 2025 bis zu 20.000 zusätzliche Hausärzt_innen benötigt werden, um eine umfassende wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherzustellen (Burkhart, Ostwald und Ehrhard 2012). Dies würde bedeuten, dass mindestens ein Viertel der heutigen Medizinstudierenden sich für dieses Feld entscheiden müssten. Zwar zeigten die Studierenden in Deutschland in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse an der Allgemeinmedizin (Jacob, Kopp und Fellingner 2018), jedoch betrachtet weiterhin etwas weniger als ein Zehntel sie als ihre eindeutig bevorzugte medizinische Fachrichtung (Heinz und Jacob 2012; Gibis et al. 2012; Bartels et al. 2016; Jacob, Kopp und Fellingner 2018). Tatsächlich beginnen nur rund 10% der Absolventen_innen sich auf Allgemeinmedizin zu spezialisieren (van den Bussche et al. 2012). Gründe, die junge Ärzt_innen in Weiterbildung zum Fachärzt_in für Allgemeinmedizin (im Verlauf ÄiW) dabei demotivierten eine Karriere als solcher aufzunehmen, waren vornehmlich kurzfristige Arbeitsverträge und häufige Rotationen sowie ein fehlendes Curriculum (Schmidt 2008; Korzilius 2008). Neben der bis heute unzureichenden Menge an Absolventen_innen der Allgemeinmedizin, entscheiden sich darüber hinaus auch nur wenige ÄiW in ländlichen Gebieten zu praktizieren (Niehus et al. 2007; Gibis et al. 2012; Scheidt et al. 2015). Die ländlichen Regionen trifft es infolgedessen in der ambulanten Versorgung am stärksten. Ältere Hausärzt_innen gehen in Rente und finden keine Nachfolge (Flach 2012). Die wegfallenden Kapazitäten müssen von den verbleibenden Praxen kompensiert werden, was zu wachsenden Wartezeiten und steigendem Organisationsaufwand führt (Kopetsch 2014). Auch wenn

im internationalen Vergleich der Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland weiterhin gut ist (Finkenstädt 2017), wächst dennoch die Sorge, eine angemessene Gesundheitsversorgung gemäß der ambulanten Bedarfsplanung in ländlichen Regionen bald nicht mehr aufrecht erhalten zu können (OECD 2015; Barten und Gerlinger 2016). Bisher wurden viele Strategien entwickelt, um diesem absehbaren Bedarf entgegenzuwirken (Kocks et al. 2005; Hahne 2009; Natanzon et al. 2010; Steinhäuser et al. 2011; Steinhäuser et al. 2013; Flum et al. 2016). Bereits implementierte Ansätze sind bspw. die 2016 in Kraft getretene Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin gemäß § 75a SGB V, welche neben der Neuregelung finanzieller Zuschüsse auch die Einrichtung von Koordinierungsstellen etablierte. Darüber hinaus wurden zunehmend Beratungsleistungen eingerichtet und Kooperationen und Netzwerke, wie die *Verbundweiterbildung^{plus}* gegründet (Steinhäuser und Chenot 2013; Kuhn et al. 2017). Zukünftige Strategien sollten jedoch stärker auf ländliche Regionen ausgerichtet sein, die aus verschiedenen Gründen für Ärzte, die dort zu arbeiten gedenken, weniger attraktiv sind (McGrail et al. 2017). Ein bisher unterschätzter Aspekt ist dabei die subjektive Wahrnehmung vom ländlichen Raum und warum diese die Entscheidung beeinflussen könnte, dort leben und/ oder arbeiten zu wollen.

Seit Jahrzehnten werden unterschiedliche Bemühungen zur Definitionsfindung ländlicher Räume durchgeführt (Hoggart 1988; Mormont 1990; Halfacree 1993; Rousseau 1995). Es erwies sich allerdings als schwierig, eine allgemein gültige Definition ländlicher Räume zu finden (Maier 2008), da es nicht nur den *einen* ländlichen Raum gibt, sondern verschiedenste Regionen einbezogen werden, die eine ganz unterschiedliche wirtschaftliche und soziale Entwicklung aufweisen. Dazu zählen sowohl Bereiche mit einer starken Verbindung zu Städten und ihrer Infrastruktur, als auch periphere Gemeinden ohne diese (BMVBS/BBSR 2009). Die United Nations (UN) hält sogar fest, dass aufgrund der weltweit unterschiedlichen Eigenschaften von städtischen und ländlichen Gebieten die Erarbeitung einer globalen Definition nicht möglich sei (Dijkstra und Poelman 2014).

Der Begriff *ländlich* umfasst objektive Kriterien, wie besondere Landschaften, demographische Strukturen und Siedlungsweisen, niedrige Bevölkerungsdichte, Landwirtschaft sowie soziokulturelle Umstände (Hart, Larson und Lishner 2005). Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklungen (OECD) definiert beispielsweise eine Region ab einer Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohnern pro Quadratkilometer als ländlich (OECD 2007). Doch wird Ländlichkeit inzwischen mehr

auch als ein subjektiv erlebtes, soziales Konstrukt verstanden und weniger als etwas Objektivierbares oder Materielles (Balestrieri 2016). Ob eine Region als ländlich betrachtet wird, ist demnach vor allem eine subjektive Interpretation (Bourke et al. 2013; Steinhäuser et al. 2011). Daher sollten weniger die zur Definition des ländlichen Raums verwendeten Daten, als vielmehr der subjektiv erlebte Eindruck von Ländlichkeit bei Strategien gegen den Hausärztemangel in diesen Regionen berücksichtigt werden (Bourke et al. 2013). Weiterhin deutet die bisherige Forschung darauf hin, dass die eigene Herkunft, eine gewisse Erfahrung oder eine anders geartete Verbindung mit ländlichen Gebieten wichtige Kriterien für die Entscheidung sind, sich dort niederlassen zu wollen (Feijten, Hooimeijer und Mulder 2008; Stagg, Greenhill und Worley 2009; Henry, Edwards und Crotty 2009; Serneels et al. 2010).

In der vorliegenden Arbeit wurde daher zunächst der ländliche Raum thematisiert, die Debatte über die Klassifizierung des solchen ausgeführt sowie objektive und subjektive Merkmale herausgearbeitet. Im Anschluss wurden Einflussfaktoren auf die spätere Wohnortwahl sowie bereits etablierte strategische Ansätze betrachtet.

1.2 DER LÄNDLICHE RAUM

1.2.1 Die Debatte um den ländlichen Raum

Die Klassifizierung in urbane und ländliche Gebiete sind zwei zentrale Konzepte, die von einer Vielzahl von politischen Entscheidungsträgern, Forschern, nationalen Verwaltungen und internationalen Organisationen wie der OECD, den Vereinten Nationen und der Europäischen Union (EU) verwendet werden. Diese beiden Ausdrücke sind für die meisten Menschen leicht verständlich, doch mangelt es auf internationaler Ebene an einer einheitlichen Definition (Dijkstra und Poelman 2014). Bereits 1979 erklärte Moseley „es gibt keinen eindeutigen Weg ländliche Räume zu definieren“ (Moseley 1979). Dies stoppte in den darauffolgenden Jahren jedoch nicht die Versuche einer Charakterisierung und das Streben nach einem weiterführenden Verständnis von Ländlichkeit (Cloke 1977; Hoggart 1988; Halfacree 1993; Murdoch und Pratt 1993).

Die ersten Versuche konzentrierten sich darauf, Ländlichkeit anhand einer Reihe von beschreibenden Merkmalen mittels sogenannter *Ländlichkeit-Indices* zu definieren. Diese versuchten weniger bestimmte Gebietsgrößen, sondern vornehmlich die Vielfalt

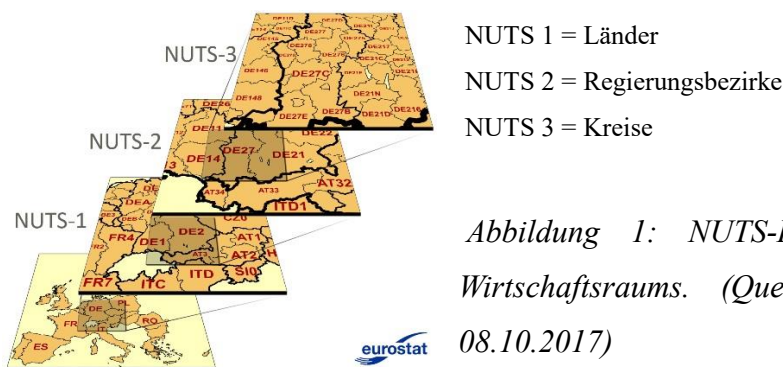
ländlicher Umgebungen zu messen, indem sie sich an einem Spektrum von städtischen und ländlichen Extremen entlang bewegten (Harrington und O'Donoghue 1998). Ein bekanntes, auf diesem Konzept aufbauendes Beispiel war Cloke's *Index of rurality for England and Wales* (Cloke 1977). In dem Bestreben, einen möglichst umfangreichen Überblick über die Merkmale ländlicher Räume zu erhalten, verwendete er insgesamt 16 Variablen, die er aus Volkszählungsdaten von 1971 erarbeitete: Dazu zählten unter anderem die Populationsdichte, berufliche Strukturen, Migration oder die Distanz zum nächsten Stadtzentrum. Jahre später aktualisierte Cloke mit Hilfe von Edwards (Cloke und Edwards 1986) den ersten Index mit Volkszählungsdaten aus dem Jahr 1981. Dadurch wurde es zum ersten Mal ermöglicht, räumliche *und* zeitliche Veränderungen in den ländlichen Gebieten über einen Zeitraum von 10 Jahren auf einer einheitlichen Grundlage zu bewerten. Hierdurch konnte eine neue Klassifikation ländlicher Räume in sogenannte nicht-städtische *Local Authority Districts (LADs)* entwickelt werden. Diese wiesen vier Kategorien von *extrem ländlich*, über *intermediär ländlich*, *intermediär nicht-ländlich* und *extrem nicht-ländlich* auf und finden bis heute, in aktualisierter Form, in England und Wales Verwendung (Office for National Statistics 2018). Das ursprüngliche Ziel war dabei nicht eine „*innovative Aussage von Ländlichkeit zu bieten*“, sondern vielmehr „*eine knappe Darstellung der Stadt-Land-Differentiale*“ zur Verfügung zu stellen (Cloke und Edwards 1986).

Ein wesentlicher Kritikpunkt an solch deskriptiven Methoden, den schon Halfacree 1993 formulierte, war, dass sie Ländlichkeit nur beschreiben, aber nicht selbst zu definieren vermögen (Halfacree 1993). Auch Cloke und Edwards mussten einräumen, dass der Gebrauch von *Ländlichkeits-Indices* bestimmte methodische Limitationen aufwies, gerade weil die verwendeten Variablen subjektiv aus den Volkszählungsdaten gewählt wurden. Somit sei das „Ausmaß und die Struktur der entwickelten ländlichen Typologie durch die gegebenen Rohdaten vorbestimmt“ (Harrington und O'Donoghue 1998). Obwohl ländlich und städtisch allgemein verwendete Begriffe sind, erfolgt die Zuteilung der Kriterien zur Einteilung eines Ortes in die eine oder andere Kategorie individuell. Um einen Vergleich zwischen verschiedenen Gebieten zu ermöglichen sind eindeutigere Definitionen von Nöten. Anstatt zu fragen, was Ländlichkeit ist, sollte die ausschlaggebende Frage sein, wie Ländlichkeit von den Mitwirkenden sozial konstruiert wird (Rousseau 1995). Damit bekam die Debatte, wie Ländlichkeit zu verstehen sei, eine neue Blickrichtung: „*Das Ländliche ist als subjektives und sozial konstruiertes Phänomen zu sehen, welches sich im menschlichen Verstand entwickelt und nicht als*

etwas Materielles oder Objektives zu begreifen ist“ (Mormont 1990; Halfacree 1993). Räume sind soziale Konstrukte und werden unterschiedlich wahrgenommen. Die Vielfalt der Wahrnehmungen desselben Raumes ist dabei auf die Vielfalt sozialer Identitäten zurückzuführen, bestimmt durch Geschlecht, Alter, sozioökonomischen Status, ethnische Zugehörigkeit und vieles mehr (Kaspar und Bühler 2006).

1.2.2 Klassifikationen der EU und Deutschland

Zum internationalen, statistischen Vergleich der EU-Mitgliedsstaaten wird der EU-Wirtschaftsraum in sogenannte NUTS 1-3 (Nomenclature des unités territoriales statistiques = Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik) aufgeteilt. Sie dienen als Basis zur Erfassung, Entwicklung und Harmonisierung regionalstatistischer Daten der EU sowie zur Erstellung sozioökonomischer Analysen der Regionen (Eurostat 2018b)



Um den Bedarf an lokalen Statistiken zu erfüllen, hat Eurostat darüber hinaus ein System lokaler Verwaltungseinheiten (local administrative unit = LAU2) eingerichtet. Diese LAU2 sind die Bausteine der NUTS und umfassen die Gemeinden und Kommunen der EU (Eurostat 2018a). Unter Verwendung dieser rein geographischen Rohdaten, welche zyklisch aktualisiert werden, fanden in Europa insgesamt vier Raumkonzepte für den Versuch einer Einteilung in städtische und ländliche Räume Verwendung: Die „Urban-Rural-Typologie“ ländlicher Gebiete nach der *OECD-Methodik*, der *ursprüngliche Urbanisierungsgrad* und seine Aufteilung in *dünn* und *dicht besiedelte Gebiete* und die sogenannte „Urban Audit City“ (siehe Abbildung 2). Die *OECD-Methodik* bezeichnete einen Raum dabei als ländlich, wenn er weniger als 150 Einwohner pro km² aufwies (OECD 2007). Der *ursprüngliche Urbanisierungsgrad* von 1991 betrachtete als Hauptkriterium ebenfalls die Bevölkerungsdichte einer von der EU vergebenen LAU2 und nicht ihre (sehr unterschiedlichen) Flächengrößen.

Urban-Rural Typology	Degree of urbanisation	Urban Audit
Rural LAU2	≠ Thinly populated	
	Intermediate density	
	Densely populated ≠	Cities

Abbildung 2: Vier im Konflikt stehende Raumkonzepte. (Quelle: Eurostat. Zugang 08.10.2017)

Dies bedeutete im Umkehrschluss, dass eine LAU2 nur groß genug sein musste, um als ländlich eingestuft zu werden. Insgesamt deckten sich die Einteilungen der unterschiedlichen Raumkonzepte untereinander jedoch nicht, sodass im Jahr 2011 mit dem *neuen Urbanisierungsgrad (DEGURBA)* zur Klassifizierung städtischer und ländlicher Räume eine Methodik vorgestellt wurde, welche eine größere Vergleichbarkeit und Harmonisierung von Räumen der EU erzielen sollte. Dieser klassifizierte dabei die LAU2 auf der Grundlage des Anteils der in städtischen Clustern und Zentren lebenden Bevölkerung. (Dijkstra und Poelman 2014). Dabei basiert die Klassifizierung auf der Bevölkerungsdichte von 1 km² großen Gitternetzfeldern: Jedes Netzfeld mit einer Bevölkerungsdichte von mindestens 300 Personen/km² wird als potenziell urban behandelt. Damit hat sie eine höhere Schwelle im Vergleich zum OECD-Wert von 150/km². Diese als potenziell urban eingestuften Felder werden in Gruppen zusammengefasst und wenn ihre Gesamtbevölkerung mindestens 5.000 Einwohner erreicht, werden sie alle als städtisch behandelt. Alle nicht als städtisch eingestuften Gitterfelder gelten als ländlich (Goss 2013). Diese rein für statistische Zwecke verwendete Einteilung der EU in städtische und ländliche LAU2 weist jedoch Limitationen auf. Beispielsweise besteht darüber hinaus keine Möglichkeit für die Einschätzung individueller raumstruktureller Potenziale und Defizite einzelner Länder (Greif 2004). In Deutschland existiert daher eine eigene Klassifikation. Bereits im Jahr 2005 typisierte das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) die Gebiete der Bundesrepublik. Neben der Bevölkerungsdichte bediente man sich dafür auch der Kernindikatoren Erreichbarkeit und Zentralität. Die entstandenen drei Grundtypen waren der *Zentralraum*, *Zwischenraum* und *Peripherraum*, welche durch die Einbeziehung von Dichtestufen weiter differenziert wurden (BBR 2005). Auch wenn man bei dieser Typisierung auf den Begriff “ländlicher Raum“ verzichtet hat, so ist er dennoch im *Peripherraum* inkludiert (DLKG 2006). Die Relevanz ländlicher Räume

wird deutlicher, wenn man die siedlungsstrukturellen Gebietstypen betrachtet: Diese umfassen *Agglomerationsräume*, *verstädterte Räume* und *ländliche Räume*. Aus ihnen lassen sich wiederum im kleineren Maßstab die siedlungsstrukturellen Kreistypen ableiten (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 3).

Regionsgrundtyp	Kreistyp	Einwohnerdichte
Agglomerationen	• Kernstädte	• > 100.000 Einwohnern
	• Hochverdichtete Kreise	• Einwohnerdichte von > 300 /km ²
	• Verdichtete Kreise	• Einwohnerdichte von > 150/km ²
	• Ländliche Kreise in Agglomerationen	• Einwohnerdichte <150/km²
Verstädterte Räume	• Kernstädte	• > 100.000 Einwohnern
	• Hochverdichtete Kreise	• Einwohnerdichte von > 300 /km ²
	• Verdichtete Kreise	• Einwohnerdichte von > 150/km ²
	• Ländliche Kreise in verstärkten Räumen	• Einwohnerdichte <150/km²
Ländliche und periphere Räume	• Ländliche Kreise höherer Dichte	• Einwohnerdichte <150/km²
	• Ländliche Kreise geringerer Dichte	• Einwohnerdichte <100/km²

Tabelle 1: Bundesrepublik Deutschland: Klassifizierung nach Regions- und Kreistypen (Quelle: OECD-Prüfbericht zur Politik ländlicher Räume 2007, S. 35)

Auf den ländlichen Raum entfallen nach dieser Einteilung immerhin 59% der Bundesfläche und knapp ein Viertel der Bevölkerung (BMVBS/BBSR 2009). Ungefähr die Hälfte der Landbevölkerung lebt in ländlichen Kreisen, die sich in der Nähe von Agglomerations- oder verstärkten Räumen befinden und Möglichkeiten für stärkere Verflechtungen zwischen Stadt und Land bieten. 45% der Landbevölkerung entfallen de facto auf Kreise, in denen mindestens 50% der Gemeinden höchstens 30 Autominuten entfernt von einem Ortszentrum (= der nächstgelegenen als urban eingestuften Stadt) liegen. Dieser hohe Grad der Erreichbarkeit ist der polyzentrischen, von zahlreichen städtischen Zentren geprägten Siedlungsstruktur zuzuschreiben, die durch die deutsche Raumpolitik gefördert wird (OECD 2007). Auf Basis der siedlungsstrukturellen Gebietstypen befassen sich aktuelle Definitionsansätze vor allem mit der Kategorisierung von unterschiedlichen Typen ländlicher Räume, ihrem Wandel und der Einschätzung ihrer Potenziale (Franzen et al 2008). Hiermit lassen sich die folgenden vier Typen differenzieren:

1. *Ländliche Räume in der Nähe von Agglomerationsräumen und großräumigen Verkehrsachsen* sind besonders attraktiv zum Wohnen, haben eine verhältnismäßig hohe Einwohnerdichte und eine gute Wirtschaftslage.
2. *Attraktive ländliche Räume für den Tourismus* haben landschaftliche Anreize und besitzen Arbeitsmöglichkeiten für die dort lebende Bevölkerung.
3. *Ländliche Räume mit günstigen Produktionsbedingungen für die Landwirtschaft*, bspw. mit einer engen Lage zu Absatzmärkten für Landwirtschaftserzeugnisse.
4. *Gering verdichtete ländliche Räume mit wirtschaftlicher Entwicklungsdynamik* und
5. *Strukturschwache periphere ländliche Räume*. Letztere Kategorie hat am meisten mit den Problemen des demografischen Wandels zu kämpfen und bedarf besonderer Aufmerksamkeit (DLKG 2006; Maier 2008).

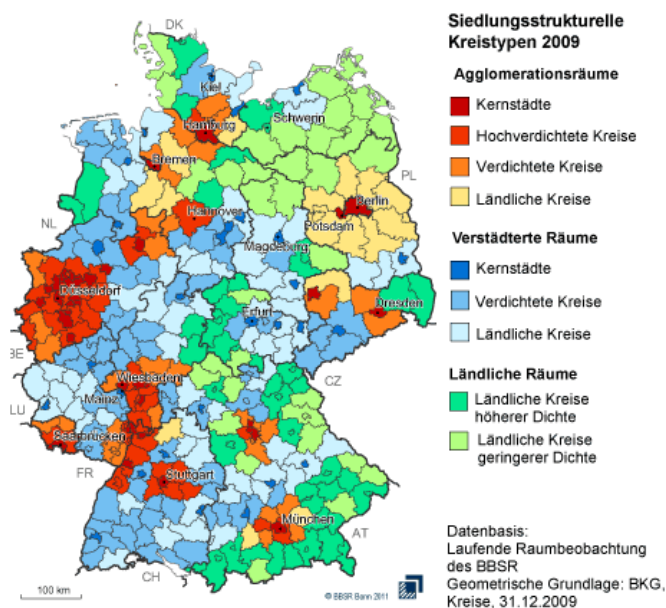


Abbildung 3: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2009 (Quelle: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, Geometrische Grundlage: Gemeinden, 31.12.2009)

Diese Einteilung dient dem interregionalen Vergleich und berücksichtigt, dass die Lebensbedingungen in den Kreisen und ihre Entwicklung stark von der Struktur der jeweiligen Regionstypen abhängen (BMVBS/BBSR 2009). Mit der Betrachtung seiner Multifunktionalität - sei es die Wohn-, Wirtschafts- und Arbeitsplatzfunktion, der Tourismus oder die Ressourcenbereitstellung – wird schnell klar, dass es eine Vielfalt an unterschiedlichen ländlichen Räumen gibt und man nicht mehr von einer einheitlichen Raumkategorie sprechen kann (BBR 2005).

1.2.3 Objektive Merkmale und Herausforderungen ländlicher Räume

Auf der einen Seite weisen ländliche Räume gegenüber den Verdichtungsräumen spezifische Stärken auf: Dazu zählen unter anderem sogenannte weiche Standortfaktoren, wie etwa gesündere Lebensbedingungen, das Image der noch relativ intakten und lebendigen Dorfgemeinschaft oder der höhere, naturbezogene Freizeitwert. Weitere Vorteile sind harte Faktoren, wie bspw. niedrigere Bodenpreise und Mieten (Maier 2008). Insgesamt hat sich in Deutschland das Preisniveau von unbebauten Grundstücken für eine individuelle Bebauung (Einfamilienhäuser etc.) in den vergangenen Jahren etappenweise erhöht. In den Großstädten stieg der Bodenpreis um 33 % – von gut 250 Euro 2011 auf knapp 350 Euro je m² 2016 (Waltersbacher 2017). Am oberen Ende steht dabei München. Hier kostet ein Quadratmeter in mittlerer Lage – das heißt mit Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten und Grünflächen – aktuell etwa 1.750 €. In Hildburghausen in Thüringen sind es dagegen nur 21 € (Aktuelle Grundstückspreise in Deutschland 2019). Tabelle 2 und Abbildung 4 zeigen den Vergleich der Baulandpreise und die Entwicklung der Kaufpreise zwischen städtischen und ländlichen Kreisen.

	Grundstücks- fläche	Bodenrichtwerte		Rechn. Kaufpreis Grundstück		Veränderung Kaufpreis	
		2011	2016	2011	2016	Prozentual	Absolut
Kreisfreie Großstädte	572	257	343	147.000	196.000	33,3%	49.000
darunter teure	556	329	466	183.000	259.000	41,5%	76.000
Städtische Kreise	639	132	156	84.000	100.000	19,0%	16.000
Ländliche Kreise	749	64	78	48.000	58.000	20,8%	10.000
Insgesamt	683	129	164	88.000	112.000	27,3%	24.000

Tabelle 2: Rechnerische Entwicklung der Kaufpreise für unbebaute Grundstücke für Eigenheimbebauung (Quelle: Gutachterausschlussdaten der Erhebung des AK OGA 2007-20016 © BBSR Bonn 2017)

Auf der anderen Seite stehen die als problematisch anzusehenden Merkmale ländlicher Räume. Dazu zählen bspw. eine niedrige Bevölkerungsdichte, selektive Abwanderungstendenzen, geringeres Einkommen schwere Erreichbarkeit und das Fehlen agglomerativer Vorteile (Steiner 2003; BBR 2005).

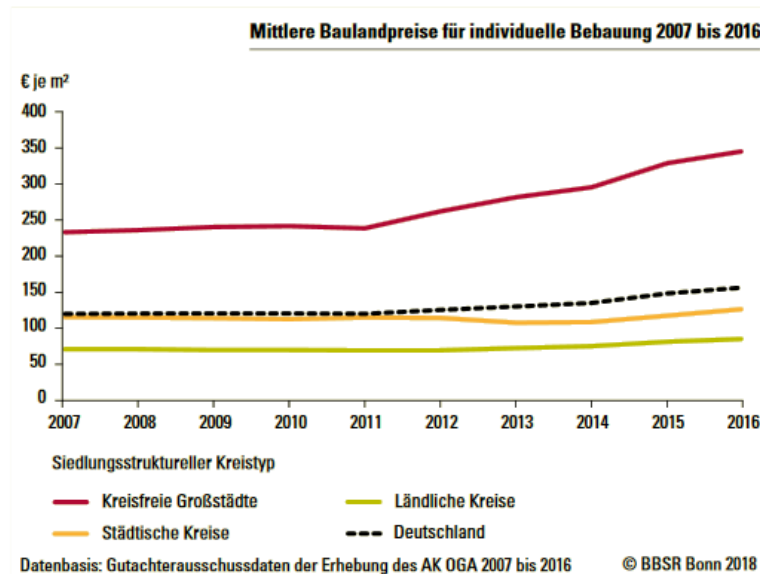


Abbildung 4: Mittlere Baulandpreise für individuelle Bebauung (Quelle: Gutachterausschlussdaten der Erhebung des AK OGA 2007-20016 © BBSR Bonn 2018)

Demographischer Wandel

Es gibt drei Einflussfaktoren auf die Zusammensetzung der Bevölkerung: Zum einen spielen natürliche Bevölkerungsveränderungen eine Rolle. Sie werden bestimmt durch die Fertilität (Geburtenrate), Mortalität (Sterberate) und räumliche Veränderungen der Menschen durch Migration (Zu- und Abwanderung) sowie regionale Wanderungsbewegungen, insbesondere durch eine stärkere Konzentration der Bevölkerung in den Ballungszentren und Städten (BMI 2017). In Deutschland ist der demografische Wandel dadurch gekennzeichnet, dass seit Anfang der 1970er-Jahre die Geburtenrate niedriger ist als die Sterberate, weshalb die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung sinken würde. Dazu kommt die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung, welche bei zurückgehender Geburtenrate unweigerlich zu einem größeren Anteil der älteren Bevölkerung im Vergleich zum Anteil der jüngeren führt (Kühn 2017). Auch wenn sich in den vergangenen Jahren durch eine positive Entwicklung bei der Geburtenrate und eine verstärkte Zuwanderung nach Deutschland die demografische Ausgangslage kurz- und mittelfristig etwas stabilisiert hat (BMI 2017), wird die Bevölkerungszahl längerfristig tendenziell weiter sinken (BMFSFJ 2019). Der Bevölkerungsrückgang ist dabei regional äußerst unterschiedlich, was zu sozioökonomischen Differenzen führt (Krajasits 2013). Vor allem ländliche Räume mit wirtschaftlichen Problemen, wie bspw. die ländlich-peripheren Regionen in Ostdeutschland sind vom demographischen Wandel betroffen (Thrun 2003). Neben den

niedrigen Geburtenraten verstärken auch selektive Wanderungen die Umverteilung: Gerade junge Menschen wandern aus strukturschwachen Regionen zu Ausbildungs- und Erwerbszwecken ab und nur selten zurück oder neu hinzu. Zum anderen schlägt sich die Alterung der Bevölkerung in ländlichen Räumen nieder und wird neben der Abwanderung Jüngerer, insbesondere in landschaftlich attraktiven Regionen, durch Zuzüge von sogenannten Ruhestandswanderern verstärkt. Im Ergebnis liegt der Anteil der Senioren und Hochbetagten in vielen ländlichen Regionen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Kocks 2003; BMEL 2016). Die Antworten auf den demografischen Wandel, wie Angebotsreduzierungen und Schließungen privater Unternehmen, gehen mit einem erheblichen Imageverlust für die Kommunen und somit weiteren Abwanderungen, abnehmender Nachfrage und einer sinkenden Steuerkraft einher (Kocks et al. 2005). Dies verbaut den Menschen ihre Entwicklungschancen und droht in zahlreichen Regionen eine Abwärtsspirale in Gang zu setzen, die sich nur schwer wieder stoppen lässt. „*Daseinsvorsorge braucht einen ganzheitlichen d.h. sektoral und räumlich übergreifenden Ansatz*“ (BMVBS/BBSR 2009). Die unterschiedlichen Entwicklungstendenzen bringen daher individuelle raumbezogene Problemstellungen mit sich (Flach 2012). Besondere Anforderungen stellen sich an die Infrastruktur, sowie die medizinische Versorgung ländlicher Regionen (Kocks et al. 2005).

Infrastruktur

Infrastruktur umfasst alle staatlichen und privaten Einrichtungen, die für eine ausreichende Daseinsvorsorge und wirtschaftliche Entwicklung als erforderlich gelten und wird unterteilt in technische Infrastruktur (bspw. Einrichtungen der Verkehrs- und Nachrichtenübermittlung, der Energie- und Wasserversorgung sowie der Entsorgung) sowie soziale Infrastruktur (u.a. Schulen, Krankenhäuser, Sport- und Freizeitanlagen, Einkaufsstätten sowie kulturelle Einrichtungen) (Polzin et al. 2016). Ein Problem der Daseinsvorsorge besteht darin, dass die Kosten für Infrastrukturleistungen, wie bspw. Wasser, Strom, Straßen und schnelles Internet auf dem Land insgesamt höher sind als in dichter besiedelten, städtischen Gebieten (Gurr-Hirsch 2008). Das Modellvorhaben „*Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen*“ (BMVI 2018b) zielt auf die Entwicklung von Konzepten zur zukunftsfähigen Versorgung und bedarfsgerechten Mobilität in stark vom demografischen Wandel betroffenen ländlichen Regionen. Bestandteil ist hier die Entwicklung von Kooperationsraumkonzepten mit Erschaffung von Versorgungszentren zur Bündelung von Infrastruktureinrichtungen an

räumlich möglichst günstigen Standorten. Damit soll „die wirtschaftliche Tragfähigkeit von Versorgungseinrichtungen gestärkt und die Erreichbarkeit durch die Erstellung eines bedarfsgerechten und flexiblen Mobilitätskonzepts in Abstimmung mit dem Regionalnahverkehrsplan langfristig gesichert werden“ (BMVI 2018b). Projektideen umfassen bspw. die Einrichtung barrierefreier Rad- und Busstationen, die zentrale Koordinierung von Krankenhaustransporten als Teil des öffentlichen Nahverkehrs, sowie den Aufbau eines Dorfzentrums mit Dorfladen, in dem neben Gütern des täglichen Bedarfs auch Dienstleistungen angeboten werden (BMEL 2016). Darüber hinaus steht auch das Thema Digitalisierung seit Jahren auf der politischen Agenda. Die aktuelle Bundesregierung ruft in Ihrem Koalitionsvertrag zwar den flächendeckenden Ausbau mit Gigabit-Netzen bis 2025 aus, aber schon die flächendeckende Versorgung mit Breitbandanschlüssen im niedrigen Megabit-Bereich ist heute noch nicht möglich (BMVI 2018a). Besonders in den ländlichen Regionen sind viele Gemeinden noch immer abgehängt. So liegt die Breitbandverfügbarkeit dort für Bandbreiten von über 30 Mbit/s durchschnittlich bei 55,1 %. Von mehr als 50 Mbit/s profitiert nur rund ein Drittel der ländlichen Gemeinden (Skala 2018). Mit ihrem Ausbau kann es gelingen, Standortnachteile zu beseitigen und damit in diesem Bereich Chancengleichheit herzustellen (Mödlhammer et al. 2008).

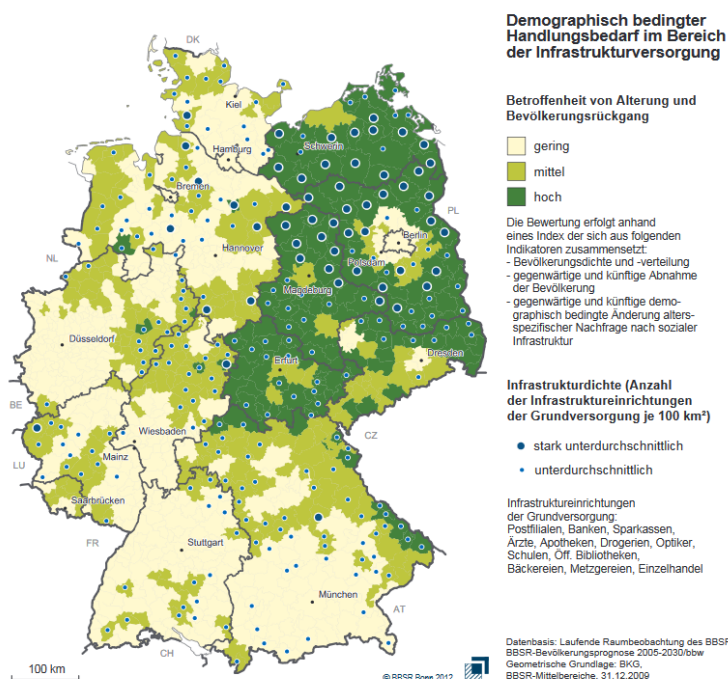


Abbildung 5: Demographisch bedingter Handlungsbedarf im Bereich der Infrastrukturversorgung (BBSR 2012. Datenbasis: Laufende Raumentwicklung des BBSR; BBSR-Bevölkerungsprognose 2005-2030/bbw; Geometrische Grundlage BKG; BBSR-Mittelbereiche, 31.12.2009)

Medizinische Versorgung

Das Ziel der ambulanten Bedarfsplanung soll nach dem Willen des Gesetzgebers die „Sicherstellung eines gleichmäßigen wohnortnahen Zugangs zur ambulanten Versorgung“ sein (GKV-Spitzenverband 2013). Um die Tätigkeit von neuen Vertragsärzt_innen dem regionalen Bedarf anzupassen, traten 1993 erstmals Richtlinien zur Bedarfsplanung in Kraft, die eine Begrenzung bzw. Steuerung der Niederlassung zum Ziel hatten (Gerlach et al 2014). Daraus folgt die Aufgabe, eine angemessene Kapazität und regionale Verteilung der benötigten Ärzt_innen zu bestimmen (Sundmacher et al 2018). Der Hausarzt/ die Hausärztin dient in Deutschland in der Regel als erste Anlaufstelle für ambulante Behandlungen (Miani et al. 2015, S. 12). Insgesamt machen Hausärzt_innen in der Gesamtheit aller in der vertragsärztlichen Versorgung erfassten Arztgruppen im Jahr 2017 37,15 % aus (BÄK 2018). Im Sinne der Bedarfsplanung werden Hausärzt_innen daher kleinflächiger und Spezialist_innen großflächiger eingeplant (KBV 2018d). Trotz gültiger Richtlinien existiert eine ausgeprägte räumliche Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten sowohl in der hausärztlichen als auch in der gebietsärztlichen Versorgung, welche sich vorwiegend zwischen ländlichen und urbanen Regionen findet (Schmidt 2008; Miani et al. 2015; Barthen und Gerlinger 2016). Ein wesentlicher Grund hierfür besteht in der (Re-)Urbanisierung, welche sich auch beim ärztlichen Nachwuchs beobachten lässt: Lebensräume großer und mittelgroßer Städte werden dabei als attraktiver empfunden (Gibis et al. 2012).

Darüber hinaus ist der Ärztemangel ein seit mehreren Jahren diskutiertes Thema in Deutschland (Niehus et al. 2007). Zwar ist die Gesamtzahl aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt_innen laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) seit 2008 um 14 % gestiegen. Jedoch war der Anteil der Hausärzt_innen dabei im Vergleich mit anderen Fachrichtungen mit 1,5 % nur gering (KBV 2018a und 2018c). Zwischen den Jahren 2014 und 2030 rechnet die KBV mit einer Abnahme der praktizierenden Hausärzt_innen von insgesamt 10.567 (KBV 2016). Dem gegenüber stehen Prognosen, dass bis 2025 etwa 20.000 neue Hausärzt_innen benötigt werden, um den durch den demografischen Wandel bedingten Versorgungsbedürfnissen gerecht zu werden (Burkhart, Ostwald und Ehrhard 2012; BÄK 2015a). Dies würde bedeuten, dass mindestens ein Viertel der Medizinstudierenden sich für dieses Feld entscheiden müssten (Heinz und Jacob 2012). Zwei wesentliche Faktoren wurden bisher als Ursache für das Missverhältnis der ambulanten hausärztlichen Versorgung gesehen: Ersten rücken nicht

genug junge Allgemeinmediziner nach (Kopetsch 2010; BÄK 2015b). Ein Grund dafür scheint zu sein, dass für die Mehrheit der Medizinstudierenden eine Laufbahn als Hausarzt_Hausärztin nicht die erste Wahl ist. „Insbesondere das Abgeschnittensein von der Universität oder einer hochschulähnlichen Institution wird als große Hürde gesehen“ (Richter-Kuhlmann 2016). Nach den Ergebnissen einer 2015 in Deutschland durchgeführten Studie gaben weniger als 10% der Studierenden das Fachgebiet Allgemeinmedizin als persönliche erste Wahl an (Deutsch et al. 2015; Hendrik Van Den Bussche et al. 2016). Das Interesse an der Allgemeinmedizin steigt indes, je weiter die medizinische Ausbildung voranschreitet. Gerade die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie geregelte Arbeitszeiten stehen für viele Studierende am Ende des Studiums an erster Stelle. Darüber hinaus hat auch die hausärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren zunehmend an Attraktivität gewonnen, ergab die Umfrage „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ (Jacob, Kopp und Feller 2018). Ferner entscheiden sich gerade junge Ärzte gegen eine Niederlassung in ländlichen Regionen (Niehus et al. 2007), die aus verschiedenen Gründen als weniger attraktiv erachtet werden (McGrail et al. 2017).

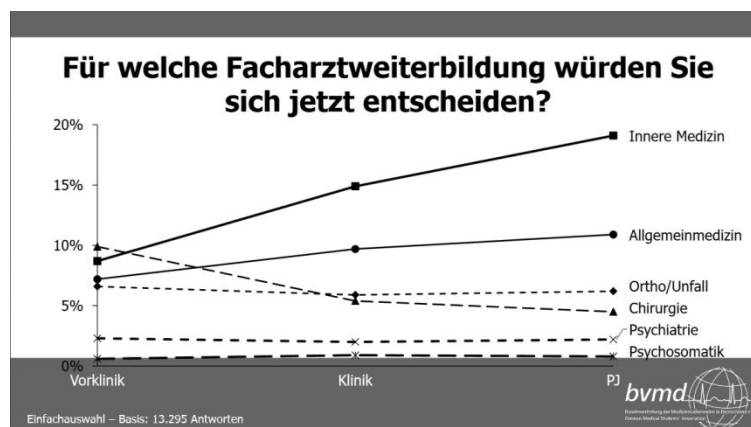


Abbildung 6: Die Vorliebe für ein Fach ändert sich im Laufe der Ausbildung. (Quelle: bvmd Berufsmonitor Medizinstudierende 2018 (abgerufen am 29.05.2019))

Zweiter Faktor ist die Überalterung der deutschen Ärzteschaft. Das Durchschnittsalter der Ärzt_innen ist in den vergangenen zehn Jahren von rund 51,6 (2008) auf 54,1 (2017) Jahre gestiegen. Insbesondere bei den Hausärzt_innen ist der Anteil der über 60-Jährigen besonders hoch (34,1 %) (KBV 2018b). Die in Ruhestand gehenden Hausärzt_innen finden aus den oben genannten Gründen häufig keine Nachfolge (Flach 2012), was für die verbleibenden Praxen eine erhöhte Patientendichte bedeutet und im Umkehrschluss zu längeren Wartezeiten und einem erhöhten Organisationsaufwand führt (Kopetsch 2014).

1.2.4 Ländlicher Raum in Deutschland aus der Sicht der Gesundheitsvorsorge

Aus Sicht der Gesundheitsvorsorge ist die Definition der ländlichen Gebiete nach Populationsdichte nicht aussagekräftig, da nicht angegeben wird, ob sich eine Praxis in einem unversorgten Gebiet befindet (Bourke et al. 2004; Steinhäuser et al. 2011). Auf Basis des neuseeländischen Rural Ranking Scale (RRS) wurde 2014 eine Studie durchgeführt, die einen geeigneten Maßstab auf deutsche Gebiete anzuwenden versuchte (Steinhäuser et al. 2014). Der RRS wurde ursprünglich in Neuseeland entwickelt, um Hausärzt_innen, die in ländlich-peripheren Gebieten tätig waren, einen Bonus zu zahlen – dabei wurden Hausärzt_innen, die einen bestimmten Schwellwert erlangten, als ländlich tätig eingestuft (Janes, Dowell und Cormack 2001). Die sechs auf Deutschland adaptieren Punkte des RRS (mRRS-G) waren: „Reisezeit zum nächsten großen Krankenhaus“, „Bereitschaftsdienste“, „Fahrzeit zum nächstgelegenen Hausarzt/ zur nächstgelegenen Hausärztin“, „Fahrzeit zu weit entfernten Praxisgrenzen“, „Fahrzeit zu regulären Randkliniken“ sowie die Frage "Erhalten Sie im Notfall innerhalb von 15 Minuten ein Backup von einem Rettungsdienst?". Hierbei zeigte sich, dass es in Deutschland nur wenige als ländlich einzustufende Gebiete im Sinne der Gesundheitsversorgung gibt. Die meisten Gebiete, die in den herkömmlichen Definitionen als ländliche Region definiert werden wiesen in Deutschland einen höheren Schwellenwert auf und waren damit im ursprünglichen Sinn nicht als ländlich zu werten (Steinhäuser et al. 2014).

1.2.5 Subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume

Ländlichkeit hat verschiedene Bedeutungen für verschiedene Gruppen von Menschen (Rye 2006). Dabei sind die Ansichten häufig durch eigene Erfahrungen geprägt. Jemand aus der Stadt hat wahrscheinlich eine andere Wahrnehmung, von dem, was „ländlich“ bedeutet, als jemand, der in einer kleinen landwirtschaftlichen Gemeinschaft aufgewachsen ist (Rousseau 1995). „Natur oder Natürlichkeit“ scheint allerdings als hervorstechendstes Merkmal der Ländlichkeit angesehen zu werden: Das Leben auf dem Land wird als „natürlicher“ angesehen als das Stadtleben. Diese Qualität ländlicher Räume wird in der Regel als positiv bewertet und oft als Hauptvorteil wahrgenommen (Orderud 2003). Daneben werden dem ländlichen Raum vor allem seine besonderen sozialen Eigenschaften als charakteristisch zugeschrieben (Willits und Luloff 1995; Balestrieri 2016). Es gäbe dort engere soziale Verbindungen - jeder kennt jeden und sorgt sich um jeden. Es herrsche ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und Zusammenarbeit.

Darüber hinaus wird er mit dem Attribut „Ruhe“ charakterisiert (Rye 2006). Schon Halfacree beschrieb den ländlichen Raum 1993 wie folgt: *„Der ländliche Raum wird als eine weniger stressige Lebensweise beschrieben, wo Menschen eher den Jahreszeiten folgen, als der Börse, wo sie mehr Zeit füreinander haben und in einer echteren Gemeinschaft leben, in der Menschen einen Platz und eine authentische Rolle haben“* (Halfacree 1993). Zusammengefasst können diese Aspekte des ländlichen Lebens in der Idee der "ländlichen Idylle" („rural idyll“) zusammengefasst werden - die Konzeption des ländlichen Raumes als Ort des guten Lebens (Jones 1995).

Die Kehrseite des ländlichen Lebens wird subjektiv in der Rückständigkeit ländlicher Regionen gesehen. Diese wurde in der Literatur schon als „ländliche Schwerfälligkeit“ („rural dull“) oder auch „ländlicher Schrecken“ („rural horror“) bezeichnet (Bell 1997; Rye 2006; Halfacree 2007). Beschriebene Aspekte sind unter anderem die Eintönigkeit, das Fehlen bspw. kultureller Angebote oder Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und das Image, nicht modern zu sein. Diese werden vornehmlich von jungen Menschen als belastend empfunden. "Jeder kennt jeden" und die dadurch empfundene, soziale Kontrolle wird dabei häufiger als negatives Merkmal der lokalen Gemeinschaft aufgefasst (Haugen and Villa 2005). Zusätzlich sind wenige Unterhaltungsmöglichkeiten, andere kulturelle Aktivitäten und im Allgemeinen eine begrenzte Anzahl von öffentlichen und privaten Diensten, häufige Beschwerden unter den ländlichen Jugendlichen, die in der Literatur berichtet werden. Dabei zeigt sich, dass die "Ruhe" und „Abgeschiedenheit“, die Erwachsene in der ländlichen Idylle schätzen, für Teenager eher langweilig ist (Rye 2006).

1.2.6 Einflussfaktoren auf die Wohnortwahl

Insgesamt hängt die Attraktivität eines Raumes als Wohnstandort von verschiedenen ökonomischen, ökologischen und sozialen Faktoren ab. Dazu zählen vor allem Kriterien wie Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen oder Bildungseinrichtungen, die Anbindung an verschiedene Infrastrukturen, das Vorhandensein von Betreuungs- und Freizeitangeboten, die landschaftliche Lage sowie die Qualität und Vielfältigkeit der Sozialkontakte (Bauer 2012; Albert et al. 2015; Gossen und Scholl 2017). Innerhalb der Bevölkerung sind dabei besonders zwei Altersgruppen nennenswert, welche sensibel auf das Vorhandensein bzw. auf die Abwesenheit dieser Faktoren reagiert (Kühn 2012; Hochstetter 2013): Die Gruppe der 18 bis unter 25-Jährigen zeigt einen stabilen Trend in Richtung Großstädte, welcher proportional mit den Studienanfängern zusammenhängt

(Kühn 2012). Dies weist darauf hin, dass der wichtigste Zuwanderungsgrund bei dieser Altersgruppe der Umzug zum Hochschulstandort ist. Erst in der nächsten Gruppe der 25 bis 30-Jährigen schneidet das Umland der Großstädte besser ab. Auch Familien folgen weiterhin dem Muster der Suburbanisierung; hier lässt sich ein über die Zeit stabiler Trend zum Umzug vom Zentrum ins zugehörige Umland einer Stadt beobachten (Hochstetter 2013). Gerade jüngere Erwachsene stehen vor vielen bedeutenden Entscheidungen, welche ihr weiteres Leben mit vorbestimmen: So wird in diesen Lebensjahren gewöhnlich die Ablösung vom Elternhaus vollzogen, erste feste Partnerschaften eingegangen oder eine Familie gegründet. Jeder dieser entwicklungspsychologischen Einschnitte kann einen direkten Einfluss auf die Wohnstandortwahl der einzelnen Personen haben (Feijten, Hooimeijer und Mulder 2008; Stagg, Greenhill und Worley 2009; Bauer 2012).

1.3 ETABLIERTE STRATEGISCHE ANSÄTZE UND BARRIEREN

In den vergangenen Jahren wurden bereits viele Projekte zur Bekämpfung des Ärztemangels in ländlichen Regionen von Ärzteschaft und Politik angestoßen (Bodenheimer und Pham 2010; Steinhäuser et al. 2011; Bauer 2012; Steinhäuser et al. 2012; Kuhn et al. 2017). Insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um Allgemeinärzt_innen, entgegen dem ausgeprägten Trend zur Urbanisierung, in die ländlichen Regionen zu bringen. Die Vorhaben reichen von personal- und standortsichernden Maßnahmen über neue Formen der Zusammenarbeit, der Vernetzung und Koordination bis zu Projekten zur Verbesserung der Mobilität durch Patientenbusse und mobile Arztpraxen (BÄK 2015a). Mit weiteren Maßnahmen, wie dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), wurde außerdem versucht, den hausärztlichen Fachbereich aufzuwerten und attraktiver zu gestalten (Niehus et al. 2007; Berner 2014). Dieses beinhaltete unter anderem die Möglichkeiten in Zweigpraxen zu arbeiten, die Teilzeitarbeit von Vertragsärzt_innen und eine Berufsausübung über die reguläre Altersgrenze von 68 Jahren hinaus in unterversorgten Gebieten (Gerlach et al 2014). Daraufhin folgte die Aufhebung der sogenannten Residenzpflicht mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) vom 22. Dezember 2011, welche auch als „*Landarztgesetz*“ bezeichnet wurde (Bundesgesetzblatt 2011).

Um finanzielle Anreize für eine Tätigkeit als Allgemeinärzt_in zu verbessern, wurde die bereits 1999 erstmal in Kraft getretene „*Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin*“ 2010 neu aufgelegt. Vereinbarung war zum einen die Erhöhung finanzieller Zuschüsse sowie eine Förderung bei Übernahme einer Praxis (Staeck 2013). Es zeigte sich allerdings, dass rein wirtschaftliche Anreize allein nicht ausreichen, um die erforderliche Anzahl an Allgemeinärzt_innen zu gewinnen (BÄK 2015a). Für viele Studierende entstehen Bedenken schon viel früher: In Deutschland erzeugten in den vergangenen Jahren dabei neben den neuesten Entwicklungen des Gesundheitssystems auch die fehlenden Strukturen in ländlichen Regionen (bspw. in der medizinischen Infrastruktur) und das Fehlen geeigneter Lernziele in der Weiterbildung Unzufriedenheit (Schmidt 2008; Joos et al. 2011; Steinhäuser et al. 2013). Dass die Qualität der medizinischen Weiterbildung in Deutschland insbesondere im internationalen Vergleich Mängel aufweist, zeigte eine Studie aus dem Jahr 2017: Sowohl die praktischen als auch die theoretischen Komponenten der medizinischen Weiterbildung seien dabei unzulänglich, da ein Curriculum mit genauen Lernzielen und Beschreibungen des entsprechenden Bildungsrahmens fehlt. „*In der Tat ist der Akt des Lernens identisch mit der täglichen klinischen Arbeit. Es gibt keine Strukturierung des Arbeitsprozesses in Bezug auf das Lernen*“; Bspw. sind Dokumentationsverfahren und Feedbackgespräche vorgeschrieben, werden jedoch weitgehend weggelassen. „*Evidenzbasierte Medizin ist weder ein systematischer Bestandteil der Ausbildung noch die Bewertung des Fortschritts der ÄiW*“ (van den Bussche, Krause-Solberg, Scherer und Ziegler 2017).

In den vergangenen Jahren haben sich in Deutschland zu diesem Zweck Weiterbildungsverbünde gegründet. Sie organisieren die „Weiterbildung aus einer Hand“ und vernetzen ambulante und stationäre Weiterbildungsstätten. Vorreiter war Baden-Württemberg. Die dortigen allgemeinmedizinischen Universitätsstandorte haben die *Verbundweiterbildung^{plus}* ins Leben gerufen (Hibbeler 2010). Sie beinhalten unter anderem Seminartage, die Bereitsstellung von Mentoren und sog. Train-the-Trainer-Kurse (Hoffmann, Flum und Steinhäuser 2016; Ledig et al. 2016). Die Weiterbildungsinhalte der Seminartage entsprechen dabei dem sogenannten „*Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin*“. Dieses Curriculum soll den Ärzte-Nachwuchs in seiner Entwicklung unterstützen und während der gesamten Ausbildungszeit als „*roter Faden dienen, um sich frühzeitig auf die relevanten allgemeinmedizinischen Aktivitäten zu konzentrieren*“ (Steinhäuser et al. 2013). Sie

bieten außerdem die Möglichkeit, die wichtigsten Themen des Praxismanagements (bspw. Abrechnung, Personalrecht und Existenzgründung) während der Weiterbildungszeit anzusprechen (Elisabeth Flum et al. 2016).

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 wurde die Förderung der Weiterbildung als Paragraf 75a in das SGB V aufgenommen und um zusätzliche Aspekte erweitert (KVB 2019). Sie beinhaltet nun unter anderem die Schaffung von Koordinierungsstellen und Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz, welche insgesamt auch *Kompetenzzentren* genannten werden. Sie sollen der Weiterbildung zusätzlich Struktur geben und den Austausch zwischen angehenden Hausärzt_innen intensivieren (Schnack 2019). 2017 wurde darüber hinaus der sog. „*Masterplan Medizinstudium 2020*“ beschlossen. Er umfasst neben einer veränderten Studienstruktur und neuen Ausbildungsinhalten auch die Verbesserung von Fertigkeiten, wie das Erkennen alltäglicher Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis. Zudem sollten soziale Kompetenzen stärker gewichtet und eine *Landarztquote* eingeführt werden (BMBF 2017).

Eine weitere Barriere gegen die Entscheidung als ländlich tätiger Allgemeinarzt/ ländlich tätige Allgemeinärztin arbeiten zu wollen, stellt die Erwartungshaltung von Studierenden gegenüber der Arbeit in ländlichen Gebieten dar: Zwar sehen viele die Arbeit aufgrund einer verstärkten Arzt-Patienten-Beziehung über Generationen, ein familienfreundliches Umfeld und teils besserer finanzieller Erträge positiv (Löffler et al. 2014; Flum et al. 2016). Demgegenüber steht jedoch vor allem die Sorge vor ungünstigeren Arbeitsbedingungen und –Zeiten und einer dadurch fehlenden „Work-life-Balance“ (Gerlach et al. 2014).

Darüber hinaus werden spätere Lebenseinstellungen entscheidend von den bisherigen Erfahrungen geprägt: Dies meint, dass sich das Bild des zukünftigen Lebensumfeldes an dem orientiert, was vertraut ist. „*Wer zumindest teilweise auf dem Land sozialisiert wurde, kann sich eher eine spätere Tätigkeit auf dem Land vorstellen, als derjenige, der sein bisheriges Leben in Städten verbracht hat*“ (Niehus et al. 2007). Wenn Wurzeln und persönliche Erfahrungen mit dem ländlichen Leben bestehen, verbessern diese die Bindung an einen „Ort“ und begünstigen die Chancen der Rückmigration - bspw. von zuvor fürs Studium weggezogenen Studierenden (van Dam und Elbersen 2002; Feijten, Hooimeijer und Mulder 2008). Strategien, die während der Studienzeit den Kontakt zu ländlichen Gesundheitsdiensten erzeugen oder sich auf Bewerber_innen mit ländlichem Hintergrund konzentrieren sind daher schlüssig (Henry, Edwards und Crotty 2009). Die

Planung der öffentlichen Daseinsvorsorge verlangt jedoch nach neuen Ideen und Lösungen, die zum Teil bekannte Maßstäbe und Standards bewusst verändern (Kocks et al. 2005). Der subjektiv erlebte Eindruck ländlicher Räume muss bei neuen, maßgeschneiderten Strategien gegen den Ärztemangel berücksichtigt werden (Bourke et al. 2013). Als maßgeschneiderte Strategien werden im Allgemeinen Interventionen bezeichnet, die auf zuvor identifizierte Determinanten gerichtet sind. Das bedeutet, dass es Strategien zur Verbesserung eines Problems sind, welche prospektiv ermittelte Barrieren berücksichtigen (Baker et al. 2015).

1.4 ZIEL DER STUDIE

Das Ziel der vorliegenden Studie war es Hypothesen zu generieren, welche Aspekte Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung von ländlichen Räumen und Ländlichkeit haben. Diese Hypothesen bilden eine Grundlage mit deren Hilfe in Zukunft maßgeschneiderte Strategien für die Aufrechterhaltung wohnortnaher, medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen, entwickelt werden können. Sie werden im Folgenden dargestellt und in Bezug zu den bereits etablierten Strategien hin diskutiert.

2. MATERIAL UND METHODIK

2.1 QUALITATIVE FORSCHUNG

Ziel der qualitativen Forschung ist es, die Wirklichkeit anhand der subjektiven Wahrnehmung der Subjekte (Gesprächspartner) abzubilden und so mögliche Ursachen für deren Verhalten nachzuvollziehen bzw. ein Verhalten zu verstehen (Wolf und Priebe 2003). Neben den klassischen Grundlagenfächern, wie bspw. Soziologie oder Psychologie, findet sie immer mehr Anwendung in angewandten Fächern, wie Gesundheitswissenschaft und Medizin. Die Bezeichnung qualitative Forschung ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Forschungsansätze. Sie unterscheiden sich in ihren theoretischen Annahmen, in ihrem Gegenstandsverständnis und methodischen Fokus (Flick, von Kardorff und Steinke 2013). Ihnen gemein ist es, dass durch Untersuchungen eines Forschungsgegenstandes Hypothesen generiert werden sollen. Vorteilhaft ist diese Art der Herangehensweisen vor allem in Bereichen, in denen noch wenig Wissen zu einem Forschungsgegenstand vorhanden ist (Lamnek und Krell 2016). Die qualitative Forschung ist in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig offener und dadurch „näher dran“ als andere Forschungsstrategien. Der Forschungsprozess ist dabei flexibler, als bei quantitativen Verfahren: Das heißt, dass eine kontinuierliche Anpassung des methodischen Vorgehens an den Untersuchungsgegenstand möglich ist. Diese Offenheit ermöglicht eine stetige Herausarbeitung neuer Sachverhalte bezüglich der ursprünglichen Fragestellung (Flick, von Kardorff und Steinke 2013). Die qualitative Sozialforschung ist somit durch ein induktives und zirkuläres, d.h. sich auch wiederholendes Vorgehen gekennzeichnet (Witt 2001). Veranschaulicht wird dies in Abbildung 7.

Die Grundlagen qualitativen Denkens gründen auf den fünf Postulaten nach Philipp Mayring und umfassen: 1) die Forderung nach stärkerer *Subjektbezogenheit* der Forschung, 2) die Betonung der *Deskription* und 3) der *Interpretation* der Forschungssubjekte, 4) die Forderung, die Subjekte auch in ihrer natürlichen, *alltäglichen Umgebung* (statt im Labor) zu untersuchen, und schließlich 5) die Auffassung von der *Generalisierung* der Ergebnisse als Verallgemeinerungsprozess (Mayring 2002) (siehe 2.3.1).

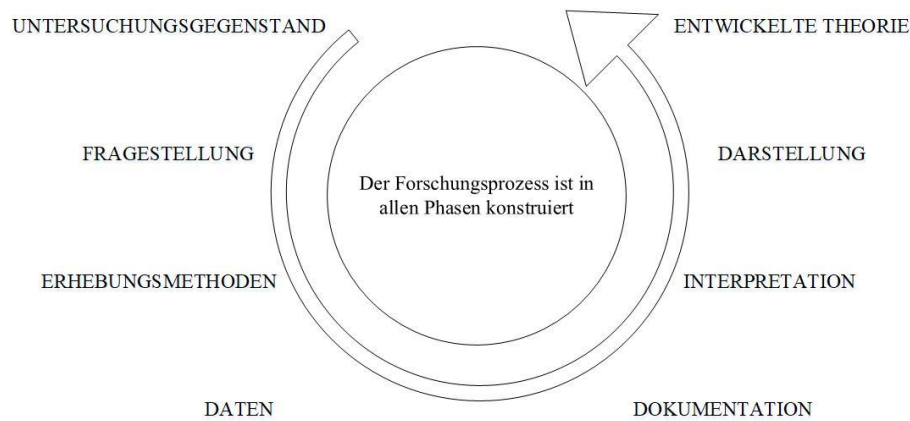


Abbildung 7: Konstruktion des Forschungsprozesses (eigene Darstellung nach Steinke 1999)

Statt einer großen Fallzahl zeichnet sich die qualitative Forschung somit durch eine stärkere Subjektbezogenheit aus, d.h. der Hauptuntersuchungsgegenstand ist immer das menschliche Subjekt. Dabei nutzt die qualitative Forschung den direkten Zugang zu den betroffenen Subjekten (bspw. über persönliche Interviews) in alltäglicher Umgebung, um Verzerrungen der Ergebnisse durch zu starre theoretische Vorannahmen und standardisierte Untersuchungsinstrumente zu vermeiden (Röbken und Wetzel 2016). Eine weitere Besonderheit liegt in der Datenauswertung, die typischerweise interpretativ erfolgt. Die Annahme ist, dass die Forschungsgegenstände (in dieser Studie bspw. der ländliche Raum) von vornherein mit subjektiven Wahrnehmungen belegt sind, wodurch sich für verschiedene Akteure immer wieder andere Bedeutungen ergeben können (Mayring 2002). Die Auswahl der Studienteilnehmenden wird vom Forscher danach getroffen, dass diese das Wissen, um den Forschungsgegenstand erweitern sollen. Gleichzeitig ist die „Introspektion des Forschers“, d.h. das Zulassen eigener subjektiver (Vor-)Erfahrungen mit dem Forschungsgegenstand, als ein wesentliches Erkenntnismittel der qualitativen Forschung zu sehen (Mayring 2002). Während der Analyse werden Kontextfaktoren, wie Kommunikationszusammenhänge mit in die Interpretation einbezogen. Insgesamt wird durch dieses Vorgehen ein tiefergehender Informationsgewinn generiert (Witt 2001). Basis für die Interpretation bilden dabei vornehmlich nicht numerische Daten, wie bspw. Texte.

2.1.1 Kennzeichen qualitativer Forschungspraxis

Im Folgenden werden noch einmal die zwölf Kennzeichen der qualitativen Forschungspraxis zusammengefasst (aus: Flick, von Kardorff, and Steinke 2013 S. 24):

1. **Methodisches Spektrum statt Einheitsmethode:** Es stehen eine Reihe von Methoden zur Verfügung, aus denen je nach Fragestellung und Forschungsansatz ausgewählt werden kann.
2. **Gegenstandsangemessenheit von Methoden:** Die gewählten Methoden richten sich nach der Fragestellung und nicht umgekehrt.
3. **Orientierung am Alltagsgeschehen:** Die Datenerhebung orientiert sich am alltäglichen Kontext und/oder am Alltagswissen des Befragten.
4. **Kontextualität als Leitgedanke:** Die Aussagen der Interviewpartner stehen im Kontext der Äußerung, Befragungs-/ Lebenssituation und werden in diesem Kontext analysiert.
5. **Perspektiven der Beteiligten:** Unterschiedliche Interviewpartner haben unterschiedliche Perspektiven auf ein Problem.
6. **Reflexivität des Forschers:** Einfluss des Forschers auf das Feld, den Gegenstand und die Befragten wird als ein wesentlicher Teil der Erkenntnis und nicht als eine zu kontrollierende bzw. auszuschaltende Störquelle verstanden.
7. **Verstehen als Erkenntnisprinzip:** Es wird nach Motiven und Sinnzusammenhängen und nicht nach Kausalzusammenhängen gesucht.
8. **Prinzip der Offenheit:** Offener Forschungsverlauf um Fragen modifizieren und Forschungsverlauf anpassen zu können.
9. **Fallanalyse als Ausgangspunkt:** Zunächst Analyse oder Rekonstruktion von (Einzel-) Fällen und gehen erst im zweiten Schritt dazu über, diese Fälle vergleichend und verallgemeinernd zusammenzufassen oder gegenüberzustellen.
10. **Konstruktion der Wirklichkeit als Grundlage:** Die Weltsicht der Befragten gilt als Konstruktion erster Ordnung auf denen wissenschaftliche Konstruktion aufbauen.
11. **Qualitative Forschung als Textwissenschaft:** Trotz der zunehmenden Bedeutung visueller Datenquellen (wie Fotos oder Filme) handelt es sich bei den erhobenen Daten überwiegend um Texte (etwa transkribierte Interviews) und ist für eine Mehrzahl der Interpretationsverfahren die Arbeitsgrundlage.
12. **Entdeckung und Theoriebildung als Ziel:** Qualitative Forschung ist eine entdeckende Wissenschaft. Theorien werden nicht an Empirie überprüft, Empirie führt zur Entwicklung von Theorien.

2.1.2 Verhältnis zu quantitativer Forschung

Im Gegensatz dazu besteht ein zentraler Stellenwert der quantitativen Forschung in der Unabhängigkeit des Beobachters vom Forschungsgegenstand. Sie gilt als eher objektbezogen und versucht Erklärungen und Ursache-Wirkungszusammenhänge zu identifizieren (Lamnek und Krell 2016). Sie ist für ihre vergleichend-statistischen Auswertungen auf ein hohes Maß an Standardisierung der Datenerhebung angewiesen (Flick, von Kardorff und Steinke 2013). Ziel ist es Verhalten in Form von Modellen, Zusammenhängen und numerischen Daten möglichst genau zu beschreiben und vorhersagbar zu machen. Dabei fokussiert sich die quantitative empirische Forschung darauf theoriebasiert Daten zu generieren, die den Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) entsprechen sollte. Diese dienen primär der Prüfung der vorangestellten Theorien und Hypothesen. Prinzipiell gilt für die Anwendung quantitativer Methoden, dass bereits genügend Kenntnisse über den Untersuchungsgegenstand vorliegen müssen, um Hypothesen über mögliche Zusammenhänge oder ein theoretisches Modell aufstellen zu können. Weitere typische Besonderheiten beziehen sich z.B. auf das Untersuchungsfeld (Labor versus natürliche Umgebung), die Datenform (numerisch versus textbasiert) oder die Auswertungsmethodik (statistisch versus interpretativ) (Röbken und Wetzel 2016). Die Gegenüberstellung der Merkmale quantitativer und qualitativer Forschung findet sich zusammenfassend in Tabelle 3:

Merkmale quantitativer Forschung	Merkmale qualitativer Forschung
• Systematische, standardisierte Messung von empirischen Sachverhalten • Verfahren zum Testen von Hypothesen • Meistens Untersuchung großer Fallzahlen / Stichproben • Objektive Messung und Quantifizierung von Sachverhalten • Messung zählbarer Eigenschaften • Auswertung durch statistische Instrumente, Überprüfung statistischer Zusammenhänge	• Relativ offenes und flexibles Vorgehen (oft nur ein grober, thematischer Leitfaden) • Dienen häufig der Entwicklung neuer Hypothesen (bspw. auf neuen Forschungsgebieten) • Kleine Zahl von Untersuchungspersonen, dafür tiefergehende Betrachtung und Einzelfallanalysen • Meisten kein Anspruch auf Repräsentativität • Keine statistische Auswertung • Auf das Verstehen von Sinn (etwa von persönlichen Handlungsmotiven, Absichten) bezogen • Subjektive Faktoren stehen im Vordergrund, die nicht gemessen, sondern interpretiert werden

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Merkmale quantitativer und qualitativer Forschung (Wirtz und Petrucci 2007)

2.1.3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Qualitative Forschung kann ohne Bewertungskriterien nicht bestehen, weil sie sonst Gefahr laufe, Beliebigkeit und Willkürlichkeit zu verfallen. Dabei können jedoch keine quantitativen Kriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) für die Bewertung qualitativer Forschung herangezogen werden (Strübing et al. 2018). Sie wurden für andere Methoden geschaffen (bspw. Tests und Experimente) und basieren auf entsprechenden Wissenschafts- und Erkenntnistheorien, die kaum mit qualitativer Forschung vereinbar sind. Daher ist es laut Steinke nicht gerechtfertigt, von ihr zu erwarten, dass sie den Kriterien quantitativer Forschung entsprechen kann oder soll (Steinke 2013). Daher haben sowohl Steinke als auch Mayring „*qualitative Gütekriterien*“ konzeptualisiert:

Transparenz/ Verfahrensdokumentation: Qualitative Forschung beinhaltet eine Fülle von Forschungsentscheidung, Methodenanwendung und -entwicklung. Daher ist der gesamte Prozess angemessen zu dokumentieren und dazulegen (Mayring 2002). Dazu zählen sowohl die Forschungsfrage, die Begründung für die gewählten Verfahren und deren Adaption im Rahmen der Studie sowie die konkrete Umsetzung in der Forschungsarbeit. Auch die Wahl des Samplings und die daraus resultierende Zusammensetzung der Studienteilnehmenden sowie die Auswertung und Interpretation der Daten muss ebenso nachvollziehbar gemacht werden (Mey, Vock und Ruppel 2019).

Intersubjektivität und reflektierte Subjektivität: Darüber hinaus ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Eine identische Replikation einer Untersuchung ist schon allein aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehens in der qualitativen Forschung unmöglich. Es sollte aber eine Nachvollziehbarkeit angestrebt werden, auf dessen Basis eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen kann (Steinke 2013). Die Auswertung der qualitativen Daten und die interpretatorischen Schlüsse müssen daher plausibel aufgezeigt werden. Hierzu gehört auch die Reflektion der Subjektivität des Forschenden zur Forschungsthematik und schlussendlich zur Theoriebildung (Legewie 1987). Dieses als *reflektierte Subjektivität* bezeichnete Kriterium, ist das qualitative Gegenstück zur internen Validität in der quantitativen Forschung (Freikamp 2008).

Indikation des Forschungsprozesses: Um der Gegenstandsgemessenheit als ein Kriterium qualitativer Forschung gerecht zu werden, musste zunächst die Indikation des Forschungsprozesses geklärt werden. An erster Stelle steht dabei die Frage, ob ein qualitatives Vorgehen angesichts der Fragestellung der Studie gerechtfertigt ist (Steinke 2013). Im Anschluss folgte die Frage nach einer oder mehreren geeigneten Methodik(en) und die dazu passenden Arten der Datenerhebung, Transkription und Interpretation. Letztes wesentliches Kriterium ist die Wahl des Sampling-Verfahrens. Mit qualitativen Untersuchungen wird dabei eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt, die u.a. dadurch erreicht werden kann, dass die Stichprobe den untersuchten Fall inhaltlich repräsentiert (Merkens 1997, S. 100).

Empirische Verankerung: Die Bildung von Hypothesen bzw. Theorien sollte in der qualitativen Forschung empirisch (d.h. in den Daten) begründet sein. Dies wird durch kodifizierte Methoden, hinreichende Textbelege, analytische Induktion, Prognosen und kommunikative Validierung ermöglicht (Steinke 1999; Mayring 2002).

Reichweite: Qualitative Forschung erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität, also Vergleichbarkeit der Daten im Sinne der quantitativen Forschung. Es gilt vielmehr die größtmögliche Annäherung an reale Verhältnisse aus der subjektiven Sicht der Teilnehmenden mit Darstellung der gesamten Bandbreite des Untersuchungsumfeldes zu ermöglichen. Eine Verallgemeinerung oder gar Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist schwierig (Witt 2001). Aufgrund der - verglichen mit standardisierter Forschung - geringeren Fallzahlen muss dargelegt werden, welche Verallgemeinerungen aus den Ergebnissen überhaupt möglich sind. Anstelle von statistischen Repräsentativitätskriterien gilt es die „theoretische Relevanz“ abzuschätzen (Mey, Vock und Ruppel 2019).

2.1.4 Nachteile qualitativer Forschung

Nachteile der qualitativen Forschung werden vornehmlich in der mangelnden Objektivität gesehen. Die Ergebnisse sind stark abhängig von der Qualifikation der durchführenden Person. Zudem sind qualitative Studien häufig zeit- und kostenintensiver und die Auswertung der Daten im Vergleich zu quantitativen Methoden relativ aufwendig (Witt 2001; Rübken und Wetzel 2016).

2.2 SAMPLING

2.2.1 Vorüberlegungen und Auswahl des Samples

Die Auswahl der Studienteilnehmenden erfolgte mittels „purposive-sampling“ sowie „convenience-sampling“. Grund dafür war eine medizinerorientierte Fragenstellung bezüglich der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume unter Einbeziehung der späteren Niederlassungspräferenzen von (Allgemein-)Mediziner_innen. Daher war ein gewünschter Aspekt für die Auswahl der Teilnehmenden, dass es sich um Medizinstudierende oder ÄiW handelte, die ihre Entscheidung zum zukünftigen Arbeitsfeld (Fachrichtung) oder dem Ort der Niederlassung noch zu treffen haben. Das Wissen um Faktoren, die diese Entscheidungen z.B. in verschiedenen Lebensabschnitten (Studium versus Familienplanung/ Elternzeit) mit beeinflussen, war ein wichtiger Teil der vorliegenden Arbeit. Das Sampling bestand im Folgenden aus insgesamt 33 über 18-jährigen Studierenden der Humanmedizin und ÄiW (siehe Ergebnisse).

2.2.2 Rekrutierung

Die erste Rekrutierung der studierenden Teilnehmenden (für die erste FG) fand an der Universität zu Lübeck unter Zuhilfenahme des zentralen E-Mail-Verteilers und sozialer Netzwerke im Mai 2015 statt. Eine zweite Studierenden-Runde (für die zweite FG) erfolgte einen Monat später. Die Rekrutierung von ÄiW zum Facharzt_ärztin der Allgemeinmedizin erfolgte ebenfalls im Sommer/ Herbst 2015, vornehmlich über das Netzwerk der *Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)*. Aufgrund des unzureichenden Rekrutierungserfolges wurde in einer weiterführenden Welle überregional rekrutiert. Dazu konnten die Kontakte zwischen den Instituten für Allgemeinmedizin in Lübeck und Dresden genutzt werden, um im November 2015 eine FG mit ÄiW aus Sachsen zusammenzustellen. Die zusätzlich eingeschlossenen Telefoninterviews erfolgten im Zeitraum zwischen August und Oktober 2015 mit ÄiW aus ganz Deutschland.

2.3 DAS STUDIENDESIGN

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit, bei der zur Erhebung der Daten eine Kombination qualitativer Methoden (Brainstorming, leitfadengestützte Fokusgruppen sowie Telefoninterviews) und zur Auswertung die Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt wurden.

2.3.1 Grundlagen qualitativen Denkens und Umsetzung in der Arbeit

Die Grundlagen qualitativen Denkens basieren, wie bereits unter Punkt 2.1. (Qualitative Forschung) erwähnt, auf den fünf Postulaten der qualitativen Forschungsansätze nach Philipp Mayring, und beinhalten:

Postulat 1: *Subjekt:* „Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein.“ (Mayring 2010a)

Umsetzung: Die von der Fragestellung betroffenen Subjekte waren die Studierenden und ÄiW. Das zentrale Problem, war die Frage nach dem subjektiven Empfinden von Ländlichkeit und die damit verbundenen Aspekte bei der Wahl einer Niederlassung im ländlichen Raum. In der Gesamtheit betrachtet flossen dabei auch andere Fragen oder Schwierigkeiten aus dem alltäglichen Leben der Teilnehmenden in die Untersuchung mit ein.

Postulat 2: *Deskription:* „Am Anfang einer Analyse muss eine genaue und umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches stehen.“ (Mayring 2010b)

Umsetzung: Den Gegenstand der Untersuchung bildeten die Transkripte der Fokusgruppen und Telefoninterviews. Dabei standen die Studierenden und ÄiW als Subjekte im Mittelpunkt des Interesses. Die Ergebnisdarstellung und die Interpretation wurden ergänzt durch Beispielzitate aus den Gesprächen, um die Verbindung zu den einzelnen Subjekten und damit den Bezug zum Einzelfall zu gewähren.

Postulat 3: *Interpretation:* „Der Untersuchungsgegenstand der Humanwissenschaften liegt nie völlig offen, er muss immer auch durch Interpretation erschlossen werden.“ (Mayring 2010c)

Umsetzung: Das Vorverständnis der Verfasserin dieser Arbeit vor der Bearbeitung der Transkripte gründete sich auf Vorarbeiten des Doktorvaters mit ähnlichem Inhalt und der Durchsicht von aktueller Literatur zum Gegenstandsbereich „Subjektivität ländlicher Räume“ und im Weiteren „Strategien gegen den Ärztemangel“.

Postulat 4: *Alltag:* „Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden.“
(Mayring 2010c)

Umsetzung: Durch die Befragung in ruhiger und ungestörter Atmosphäre, wurde versucht den Teilnehmenden das Gefühl eines Alltagsgesprächs unter Freunden zu vermitteln. Dass diese Situation natürlich keinesfalls eine natürliche Alltagssituation darstellt, war selbstverständlich. Verzerrungen dieser Art hätten sich jedoch in keinem Forschungsansatz gänzlich vermeiden lassen.

Postulat 5: *Verallgemeinerungsprozess:* „Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung stellt sich nicht automatisch über bestimmte Verfahren her; sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden.“
(Mayring 2010d)

Umsetzung: Die Frage nach einer allgemeinen Gültigkeit der gefundenen Ergebnisse wurde in Kapitel 2.1.3 (Gütekriterien qualitativer Forschung) thematisiert. Die Auswertung der Transkripte erfolgte sowohl induktiv und deduktiv, mittels qualitativer Techniken (s.u.). Die gefundenen Wahrnehmungen ländlicher Räume und Strategien gegen den Ärztemangel wurden auf ihre Gültigkeit geprüft (Diskussion).

2.3.2 Die Konstruktion des Leitfadens – eine Verknüpfung von Methoden

Am Anfang des Forschungsprozesses stand die Absicht, den subjektiven Eindruck ländlicher Räume auf neue Weise zu ergründen. Dazu bediente man sich zunächst der Literatur (bspw. Mormont 1990, Halfacree 1993, Balestrieri 2016), mit der Frage, wie Forscher in der Vergangenheit versucht hatten sich dieser Thematik zu nähern. Die Vorgehensweise sollte eine Neue sein, da bisherige Methoden nicht zu einer einheitlichen Definition führen konnten (siehe 1.2.1 *Die Debatte um den ländlichen Raum*). Man wollte daher verschiedene qualitative Methoden ergänzen, um sich so auf mehreren Wegen der subjektiven Wahrnehmung zu nähern: 1. Brainstorming 2. Fokusgruppen 3. Qualitative Interviews.

Brainstorming

Brainstorming ist eine von Alex Osborn erfundene und von Charles Hutchison Clark weiterentwickelte Methode zur Ideenfindung (van Aerssen 2012). Seine Popularität beruht auf dem Bedürfnis die Produktivität von Gruppen zu verbessern. Es ist einfach, leicht zu erlernen, hat das Potenzial die Generierung von Gruppenideen selbst zu verbessern (Isaksen 1998) und lässt sich sehr gut mit anderen Methoden zur Ideenfindung kombinieren (Krause et al. 2014). Dabei teilt sich der Ablauf beim Brainstorming in drei Schritte: 1. Darstellung des Problems durch den Moderator, 2. Brainstorming mit Nennung spontaner Ideen zur Lösungsfindung, 3. Protokollierung der Ideen. Zudem ist wichtig, dass zu keinem Zeitpunkt eine Wertung stattfindet, da nur dadurch der Gedankenprozess in alle möglichen Richtungen offenbleibt (Straus et al. 2008).

Umsetzung: Brainstorming wurde in dieser Arbeit einmalig zu Beginn der ersten Fokusgruppe eingesetzt. Allen Teilnehmenden wurde dabei aufgetragen sich Gedanken zu drei „Kernfragen“ (s.u.) zu machen, welche die gewünschten Forschungsthemen hinterfragten:

- 1) *„Was ist für Sie ganz subjektiv der ländliche Raum?“*
- 2) *„Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit dem ländlichen Raum gemacht?“*
- 3) *„Welche Faktoren würden Sie dazu bringen/ davon abhalten auf dem Land praktizieren zu wollen?“*

Anschließend sollten die individuellen Ideen in Form einzelner Wörtern oder kurzer Sätze auf Karteikarten geschrieben werden. Dies ist eine als *Brainwriting* bezeichnete Brainstorming-Methode (Lassiter, Brown und Paulus 2002). Hierdurch konnte noch vor der ersten eigentlich „Gruppeninteraktion“, ein Grundgerüst an subjektiven Eigenschaften ländlicher Räume (Hypothesen) ermittelt werden. Die Karteikarten wurden im Anschluss eingesammelt und bildeten die Grundlage für den Leitfaden der folgenden Gespräche innerhalb der Fokusgruppen und der Telefoninterviews.

Fokusgruppen (Gruppendiskussion)

„Eine Fokusgruppe ist ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird. Sie dient der Datensammlung durch Gruppeninteraktion über ein vom Forscher festgelegtes Thema“ (Schulz, Mack und Renn 2012). Fokusgruppen sind somit eine

Kombination zweier sozialwissenschaftlicher Instrumente: Dem fokussierten Interview und der Gruppendiskussion (Dürrenberger und Behringer 1999). Ziel sollte es sein möglichst viele Facetten eines Themas zur Sprache zu bringen (Littig und Wallace 1997). Der Forschende formuliert dazu im Vorfeld einige Fragen, welche die Befragten offen beantworten können. Den interviewten Personen soll dabei ermöglicht werden frei zu erzählen, zu kommentieren, zu werten und zu erklären. Der Interviewende hat dabei wiederum die Aufgabe, das Gespräch durch den Leitfaden zu steuern. Die Reihenfolge und exakte Formulierung der Fragestellung ist aber nicht zwingend einzuhalten (Flick 2007; Hopf 2013). Als Faustregel gilt nach Morgan (Morgan und Krueger 1993), dass pro Projekt drei bis fünf Fokusgruppen durchgeführt werden sollten.

Umsetzung: Der zur Strukturierung des Diskussionsprozesses verwendete Leitfaden entwickelte sich aus den im Brainstorming verwendeten Kernfragen und den daraus generierten Hypothesen. Er diente dem Moderator als Orientierungshilfe und stellte somit sicher, dass alle abzubildenden Aspekte angesprochen wurden.

Mit Erhalt neuer Aussagen, wurde der Leitfaden erweitert, um neue Ideen in die Gruppen (und später auch die Interviews, s.u.) einzubringen und somit immer neue Hypothesen gewinnen zu können. Bspw. etablierten die Teilnehmer_innen der ersten Fokusgruppe (F1) das Thema „mangelhafte Infrastruktur“, welches sie mit ländlichen Räumen verbanden. Daher wurde eine Frage hierzu in die zweite Fokusgruppe integriert:

Interviewer: „Welche Infrastruktur wäre Ihnen denn wichtig?“

Durch diese Methode wurde der Leitfaden so lange ergänzt, bis sich eine Sättigung im Sinne der qualitativen Forschung zeigte, d.h. keine neuen Aspekte von den Studienteilnehmenden mehr vorgetragen wurden. Dadurch sollte ein möglichst umfassendes Bild der Forschungsfrage abgebildet werden. In dieser Studie wurden insgesamt drei Gruppen rekrutiert. Die Anzahl der Teilnehmenden einer Fokusgruppe lag bei sieben bis acht Personen. Dabei bestanden die ersten beiden Fokusgruppen (F1 und F2) aus Studierenden der Humanmedizin. Die erste Gruppe (F1) diente zusätzlich als „Brainstorming-Gruppe“ (s.o.). Anschließend wurde eine dritte Fokusgruppe (F3) mit ÄiW in Dresden (am Skills-Lab des Instituts der Allgemeinmedizin) durchgeführt. An jedem Gespräch war neben dem Moderator auch ein Assistent anwesend, der für die Vorbereitungen und die Bedienung der technischen Gerätschaften verantwortlich war. Seine Aufgabe bestand außerdem darin, das Gespräch handschriftlich festzuhalten. Dies galt der Absicherung und der Möglichkeit wesentliche Notizen zum Diskussionsinhalt und Verhalten der Teilnehmenden zu notieren. Dabei wurden keine Namen verwendet,

sondern den Teilnehmenden Zahlen zur Pseudonymisierung zugeordnet. In dieser Studie wurde die Assistenz von der Doktorandin gestellt. F1 und F2 fanden in den Räumlichkeiten des Instituts der Allgemeinmedizin Lübeck statt, F3 in Dresden (s.o.). Dazu wurden Tische in die Mitte des Raumes gestellt und die Stühle darum verteilt, so dass sich alle Teilnehmende gegenseitig sehen und interagieren konnten. Auf der einen Seite saßen der Moderator und die Assistenz. In der Mitte des Tisches wurden zwei Aufnahmegeräte platziert. Diese wurden erst zu Beginn der eigentlichen Diskussion eingeschaltet und zeichneten dann das gesamte Gespräch auf.

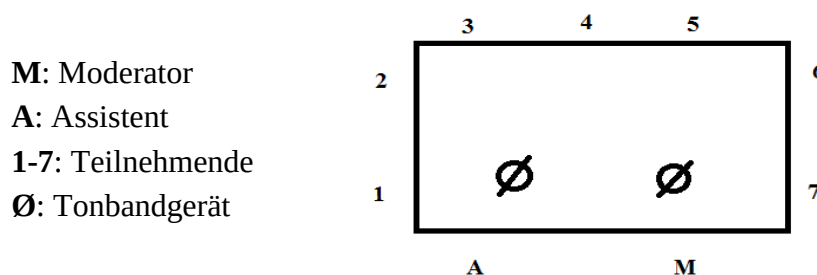


Abbildung 8: Schematischer Aufbau der Fokusgruppen (eigene Darstellung)

Zu Anfang jeder Fokusgruppe wurden alle Teilnehmenden genau über die Studie informiert und danach die Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung ausgefüllt und eingesammelt. Anschließend wurden die Diktiergeräte eingeschaltet und die Gespräche semistrukturiert mit den Fragen des Leitfragenkatalogs geführt. Der Ablauf der Gespräche verhielt sich in den Gruppen annähernd gleich: Nach jeder gestellten Frage, hatten die Teilnehmenden Zeit sich untereinander über den Aspekt zu unterhalten und es wurden ggf. weiterführende Fragen vom Moderator gestellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass jeder Teilnehmende zu Wort kam und nicht gleichzeitig gesprochen wurde, um die nachfolgende Transkription des Gespräches zu vereinfachen.

Telefoninterviews

In der Sozialforschung sind qualitative Interviews sehr verbreitet. Die hier verwendete Form, sind teilstandardisierte, leitfadengestützte Interviews. Sie basieren auf flexiblen Gesprächsleitfäden und haben den Vorteil, dass sie in ihrer Anregung frei und auch assoziativen Stellungnahmen zum Gespräch offen gegenüberstehen. Ihr Ziel ist es die Themenreichweite zu maximieren und den Befragten die Chance zu geben, auch nicht antizipierte Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen (Hopf 2013). Verwendung fanden sie in Form von Telefoninterviews. Die Vorteile hierbei liegen vor allem in der

günstigeren Erreichbarkeit der Interviewpartner sowie dem geringeren Zeitaufwand auf beiden Seiten. Die sprachliche Ebene bleibt bei einem Telefoninterview wie bei einem face-to-face Interview erhalten. Der Nachteil von Telefoninterviews liegt im fehlenden Augenkontakt bzw. der fehlenden Nähe zwischen den Interviewpartnern. Das kann zur Anonymisierung des Interviews und somit zu Verlust von Kontextdaten führen. Andererseits kann das Gefühl von Anonymität auch dazu führen, dass die Interviewpartner ehrlicher auf Fragen antworten (Lamnek und Krell 2016).

Umsetzung: Die Interviews wurden als supplementäre Methode gewählt, um bei einer unzureichenden Rückmeldung an ÄiW für eine weitere Fokusgruppe, über Telefongespräche die Möglichkeit zu haben die gewünschten Teilnehmenden nicht aus der Studie ausschließen zu müssen. Zudem ermöglichte die Nutzung von Telefoninterviews die Reichweite von Studienteilnehmenden auf ganz Deutschland auszuweiten. Dazu wurden insgesamt acht Interviews (T1-8) mit ÄiW aus verschiedenen Teilen Deutschlands anhand des auch in den Fokusgruppen verwendeten Leitfragenkatalogs geführt. Der Leitfaden diente dazu, eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Einzelinterviews zu sichern. Vor dem Interview wurden die Teilnehmenden kurz in die Thematik eingewiesen. Aufgrund der bereits erwähnten Rekrutierungsschwierigkeiten von ÄiW in Lübeck und Umgebung, wurde der einzige Arzt, der sich zurückmeldete in einem persönlichen Einzelgespräch interviewt.

2.3.3 Formale Charakteristika des Materials

Von den aufgezeichneten Audioaufnahmen wurden Transkripte im Microsoft Word Format erstellt. Zur Ermittlung der Güte der Aufzeichnungen wurden alle Protokolle jeweils von zwei unabhängigen Forscherinnen (Frau Wilhelmi und Frau Roßkamp) unter Berücksichtigung der Transkriptionsregeln (für die Handhabbarkeit und Lesbarkeit der Dokumente) angefertigt (siehe Anhang). Zur Qualitätssicherung fand zudem eine Anlehnung an die COREQ-Checkliste - eine 32-Punkte Liste zur Erhebung von Interviews und Fokusgruppen - statt (siehe Anhang).

2.4 AUSWERTUNG

Zur Analyse qualitativer Interviews gibt es eine Reihe von Auswertungstechniken. Ihnen gemein ist die Aufteilung in bestimmte Analyseschritte, nach denen die Auswertung stattfindet. Dazu zählen zunächst die akribische Auseinandersetzung mit dem Material, und die Bildung von Categoriesystemen und eines Auswertungsleitadens, mit dessen Hilfe das Material codiert, d.h. verschlüsselt werden kann (Schmidt 2013). In der vorliegenden Arbeit wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als Auswertungsinstrument gewählt, an dessen Ablaufmodell sich die Analyse orientierte. Im Folgenden wird diese Interpretationsmethodik vorgestellt.

2.4.1 Grundlagen der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Inhaltsanalyse wurde in ihrer heutigen Form im Wesentlichen in den 1920er Jahren in den USA entwickelt und diente der systematischen Auswertung großer Textdatenmengen der sich zunehmenden Massenmedien wie Radio und Zeitungen (Mayring 2013). „*Sie hat Kommunikation zum Gegenstand und arbeitet immer mit einer Form symbolischen Materials*“, wie z.B. Texten. Die Inhaltsanalyse eignet sich insbesondere zur Auswertung von qualitativen Interview-Techniken mit Ziel der Hypothesengenerierung. Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine explorative Studie zu einer konkreten Fragestellung (s.u.) handelte, eignete sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, da sie eine systematische Auswertung des Materials ohne Einschränkung von Offenheit und Flexibilität ermöglicht (Mayring 2010).

Die Inhaltsanalyse geht dabei systematisch vor, was bedeutet, dass die Analyse nach expliziten Regeln ablaufen soll. Dies ermöglicht auch, dass die Analyse von anderen nachvollzogen und geprüft werden kann und sie sozialwissenschaftlichen Methodenstandards (intersubjektive Nachprüfbarkeit) genügt. Das strukturierte Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse geht dabei theoriegeleitet geleitet vor. Das bedeutet, es soll nicht einfach ein Text referiert werden, sondern das Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysiert werden. Die Ergebnisse werden vor dem jeweiligen Theoriehintergrund interpretiert, und auch die einzelnen Analyseschritte sind von theoretischen Überlegungen geleitet (Mayring 2010e).

Die qualitative Inhaltsanalyse umfasst mehrere Verfahren mit unterschiedlichem Vorgehen und Möglichkeiten der Interpretation der Ergebnisse. Das Ablaufmodell (siehe Abbildung 9) muss dann an das jeweilige Material und die spezifische Fragestellung

angepasst werden. Dabei steht im Kern der Auswertung der einzelnen Verfahren immer die Bildung eines Kategoriensystems. Es dient der Vergleichbarkeit der Ergebnisse und der Abschätzung der Reliabilität der Analyse.

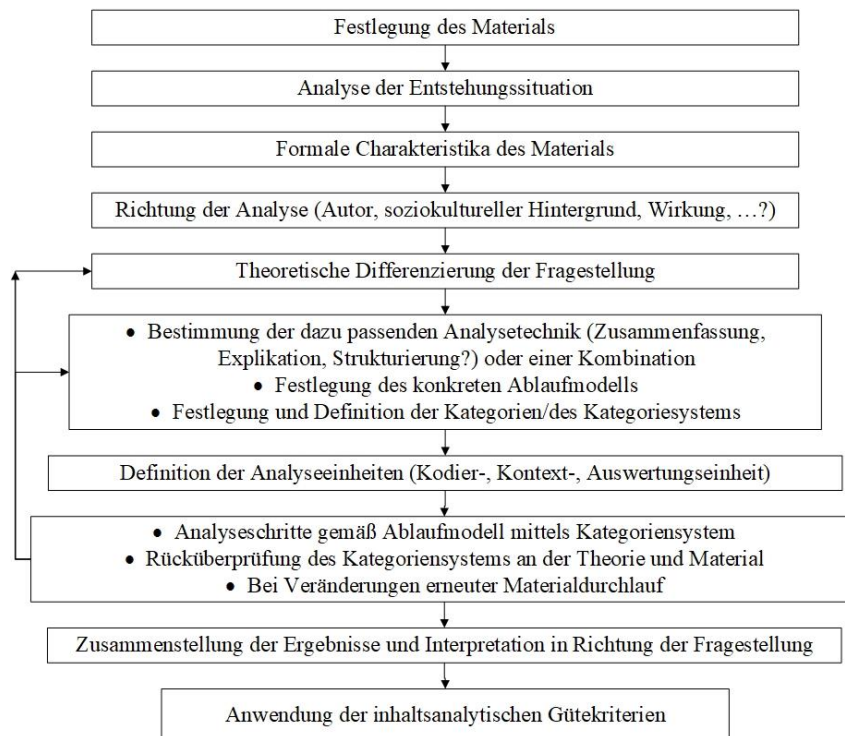


Abbildung 9: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell. Eigene Darstellung nach Mayring, P. 2010 (*Qualitative Inhaltsanalyse*) S. 60

2.4.2 Kategorienbildung

Das Kategoriensystem kann induktiv, deduktiv oder aus einer Kombination beider entwickelt werden. „*Induktiv meint dabei, dass die verwendeten Kategorien aus dem Material heraus entstehen. Wohingegen die Kategorien beim deduktiven Kodieren aus einer oder mehreren Theorien abgeleitet sind*“ (Steinhardt 2019). In der vorliegenden Arbeit wurde eine gemischt induktiv-deduktive Vorgehensweise im Sinne einer zusammenfassenden/ strukturierenden Inhaltsanalyse gewählt. Das gebildete Kategoriensystem wurde dabei direkt aus den Transkripten abgeleitet und stellte den Grundbaustein für die Ergebnisse der Studie dar.

Induktive Kategorienbildung

Mayring beschreibt die induktive Kategorienbildung (zusammenfassende Inhaltsanalyse) als die Entwicklung eines Kategoriensystems aus dem Material heraus, „welches sich an systematischen Reduktionsprozessen orientiert“ (Mayring 2000). Sie fand besonders in der Bearbeitung der ersten Transkripte Anwendung. Die Schritte der Analyse sind dabei genau vorgegeben. In Abbildung 10 wird das Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung dargestellt.

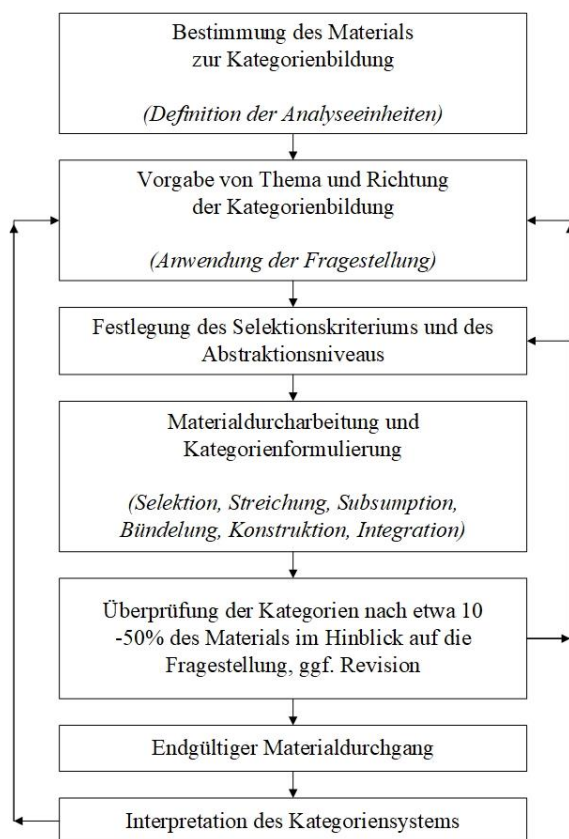


Abbildung 10: Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung. Eigene Darstellung nach Mayring, P. 2010 (Qualitative Inhaltsanalyse) S. 84

Schritt 1: Definition der Analyseeinheit

Erster Schritt der induktiven Kategorienbildung bildet die Definition von Analyseeinheiten, welche den Text in Kleinstabschnitte zerlegen sollen.

Nach Mayring 2010 werden diese als Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit bezeichnet.

Kodiereinheit: bezeichnet das Minimum an Text, der ausgewertet werden kann: Bspw. ein einzelnes Wort oder ein Begriff, mehrere sinnvoll zusammenhängende Wörter oder ein ganzer Satz. In der vorliegenden Arbeit war eine Kodiereinheit beispielsweise eine Antwort auf eine der oben genannten Fragen.

Kontexteinheit: sind die weiteren Informationen, die für die Kodierung einer Textstelle herangezogen werden dürfen: Bspw. die gesamte Antwort auf eine Frage, der gesamte Absatz, oder sogar zusätzliches Material.

Auswertungseinheit: ist die Einheit des Materials, der ein Kategoriensystem gegenübergestellt wird, Bspw. ein komplettes Interviewtranskript.

Diese Einheiten dienen der Strukturierung der Texte und ermöglichen eine strukturierte Weiterverarbeitung (Mayring 2010).

Schritt 2: Anwendung der Fragestellung

Das in der Studie relevante Thema, befasste sich mit dem subjektiven Verständnis von Ländlichkeit und der damit verbundene Konflikt gegenüber der Entscheidung sich im ländlichen Raum niederzulassen. Daher war die Fragestellung, nach der sich die Analyse richtete:

Fragestellung: Was ist „Ländlichkeit“ ganz subjektiv für die Teilnehmenden und welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, damit sie dort praktizieren wollen würden?

Schritt 3: Festlegung des Selektionskriteriums und des Abstraktionsniveaus sowie Paraphrasierung

Im Voraus musste ein Selektionskriterium eingeführt werden, das bestimmte, welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein sollte. Dadurch sollte Unwesentliches, Ausschmückendes oder vom Thema Abweichendes bei der Ausarbeitung ausgeschlossen werden. Die Fragestellung der Analyse (s.o.) gab dafür die Richtung an. Zur Identifizierung der inhaltstragenden Textstellen und deren Festhalten in einer allgemeinen sprachlichen Form ohne Veränderung der sinnhaften Bedeutung bedient sich die Inhaltsanalyse der sogenannten *Paraphrasierung*. Ein Beispiel aus der ersten Fokusgruppe wäre: „(...) für mich ist da, wo ich hergekommen bin, ländlich.“ (F1.T4.4-5). Die zugehörige Paraphrase lautet: Herkunft im ländlichen Raum (siehe Tabelle 4). Weiterführend musste im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien festgelegt werden (Mayring 2010). „Als Abstraktionsniveau bezeichnet man eine Ebene im Prozess der Begriffsbildung. Je höher das Abstraktionsniveau, desto allgemeiner ist ein Begriff, je niedriger, desto spezieller ist ein Begriff. Die Abstraktion ist jener induktive

Denkprozess, bei dem Einzelheiten eine Sache oder Person betreffend ausgeklammert werden und zu einer Verallgemeinerung hingeführt wird. Dadurch ist es bspw. möglich Merkmale, Eigenschaften oder Grundbedingungen für eine allgemeinere Ordnung festzulegen.“ (Stangl 2019). Dementsprechend wurde das Ausgangsmaterial Zeile für Zeile durchgearbeitet und daraufhin geprüft, ob eine Aussage im Text das Selektionskriterium erfüllte. Dieses wurde dann unter Beachtung des Abstraktionsniveaus generalisiert und daraus eine Kategorie, d.h. ein Begriff oder Satz formuliert (Mayring 2010). Das in der vorliegenden Arbeit verwendete Abstraktionsniveau umfasste Aussagen, in denen Ländlichkeit eine subjektive Bedeutung oder Erfahrung zukam und fördernde, sowie hindernde Faktoren und Lösungsansätze gegen den Ärztemangel angesprochen wurden.

Schritt 4: Materialdurcharbeitung und Kategorienformulierung

Inhaltlich gleiche Paraphrasen sowie nicht inhaltstragende Paraphrasen wurden gestrichen. Der darauffolgende Reduktionsschritt hatte zum Ziel die vorhandenen Paraphrasen zusammenzufassen und zu bündeln. In diesem Schritt wurden auch bereits vorläufige Kategorien (K#) gebildet.

Beispiel: Erster Durchgang: subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume:

Gespräch/ Teilnehmer	Zeile	Nr.	Textstelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F1 TN1	4-5	1	„[...] aber für mich ist da, wo ich hergekommen bin, ländlich.“	Herkunft im ländlichen Raum	Verbindung durch Herkunft	Kategorie 1 (K1): Bezug zum Land durch: • Herkunft und Familie • Positiver Erstkontakt (Urlaube als Kind, Praktika) • Partner und Freunde • Hobbies K2: Ohne Bezug scheint es unwahrscheinlich aufs Land zu ziehen K3: Positive Assoziationen
F1 TN1	36-37	13	„[...] ist man da quasi aufgewachsen? Verbinde ich damit was ganz anderes?“	Andere Verbindung, wenn man dort aufgewachsen ist	~~Verbindung durch Herkunft~~	
F2 TN1	6-8	36	„[...]auf einem Dorf aufgewachsen und primär schöne Erfahrung damit gemacht“	Primär schöne Erfahrung beim Aufwachsen gemacht	positiver Erstkontakt	
F2 TN2	14-18	38	„[...]in einer Stadt geboren und danach aufs Land gezogen. Und definitiv das Land vorziehe, weil ich damit gute Erfahrungen gemacht habe und meine Jugend dort verbracht habe und das warr schön.“	Nach Umzug als Kind aufs Land gute Erfahrungen gemacht	~~positiver Erstkontakt~~	

F2 TN1	375- 376	64	„Ob es einen aufs Land zieht ist auch stark davon abhängig, ob man einen Bezug hat“	Entscheidung aufs Land zu ziehen hängt vom Bezug dazu ab	Bezug muss gegeben sein	zum ländlichen Raum durch Bezug
F3 TN2	44-45	80	„Und meine ganze Familie kommt aus dem Ort inklusive Familie meines Freundes und dessen Eltern“	Familie – inklusive die Familie vom Freund – lebt dort		
F3 TN1	20	76	„[...]und ich dort ein Pferd habe, mit dem ich seit 20 Jahren durch die Gegend reite.“	Verbindung durch jahrelanges Hobby	Verbindung durch Hobby	

Tabelle 4: Zusammenfassende Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse, 2. Beispiel

Schritt 5 und 6: Überprüfung der Kategorien und endgültiger Materialdurchgang

Bei der weiteren Bearbeitung der Transkripte wurde bei Neuauftreten einer Selektionsaussage entschieden, ob diese unter eine bereits gebildete Kategorie fiel, oder eine neue Kategorie dafür gebildet werden musste.

Beispiel: Zweiter Durchgang: subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume:

Kat.	Generalisierung		Reduktion
K1	Man hat z.B. einen Bezug zum Land durch: - die eigene Herkunft und Familie - einen positiven Erstkontakt (Urlaube als Kind, Praktika) - den Partner und/oder Freunde, diverse Hobbies (Reiten, Klettern, Wandern etc.)	Bezug zum Land durch: - Herkunft, Familie - Positiven Erstkontakt - Partner, Freunde - Hobbies	K'1 positive Assoziationen zum ländlichen zum Beispiel durch Bezug: Der Bezug zu einem Raum beeinflusst die Vorstellung und Motivation selbst auch dort leben zu wollen. Folgende Bezugspunkte sind dabei relevant: - Herkunft, Familie - Positiver Erstkontakt - Partner, Freunde - Hobbies
K2	Ohne Bezug scheint es unwahrscheinlich aufs Land zu ziehen	~~Ohne Bezug, keine Motivation ins Blinde zu ziehen~~	
K3	Positive Assoziationen zum ländlichen Raum durch Bezug	~~Verstärkung positiver Assoziationen durch eine Verbindung zum ländlichen Raum (Bezug)~~	

Tabelle 5: Zusammenfassende Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse, 2. Beispiel

In diesem Beispiel konnte K1-3 zu einer neuen Kategorie K'1 verbunden werden.

Deduktive Kategorienbildung

Nach Mayring ist die deduktive Kategorienbildung (strukturierte Inhaltsanalyse) die Kodierung mittels „theoretisch begründeter Auswertungsaspekte“ (Mayring 2000). Das Kategoriensystem ist somit bereits vor dem Kodieren aus einer oder mehreren Theorien

abgeleitet und es erfolgt ein Durchlauf durch die gesamten Daten hinsichtlich vorab beschlossener Strukturen (Mayring 2010f). In der vorliegenden Arbeit wurde dieser Schritt vollzogen, da ein (teil-)standardisiertes Erhebungsinstrument (Leitfaden) verwendet wurde, welches dem Datenmaterial bereits im Voraus eine Struktur verliehen hatte. So konnten bspw. aus der Frage: „*Was verstehen Sie ganz subjektiv unter dem Begriff ländlicher Raum?*“, deduktiv die *Einflussfaktoren auf die subjektive Wahrnehmung „ländlicher Räume“* extrahiert werden. Die entsprechenden Hauptkategorien umfassten in diesem Beispiel dann die *persönliche Definition von „ländlich“* sowie *positive und negative Assoziationen zum „ländlichen Raum“* und *Vorzüge der Stadt*. Durch die Definition in *allgemeine, landschaftliche, persönlich/soziale, familiäre, die Wohnsituation betreffende und berufliche Aspekte*, wurden die entsprechenden Nebenkategorien gebildet. Unter die allgemeinen Aspekte fielen beispielsweise die Nebenkategorien *Naturleben und Erholung, Weite und Freiraum* sowie *Ruhe und Überschaubarkeit*. Auch hier dienten Ankerzitate als Musterbeispiele für die jeweiligen Kategorien. Nachdem auf diese Weise nun deduktiv einige Kategorien erstellt wurden, wurde das gesamte Datenmaterial gesichtet und alle relevanten Textstellen den passenden Kategorien zugeordnet (Kodierung). Das Vorgehen wurde in einem Kodierleitfaden festgehalten, „um eine möglichst präzise Formulierung der Kategorien zu erreichen und unnötige Überschneidungen zu vermeiden“ (Meier 2014).

Beispiel: Auszug aus dem Kodierleitfaden „ländlicher Raum“ – subjektive Wahrnehmung und Strategien.

Leitfrage	Hauptkategorie	Definition	Nebenkategorie	Ankerzitat
Subjektive Wahrnehmung „ländlicher Räume“	positive Assoziationen zum „ländlichen Raum“	landschaftlich	Naturleben	#F1.T3.21: „Als Kind ist es glaube ich auch eine positive Erfahrung, viel in der Natur zu sein. (...) Das war auch immer schön einfach rausgehen zu können und gleich in der Nähe irgendwo Wald...“
			Erholung	#F1.T2.14: „Für mich ist Land oder ländlich vor allem erstmal Erholung in jeglicher Hinsicht (...).“
			Weite, Freiraum	#F3.T1.235: „Also, wenn ich aus dem Fenster gucke und ich sehe Wiese und Horizont und Himmel und Blau, dann ist das schon das Gefühl, dass man da aufm Dorf ist, mehr Platz hat, mehr Luft hat zum Atmen.“
			Ruhe, Überschaubarkeit	#9.56: „Ich würde das als (...) das positive vom Ländlichen bezeichnen. Die Ruhe, die Überschaubarkeit, ja.“
		persönlich/sozial	Jeder-kennt-jeden, Hilfestellung,	#6.126: „(...), dass man da [auf dem Dorf] einfach schneller soziale Kontakte und auch mehr Hilfe hat.“

		schneller Anschluss finden	#F3.T6.155: „Also das find ich halt den großen Vorteil des Dorfes, dass man halt wie gesagt gut aufgehoben ist, wenn man dort, sagen wir mal, schnell Anschluss findet. In der Stadt verläuft sich das alles.“
		persönlicher Bezug	#F2.T1.375: „Also ich glaube als, für mich auch als Hauptaspekt, wo es einen nachher hinzieht oder auch, dass es einen auf dem Land, aufs Land zieht eventuell, ist stark davon abhängig, wozu man Bezug hat. (...)“ #F3.T1.23: „Ich bin unglaublich gerne dort. Obwohl es vielleicht gar nicht von der Landschaft her irgendwie attraktiv ist, (...) Sondern es ist einfach nur meine Heimat, die ich schon immer kenne und zu der es mich auch jetzt immer wieder hinzieht.“
		Work-Life-Balance	#2.80: „Finde ich einfach im Sinne der Work-Life-Balance, dass man da auch mehr Möglichkeiten am Land hat, was die Stadt dann nicht bietet, oder nicht bieten kann.“
	familiär	Kinderbetreuung/ Unterstützung durch Familie/ Großeltern	#6.139: „Niederlassung hab ich mir auf dem Dorf schon angenehmer vorgestellt [als in der Stadt], auch leichter eine Praxis zu finden überhaupt und dann kam noch das Kind dazu und dann war dann der Familienaspekt entscheidend, dass man noch Großeltern zur Unterstützung hat vor Ort und auch andere Verwandte und so.“
	Wohn-situation	höherer Lebensstandard für weniger Geld: große, günstige Grundstücke und ein eigenes Haus mit Garten	#F2.T1.833: „(...) dass man vielleicht finanziell auf dem Land mehr Möglichkeiten hat. Also, dass man natürlich günstigeren Wohnraum hat, dass man sich einfach in Anführungsstrichen mehr leisten kann, dass man sich tatsächlich ein Haus mit Garten leisten kann, wenn man es möchte.“
	beruflich	weniger „Konkurrenz“, individueller Stil, sicheres Einkommen	#4.89: „Aber, wenn es um den ärztlichen Beruf geht (...) man kann sich mehr zurückziehen auch so, oder muss weniger Dienstleistung, Wunschleistung erbringen, nur um Leuten zu gefallen, damit sie wiederkommen. Wenn weniger Konkurrenz da ist, kann man sich vielleicht mehr auch seinen Stil erlauben.“
		berufliche Herausforderung	#F3.T4.570: „Also die hausärztliche Arbeit auf dem Land finde ich total spannend. (...) Weil ich finde, das ist eine ganz andere Art Medizin, die man da machen muss. Also man muss viel mehr Entscheidungen treffen. (...) man muss sich viel sicherer sein in der klinischen Untersuchung (...) und vor Ort entscheiden: Ich muss den jetzt mit dem Rettungswagen in ein 25 Kilometer entferntes Krankenhaus fahren.“

Induktiv-deduktive Ergänzung der Kategorien

Das induktive und deduktive Vorgehen wurde von zwei unabhängigen Forscherinnen (Frau Wilhelmi und Frau Ingendae) durchgeführt. Begründet lag diese Verfahrensweise in der Intention die Forschungsfrage möglichst breit abbilden zu können. Am Ende wurde eine Konsensversion des Kodierleitfadens ausgearbeitet, welche im Anhang nachzulesen ist. Das hieraus gebildete Kategoriensystem umfasste somit sowohl theoriegeleite als auch neue Aspekte der Forschungsfrage. Es bildete die Grundlage für die qualitative Interpretation, welche im Ergebnisteil nachzulesen ist (3.2).

2.5 ETHIKVOTUM

Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck genehmigt (Aktenzeichen: 15-109, Datum: 13.Mai 2015). Es ist im Anhang nachzulesen.

3. ERGEBNISSE

3.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG

An der Studie nahmen im Folgenden eine Stichprobe von n=16 Studierenden und n=17 ÄiW teil (Gesamtstichprobe N=32). Das mittlere Alter der Teilnehmer_innen betrug 28 Jahre (jüngster Teilnehmer war 22 Jahre und ältester 36 Jahre alt). Insgesamt nahmen 24 Frauen (72,7%) und neun Männer (27,3%) an der Befragung teil. 14 Teilnehmer_innen stammten ursprünglich aus der Stadt und 17 vom Land, dabei fehlten von zwei Teilnehmer_innen die Angaben. Man entschied sich gegen den Einschluss bereits niedergelassener Allgemeinärzt_in, da erwartet wurde über diese Quelle keine neuen Erkenntnisse zu erhalten. Da somit ausschließlich Studierende und ÄiW einbezogen wurden, lebten und studierten/arbeiteten zum Zeitpunkt der Studie alle Teilnehmer_innen in einer Stadt. In Tabelle 6 sind die soziodemographischen Daten der Stichprobe noch einmal dargestellt. Das Brainstorming fand im Rahmen einer Fokusgruppe statt.

Soziodemographische Variablen	Gesamt (N=33)	Fokusgruppen (N=23) (B: N=8)	Telefoninterviews (N=10)
Geschlecht Weiblich/Männlich	24/ 9	17/ 6 n Studierende: 15 n ÄiW: 7	7/3 n Studierende: 0 n ÄiW: 10
Alter MW in Jahren (Min/Max) <i>Missing</i>	28,2 (22/36) 3	26 (22/33) 1	30 (26/36) 2
Ausbildungsstand Semester MW (Min/Max) Weiterbildungsjahr MW (Min/Max) <i>Missing</i>	8,5 (4/14) 3,8 (1/7) 2	8,5 (4/14) 4,5 (4/5)	3,3 (1/7) 2
Herkunft Stadt Land <i>Missing</i>	14 17 2	9 13 1	7 2 1
Tätigkeitsort Stadt Land	33 0	23 0	10 0
MW = Mittelwert; Min = Minimal; Max = Maximal, B = Brainstorming			

Tabelle 6: Soziodemographische Daten der Stichprobe

Im Anhang dieser Arbeit findet sich eine Tabelle zur genauen Übersicht über die Gesamtstichprobe. Alle Namen wurden zum Zweck der Anonymisierung geändert.

Dauer: Die Brainstorming- und Fokusgruppen dauerten im Durchschnitt jeweils 60 Minuten. Ein Interview dauerte zwischen 10-15 Minuten und wurde ebenfalls mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

3.2 KATEGORIENBILDUNG

Vor allem zu Beginn der Auswertung fand die induktive Kategorienbildung Anwendung, um möglichst viele neue Kategorien aus den Texten zu extrahieren. Später durchgeführte Interviews wurden vornehmlich mit dem Kodierleitfaden bearbeitet. Textstellen, welche dabei deduktiv keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden induktiv neu erarbeitet. Dieses Vorgehen ermöglichte zusätzlich die Abschätzung einer Sättigung an Kategorien im Verlauf der Datengewinnung. Dies zeigte sich nach insgesamt drei Fokusgruppen und neun semi-strukturierten Interviews, sodass keine weiteren Rekrutierungsmaßnahmen durchgeführt wurden. Als Determinanten auf die subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume wurden die Hauptkategorien allgemeine, positive und negative Assoziationen sowie Vorteile der Stadt und Vorurteile (gegen den ländlichen Raum/ Beruf des Landarztes) gewählt. Die positiven und negativen Assoziationen ließen sich wiederum in Assoziationen mit dem Leben oder mit der Arbeit in ländlichen Gebieten untergliedern und bildeten die entsprechenden Nebenkategorien (siehe Tabelle 7). Danach folgten die Determinanten auf die spätere Wohn- und Arbeitsplatzwahl auf dem Land, welche die Hauptkategorien *essentielle Faktoren*, *Barrieren* und *erleichternde Faktoren* umfassten. Die hieraus resultierende Nebenkategorie der essentiellen Faktoren war die persönliche Verbindung zum ländlichen Raum. Die Barrieren und erleichternde Faktoren wiesen jeweils private und berufliche Aspekte auf. Beeinflussende Umstände waren dabei unter anderem die Lebensphase, in der sich die Teilnehmer_innen befanden (Student/ Arbeit/ Eltern) und die klinische Unsicherheit, welche ÄiW kurz nach ihrem Abschluss empfanden. Darüber hinaus wurden Hypothesen erarbeitet, welche als Grundlage für die Erarbeitung von Strategien zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Gebiete dienen sollen. Diese umfassten das Nutzen oder Erzeugen einer persönlichen Verbindung, den Abbau von Vorurteilen und als weitere Konzeptideen bspw. eine stärkere Implementierung von Fachwissen bereits während des Studiums. Eine beispielhafte Veranschaulichung des Kategoriensystems zeigt Tabelle 7. Das komplette Kategoriensystem ist im Anhang nachzulesen.

Die Ergebnisse wurden im Folgenden durch Ankerzitate (aus dem Kodierleitfaden) veranschaulicht. *F* steht dabei für Fokusgruppe und *T* für den pseudonymisierten Teilnehmer_in. Aussagen die nur mit einer Nummer (#) gekennzeichnet sind, stammten aus Telefoninterviews.

Leitfrage	Hauptkategorie	Nebenkategorie
Determinanten der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume	<i>Positive Assoziationen</i>	mit dem Leben in ländlichen Gebieten: • Natur/ Weite/ Platz • Gemütlichkeit/ Ruhe / Geradlinigkeit • Selbstversorger/ Nachhaltigkeit • Erschwinglicher Lebensstandard: ➢ Große, günstige Grundstücke ➢ Eigentum • Freizeitaktivitäten (z.B. Wandern, Mountainbiking) • Persönliche Verbindung (Herkunft, Familie, Partner etc.) • Mentalität: ➢ Vertrautheit/ Freundlichkeit ➢ Geselligkeit ➢ Hilfsbereitschaft • Kinderbetreuung/ Unterstützung von Familie, Großeltern mit der Arbeit in ländlichen Gebieten: • Wertschätzung • Weniger Konkurrenz/ individueller (Arbeits-) Stil • Sicheres Einkommen • Unterstützung (Gemeinden/ Bürgermeister) • ‘Work–Life–Balance’

Tabelle 7: Beispielhafte Darstellung des Kategoriensystems anhand der positiven Assoziationen (vollständiges Kategoriensystem siehe Anhang)

3.2.1 Determinanten der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume

Allgemeine Assoziationen

Zunächst versuchten die Studienteilnehmer_innen den Begriff „ländlicher Raum“ auf Basis der Einwohnerzahl und mittels eines bestimmten landschaftlichen Bildes zu definieren. Dazu zählten beispielsweise Bauernhöfe mit Milchkühen/ Tiere auf den Wiesen. Wichtig schien außerdem auch das “Gefühl“ zu sein, welches man mit dem ländlichen Raum verbindet.

#2.24: „Was ich als ländlich ansehen würde, ist, wenn eine gewisse Einwohnerzahl nicht erreicht wird (...), wenn ich eine Zahl sagen müsste, würde ich 5.000-10.000 Einwohner schätzen.“

#F3.T3.266: „Also typisch Land ist für mich Bauernhof, Stall (...) Tiere, Kuhstall. Dass die alle mit Gummistiefeln rumlaufen. (...) Ein großes Bauernhaus mit Bauernhof, das ist für mich Land, ländlich.“

Positive Assoziationen

Als positiv mit dem Leben in ländlichen Gebieten wurde vor allem die Idylle des Landlebens empfunden, welche vorwiegend mit Begriffen Natur, Ruhe, Abgeschiedenheit und Weite beschrieben wurde. Aber auch harte Standortfaktoren, wie günstige Grundstückspreise und die Möglichkeit, ein Haus mit Garten zu besitzen und sich selbst zu versorgen, wurden positiv gewertet.

#F2.T1.152: „Dass Leute sozusagen nicht irgendwie in Reihenhäusern wohnen, sondern wirklich in eigenen Häusern wohnen und dass man so eine gewisse Weite, so ein gewisses Gefühl von Platz hat und von Vegetation.“

Darüber hinaus wurden einige berufliche Vorteile angesprochen, die das Land bietet. Darunter zählten beispielsweise weniger Konkurrenz und dadurch die Möglichkeit seinen individuellen Stil verfolgen zu können und ein sicheres Einkommen zu haben. Dazu kamen familiäre und soziale Aspekte, wie die Unterstützung (bei der Kinderbetreuung) durch die Eltern/ Großeltern sowie die Mithilfe der Gemeinden und Bürgermeister.

#6.126: „Ich glaube auf dem Dorf hat man mehr Unterstützung von den Gemeinden (...) also, wenn man dann dort eine Praxis übernehmen oder eröffnen möchte, dass die einem noch eher helfen.“

#6.139: „... und dann kam noch das Kind dazu und dann war dann der Familienaspekt entscheidend, dass man noch Großeltern zur Unterstützung hat vor Ort und auch andere Verwandte.“

Negative Assoziationen

Mit dem Leben in ländlichen Räumen wurde das soziale Umfeld einer Dorfgemeinschaft sowohl positiv als auch negativ wahrgenommen und als “zweischneidiges Schwert” bezeichnet. Obwohl es nützliche Aspekte gibt, wie Hilfe von den Dorfbewohnern zu bekommen oder schneller Kontakte knüpfen zu können, wurde vor allem das Klischee “jeder kennt jeden” ambivalent wahrgenommen. Am hervorstechendsten war die damit assoziierte soziale Kontrolle sowie fehlende Anonymität und Tratsch. Darüber hinaus wurde die Aussicht, mit Menschen zusammen zu leben, die eine andere Mentalität haben könnten, wie beispielsweise ein Mangel an alternativem Gedankengut und

Aufgeschlossenheit, als unattraktiv empfunden. Auch wurde die Abwesenheit von Freunden wiederholt kritisiert.

#F3.T7.315: „Dorf ist aber auch wirklich „jeder kennt jeden“ und jeder weiß immer über alle alles und das muss aber auch nicht immer ganz stimmen (lacht). Dass da ein Gerücht auch schnell die Runde macht, auch eine große Runde und das geht dann auch immer schneller weiter. Das kann auch auf alle Fälle positiv sein, dass wenn man mal irgendwas braucht (...) Aber es ist aber manchmal eben auch anstrengend (...).“

Daneben wurden weitere negative Aspekte mit Landleben verbunden. Besonders der erschwerte Alltag wurde betont, in dem ein Auto ein unverzichtbarer Bestandteil des Alltags sei. Ansonsten sei es schwierig irgendwohin zu kommen, da die öffentlichen Verkehrsmittel meist schlecht erreichbar oder gar nicht existent seien. Dieser Umstand wurde für Teenager als besonders störend empfunden.

#F3.T1.38: „Da muss eben jeder Auto fahren, auf dem Land.“

#F3.T3.71: „Also ich habe das auch teilweise nervig in Erinnerung als Jugendlicher, wenn man irgendwo hinwollte. Man war immer auf die Busse angewiesen, wenn man irgendwie dann angefangen hat auszugehen (...).“

Ein weiterer Nachteil wurde in dem Mangel an Möglichkeiten (bspw. zum Einkaufen, zur Unterhaltung und für Freizeitaktivitäten) und der fehlenden Auswahl gesehen, die das Landleben bietet. Vor allem die Studierenden (und weniger die ÄiW) wünschten sich Kinos, verschiedene Restaurants/ Pubs und exklusive Hobbies (wie bspw. Ballett oder Rudern) - auch wenn diese zugegebenermaßen selten genutzt wurden.

#F2.T4.298: „Also aber jetzt, mir würde, glaube ich, einfach die Vielfalt fehlen, dass man zum Beispiel meistens nur ein, zwei Restaurants hat, in die man abends gehen kann (...). Dass man, weiß nicht, häufig die Sachen, die man wirklich haben möchte, auch gar nicht so in den hiesigen Supermarkt bekommt, weil die Auswahl da beschränkt ist, solche Sachen.“

Auch sahen die Teilnehmer_innen einige Nachteile in der Arbeit in ländlichen Gebieten. Darunter zählten unter anderem das höhere Patientenalter, das als „langweilig“ beschriebene Arbeitsumfeld, mehr Dienste machen zu müssen sowie die möglicherweise unzureichende Anbindung an Spezialisten, Krankenhäuser und Apotheken.

#3.31: *„Ich verbinde mit ländlichem Raum sehr viele alte Menschen, das ist von der Versorgung her - anders als in der Stadt, wo doch viel Jugend noch in die Praxis kommt. (...) und das würde ich nicht wollen.“*

#F1.T8.285: *„Ich habe auch den Eindruck, dass viele meinen, (...), an der Uniklinik interessantere Fälle und interessantere Techniken und sonst was zu lernen und, dass es auf dem Land vermeintlich langweiliger ist zu arbeiten, dass es nicht so abwechslungsreich ist, nicht so spannende Patienten etc.“*

Vorteile der Stadt

Die negativen Assoziationen mit ländlichen Gebieten stehen mit den Vorteilen, die die Teilnehmer_innen der Stadt beimaßen in Zusammenhang. Vor allem wurden das breitere Angebot und Wahlmöglichkeiten sowie der damit verbundene Komfort einer Stadt hervorgehoben. Aber auch die gute Zugänglichkeit zu Infrastruktur und Bildungs- sowie Berufsmöglichkeiten. Daraus resultierte eine Bequemlichkeit, welche man im Laufe der Zeit zu schätzen lernte und die nur schwer aufzugeben sei.

#F1.T1.36: *„Diese knapp sechs Jahre haben mich dahingehend auch schon ein bisschen verändert, als dass ich sage: „Großstadt ist ja eigentlich auch cool, ich kann hier alles erreichen, ich kann mal fix ins Kino oder so“, ich glaube, das hat auch viel damit zu tun, dass manche dann sagen: „Och ich habe jetzt hier toll in einer Großstadt studiert, ich habe das alles jetzt auch zu schätzen gelernt, was es hier gibt. Jetzt will ich nicht in eine Kleinstadt zurück, wo es gar nichts gibt.“*

Vorurteile

Diese umfassten zwei unterschiedliche Aspekte. Zum einen war das persönliche Bild vom Land einiger Studienteilnehmer_innen sehr vorurteilsbehaftet. Geprägt durch mediale Einflüsse (bspw. Fernsehen) wurde besonders der dargestellte Alltag als zu abstrakt und romantisiert empfunden. Auch wurde die Darstellung der Arbeitsbedingungen als unattraktiv empfunden.

#F2.T3.708: „Auch, dass das so übertrieben idyllisch, aber andererseits nicht attraktiv für den persönlichen Eindruck gemacht wird. (...). Aber ich finde halt dieses mediale Bild auch nicht so, es wird einem nicht schlechtgemacht, weil es ja alles sehr schön aussieht und aber nicht attraktiv für das, was junge Leute wollen. Also beruflich.“

Darüber hinaus wurde die Einfachheit der Menschen, die meist ältere Bevölkerung in ländlichen Gebieten, die Perspektivlosigkeit und Abwanderung angesprochen. Eine Teilnehmerin beschrieb ihre Einstellung wie folgt:

#F3.T4.410: „Auch sehr viele Menschen, die jetzt noch aufm Land sind, überhaupt nicht ... dem, dem – ich will nicht sagen Niveau, das klingt so herablassend – aber sozial nicht so unserer Schicht so entsprechen. Die meisten, die dort noch sind und die jung sind, sind halt einfach irgendwie, ich weiß nicht ... nicht mobil ... oder sind, beziehen Harzt IV und die Kinder haben ADHS.“

Zum anderen zeigte sich, dass besonders das Image von Hausärzt_innen negativ geprägt ist und auch die Allgemeinmedizin als solches einen schlechten Ruf hat, der oft von anderen Kollegen beeinflusst wird. Diese Haltung wird noch verschärft, wenn es um den „Landarzt“ geht, der oft als besonders inkompetent dargestellt wird.

#F1.T1.375: „,,Ach der Hausarzt hat eingewiesen, das kann ja nichts werden“ und dann vielleicht auch noch der auf dem Land, das potenziert sich, glaube ich, dann nochmal (...) „Na Hausarzt, der kann ja sowieso nur Überweisungen schreiben und mal das ein oder andere Rezept“, also die Wertschätzung (...) für den Facharzt ist glaube ich ziemlich unten.“

3.2.2 Determinanten für die spätere Wahl des Wohn- und Arbeitsumfeldes

Persönlicher Bezug zum ländlichen Raum

Die persönliche Verbindung der Teilnehmer_innen zum ländlichen Raum war ein wichtiger Faktor, um ein Grundinteresse für diesen zu schaffen. Dies betraf vor allem Erfahrung aus der Kindheit und wenn ein Teil der Familie dort noch lebte. Andere Faktoren, die die Entscheidung beeinflussten später auf dem Land leben zu wollen,

waren Partner, Freunde, Hobbies und eine positive erste Exposition mit ländlichen Gebieten (zum Beispiel durch Urlaub oder ein Praktikum). Ohne eine persönliche Verbindung wäre es sehr unwahrscheinlich, sich dafür zu entscheiden.

#F2.T1.375: „Für mich auch als Hauptaspekt, wo es einen nachher hinzieht oder auch, dass es einen aufs Land zieht, ist stark davon abhängig, wozu man Bezug hat. (...) Ich glaube einfach, dass man sich nie so einfach entscheidet irgendwo hinzugehen, sondern immer irgendwo etwas hat, was einen dorthin zieht.“

Lebensphase

Ein weiterer Faktor war die Veränderung der persönlichen Wahrnehmung in Abhängigkeit von der Lebensphase. Studierende zogen es bspw. vor in der Stadt zu leben. Neben dem Universitätsleben und der Möglichkeit, dort eine bessere Ausbildung zu erhalten, suchten die Studierenden in dieser Lebensphase vor allem Unterhaltung und Vielfalt.

#F2.T2.424: „Gut, ich bin (...) Mitte-Ende zwanzig, und wenn ich fertig bin, da ist man noch jung, will vielleicht noch einen draufmachen und dann halt später mit Familie oder so, kann man sich dann schon vorstellen aufs Land zu gehen.“

#7.129: „(...) das war am Anfang [vor dem Studium] nicht so. Da habe ich gesagt „Große Stadt, und feiern und da kann ich das (...) und das machen“ ... ich muss sagen, dass ist langsam zurückgegangen, wo ich sage „Nein, eigentlich finde ich die Ruhe oder mein Grün und nicht gleich den Nachbarn direkt nebenan besser.“

Zudem wurde angesprochen, dass es einfacher sei, in der Stadt einen Partner zu finden als in einer ländlichen Gegend. Waren die Teilnehmer_innen bereits in einer festen Beziehung, zeigte sich auch die Kompatibilität mit der Arbeit des Partners als begrenzender Faktor. Wenn er oder sie nicht in der Lage war, auf dem Land zu arbeiten, wurde ein Umzug dorthin ebenfalls unwahrscheinlicher.

#9.214: „Im Moment würde ich lieber in ein Gebiet ziehen, in dem ich mehr Möglichkeiten habe, jemanden zu treffen [...]. Deshalb bin ich momentan wieder in der Nähe einer Großstadt.“

#F1.T1.464: „Aber ich glaube, dass das, was der Partner tut und was er bevorzugt, die Entscheidung treffen oder brechen kann. Nicht nur, dass er einen Job bekommen würde, sondern auch, dass er es will (auf das Land ziehen).“

Während der Familienplanung und als junge berufstätige Eltern wurde dann jedoch die Hilfe, welche die Familie leisten kann, als starke Unterstützung empfunden. Daher wurde oft beschlossen, näher zu den (Groß-)Eltern zu ziehen. Dennoch sollte das zukünftige Lebensumfeld für die Kinder auch gute Bildungseinrichtungen und Freizeitmöglichkeiten bieten, die sie idealerweise, selbstständig erreichen könnten. Sollten diese Möglichkeiten in einer Gemeinde nicht zu Verfügung stehen, würden junge Eltern nicht in Erwägung ziehen, dort zu leben.

#3.118: „Ohne Kind wäre ich glaube ich ein anderer Mensch (...) man richtet sich halt schon mehr danach aus, dass alle Beteiligten glücklich sind. Beziehungsweise achtet mehr auf das Wohl des Kindes“

#F3.T7.187: „Aber jetzt mit Familie finde ich eben Dorf angenehmer, vor allem der Familienanschluss, dass man Hilfe hat bei den Kindern auch mal ein bisschen mehr entlastet wird.“

Darüber hinaus wurde vor allem das Vorhandensein einer zugänglichen Infrastruktur als wichtig erachtet. Darunter fielen vornehmlich Dinge des täglichen Lebens, wie bespw. Lebensmittelgeschäfte, öffentliche Verkehrsmittel (Bahnhöfe), Kindertagesstätten, Kindergärten, Grundschulen und Hobbys für die Kinder.

#6.86: „Da wo ich wohne möchte ich gern eine Grundversorgung haben. Also wenigstens einen Laden, Bäcker ... eine Apotheke, eine Grundschule wäre schön, ein Kindergarten sowieso, also sozusagen, ja also bis zur Grundschule fürs Kind und wenigstens eine normale Einkaufsmöglichkeit, wo man so grundlegende Sachen alle kriegt.“

Klinische Unsicherheit

Speziell frisch graduierte Studierende sprachen ihre Unsicherheit bezüglich ihrer klinischen Erfahrung an. Sie fühlten sich zu jung, fachlich nicht kompetent genug und

hatten daher Angst zu früh, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen, sollten sie sich für eine Arbeit in einer ländlichen Gegend entscheiden.

#F1.T6.105: „(...) und dann bin da ganz alleine, kann niemanden fragen, ich habe keinen Kollegen und das würde mich glaube ich momentan noch total verunsichern, wo ich dann sagen würde: „Okay das ist ein Grund für mich das nicht zu machen.“

Darüber hinaus stellten es sich die Teilnehmer_innen schwierig vor, Arbeit und Privatleben trennen zu können – vor allem als Hausarzt_in in ländlichen Gebieten – und hatten daher Sorge wenig Freizeit für sich und ihre Familie zu haben. Auch der Mangel an kollegialem Austausch und die Angst, eine umfassende Ausbildung zu verpassen, wurden angesprochen.

#F1.T1.264: „Also ich finde das ist auch teilweise schwierig, dass man dann am Ende nicht nur noch für seine Patienten lebt und irgendwie am Ende das eigene Leben, als auch Beziehung und sonst etwas, dann irgendwo zu kurz kommt.“

3.2.3 Strategien zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Räume

Verbindung nutzen bzw. schaffen

Es wurde vorgeschlagen, dass man davon profitieren würde Studierende aus ländlichen Gebieten für ein Medizinstudium zu werben, da diese bereits eine Verbindung zum Land haben und sie am ehesten nach Hause zurückkehren.

#6.48: „(...) also jemanden aufs Land zu locken, der nie da war, ist, glaube ich, schwierig ... aber, Leute, die vom Land sind, die wieder zurückgehen, ich glaube, dass ist das ist das Wichtigere, beziehungsweise möglichst viele zu motivieren, die auf dem Land leben überhaupt zu studieren“

Sollte noch keine Beziehung zum Land bestehen, sollte versucht werden eine solche aufzubauen. Ein Beispiel waren ländliche Praktika während der medizinischen Ausbildung, die finanziell und durch Wohnmöglichkeiten unterstützt werden sollten, um den Teilnehmer_innen die Möglichkeit zu geben, Erfahrungen zu sammeln. Weitere

Vorschläge waren ein bezahltes Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) oder eine Forschungsmöglichkeit (ggf. in Verbindung mit einer Doktorandenstelle) auf dem Land.

#6.108: „Naja der [aus der Stadt] müsste das erleben! Das heißt, der müsste Praktika dann direkt dort haben. (...) ich glaube, er könnte es sich nur vorstellen, wenn er da mal gearbeitet hat. Wie es sich anfühlt.“

Lebensphase berücksichtigen

Die Lebensphase (bspw. Studieren vs. Familienplanung und Elternzeit) scheint ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Entscheidung für ein Leben oder die Arbeit in ländlichen Gebieten darzustellen. Beispielsweise möchte man als junge Eltern gewisse Ortsvorteile nutzen und kann auf andere Dinge, wie den Ausbau einer „kinderfreundlichen“ Infrastruktur nicht verzichten. Daher sollten diese in zukünftigen Strategien berücksichtigt werden.

#F3.T6.836: „Aber, wenn man dann irgendwann mal Kinder hat, dann muss man ja zusehen, dass die versorgt sind.“

#2.63: „(...) ich glaub Kindergarten, Schule wäre sicherlich ein wichtiger Punkt das wäre sicherlich wünschenswert.“

Vorurteile abbauen

Ein weiterer Ansatz beinhaltete den Abbau von Vorurteilen. Die Teilnehmer_innen schlugen vor mehr Optionen zur Verfügung zu stellen, durch welche Informationen über die Gemeinden und ihre bestehenden Angebote transparenter werden (z.B. Präsentation der Region, durch Kontakt mit den Regionen Erfahrungen sammeln). Vor allem Regionen, die sowohl Vorteile von Stadt und Land aufweisen, sollten diese Möglichkeiten offenlegen. Auch die Attraktivität lokaler Arbeitsverhältnisse könnte bspw. anhand von Vorbildern hervorgehoben werden.

#F2.T3.735: „Dass man auch sagt, du kannst dich hier irgendwie ausbreiten, du hast Infrastruktur, wir unterstützen dich dabei, wir geben dir finanzielle und sonstige Anreize, auch die Bildung für deine Kinder kann gut sein. Wenn das so kommuniziert werden würde, dann würde man da vielleicht auch nur eine Sekunde drüber nachdenken.“

Sicherheiten geben und „Work-Life-Balance“ ermöglichen

Eine weitere Strategie bestand darin, Studierenden und jungen ÄiW mehr Sicherheiten zu ermöglichen, welche häufig fehlen, so dass sie eine Tätigkeit als Hausarzt_Hausärztin in ländlichen Gebieten überhaupt in Betracht ziehen. Dies beinhaltete unter anderem die Arbeit in einem Angestelltenverhältnis oder in einer Gruppenpraxis, einen festen Urlaubersatz zu haben und eine beratende Person (Mentor_in) als Hintergrundhilfe. Daneben stand die Verbesserung der Kommunikationsinfrastruktur (Internetverbindung) und die Einführung eines strukturierten Trainings im Raum. Rein finanzielle Anreize reichten den Teilnehmer_innen nicht aus.

#F1.T8.134: *„Für mich wäre es interessant, in eine Gemeinschaftspraxis einzusteigen, dass man auch einen Kollegen hat, mit dem man sich oder mehrere am besten, mit denen man sich austauschen kann, dass man da wirklich nicht von Anfang an alleine steht oder alles alleine regeln muss (...).“*

#F1.T9.209: *„Ich finde, das Geld ist zu kurzfristig gedacht (...) von den 60.000€ kann ich mir keine Schule kaufen für meine Kinder. Da krieg ich auch keine Internetleitung gelegt, wenn ich da irgendwo bin, wo nichts ist“*

Darüber hinaus wurde eine umfassendere Implementierung der Allgemeinmedizin und damit verbundenen Themen während des Studiums vorgeschlagen. Unter anderem wurden wiederholt persönliche Erfahrungsberichte von Hausarzt_innen und insbesondere die Vermittlung von "Praxismanagement" (z.B. des Abrechnungssystems) über Seminare oder Wahlfächer gefordert.

#F1.T5.419: *„Und ich finde halt auch eben von dem Abrechnungssystem her oder so, (...) man kriegt da irgendwie gar nichts an die Hand oder zumindest, weiß ich nicht, habe ich es überblendet, über, wie funktioniert das so in der Praxis allgemein und vielleicht sogar auf dem Land. Sowas wird einem überhaupt nicht vermittelt.“*

4. DISKUSSION

4.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Mit der hier vorliegenden Studie wurde versucht sich auf neue Art der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume zu nähern und sollte als eine Grundlage für maßgeschneiderte Strategien gegen den Ärztemangel in ländlichen Gebieten dienen.

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume war der eigene Bezug, den man dazu hat, bspw. über Herkunft, Partner oder Erfahrungen. Ohne einen solchen scheinen Bestrebungen, in ein ländlich geprägtes Gebiet zu ziehen oder dort arbeiten zu wollen, weniger wahrscheinlich. Auch die Lebensphase der Teilnehmer_innen schien einen Einfluss auf die Wahl des Wohn- bzw. Arbeitsplatzes zu haben. Studierende und junge ÄiW konnten sich bspw. aufgrund des Studiums und der Ausbildung einen Umzug aufs Land weniger vorstellen. Unter anderem sprachen sie die im Gegensatz zum städtischen Raum fehlenden Freizeitmöglichkeiten oder kulturellen Angebote auf dem Land an. Junge Eltern bzw. Paare in der Familienplanung konnten sich ein Leben oder Arbeit auf dem Land eher vorstellen, zumindest solange eine entsprechende Infrastruktur für die Kinder, wie bspw. Kindergärten, Schulen gewährleistet war. Ein weiterer Aspekt war, dass die Lehre während des Studiums für eine spätere Praxistätigkeit, bspw. durch fehlende Kenntnisse im Praxismanagement, als unzureichend empfunden wurde. Auch bestand die Sorge in der Weiterbildung auf dem Land keinen kollegialen Austausch führen zu können, und dass Fortbildungsmöglichkeiten fehlen. Daraus resultierte, vor allem bei Studierenden, die Unsicherheit sich direkt nach dem Studium für eine Weiterbildung auf dem Land zu entscheiden - sie fühlten sich nicht bereit dafür. Darüber hinaus existierten bei den Teilnehmer_innen Vorurteile gegenüber dem Landleben, der Allgemeinmedizin und dem „Hausarzt auf dem Land“. Letztere scheinen auch durch „Schlechttreden“ der Fachrichtung von Kolleg_innen anderer medizinischer Gebiete während des Studiums geprägt zu werden. Strategien sollten den Bezug zum ländlichen Raum nutzen und/ oder knüpfen, die Lebensphase und damit verbundene Bedürfnisse berücksichtigen, Sicherheit in die Lehre während des Studiums und die Weiterbildung bringen sowie Vorurteile abbauen.

Im Folgenden werden diese Ergebnisse diskutiert, mit der Literatur und bereits etablierten Strategien verglichen sowie neue Anstöße gegeben.

4.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die in dieser Studie eingeschlossenen Konzepte, die mit Ländlichkeit verbunden wurden, umfassten zunächst einmal allgemeine Assoziationen wie Bevölkerungsdichte oder Infrastruktur. Diese deckten sich mit den Definitionsansätzen, die zur Klassifikation ländlicher Räume genutzt werden, wie z.B. durch die von der EU genutzten LAUs oder die siedlungsstrukturellen Gebietstypen in Deutschland. Verwendete Dichtewerte, ab denen eine Region als ländlich eingestuft wird, wie z.B. ab 150 Einwohner/m² (OECD) oder die für statistische Zwecke verwendete Einteilung der EU in städtische und ländliche LAU2 weist jedoch Limitationen auf. Bspw. besteht darüber hinaus keine Möglichkeit für die Einschätzung individueller raumstruktureller Potenziale und Defizite einzelner Länder (Greif 2004). Sie dienen zu einer räumlichen sinnvollen Aufteilung in urbane bis rurale Gebiete und können somit zur Versorgungsforschung herangezogen werden (Dijkstra and Poelman 2014; Mölders, Burandt und Szumelda 2010). Ob eine Region aus der Sicht der Gesundheitsversorgung als „ländlich“ einzustufen ist, erweist sich als schwer. Um eine wohnortnahe ärztliche Versorgung zu ermöglichen wurde in Deutschland die Bedarfsplanung etabliert (Sundmacher et al. 2018). Sie soll es ermöglichen landesweit eine ausgeglichene ärztliche Versorgung sowohl mit Hausärzt_innen als auch Gebietsärzt_innen zu schaffen. Tatsächlich wird in der Literatur seit Jahren von einem allgemeinen Ärztemangel gesprochen (Korzilius 2008; Kopetsch 2010; Günterberg 2011), tatsächlich arbeiten in Deutschland jedoch so viele Ärzt_innen und besonders Allgemeinärzt_innen, wie nie zuvor (BÄK 2018). Die Bedarfsplanung scheitert somit an der adäquaten Verteilung der Ärzte auf deutscher Bundesebene. Um Regionen zu ermitteln, die aus der Sicht der Gesundheitsversorgung als „ländlich“ und ärztlich unterbesetzt gelten, wurde versucht den für Neuseeland entwickelten Rural Ranking Scale (RRS) auf die Bundesrepublik Deutschland anzuwenden. Dieser, über das adaptierte Verfahren entstandene, modifizierte mRRS (siehe Einleitung) zeigte, dass es im Vergleich zu den in der Raumordnung definierten ländlichen Räumen Deutschlands, aus neuseeländlicher Perspektive, tatsächlich nur wenige als „ländlich“ einzustufende Regionen in der Gesundheitsversorgung gibt (Steinhäuser et al 2014). D.h. „ländlich“ klassifizierte Regionen Deutschlands weisen vor allem im internationalen Vergleich häufig eine sehr gute Gesundheitsversorgung auf (Steinhäuser et al 2014). Ob eine Region jedoch als ländlich empfunden wird und was dies wiederum individuell bedeutet, ist vor allem eine subjektive Interpretation (Bourke et al. 2013). Daher variierten Aspekte, welche die

Teilnehmer_innen bei der Frage „Was ist ländlich?“ nannten, zwischen positiven Assoziationen (bspw. Natur und Ruhe) sowie negativen Aspekten, welche unter anderem soziale Kontrolle, Klatsch und Tratsch sowie einen schwierigeren Alltag, in dem ein Auto unumgänglich ist, inbegriffen waren. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit vorausgegangenen Studien, in denen vornehmlich die Natur und unterschiedliche Aspekte des sozialen Gefüges mit ländlichen Gebieten in Verbindung gebracht wurden (Rye 2006; Flum et al. 2016; Kuhmonen, Kuhmonen und Luoto 2016; Haugen und Villa 2005). Wie bereits dargelegt, beschreibt die Literatur die beiden gegensätzlichen Wahrnehmungen von Ländlichkeit als die *ländliche Idylle* (rural idyll) und die *ländliche Schwerfälligkeit* (rural dull) (Rye 2006; Van Dam, Heins, and Elbersen 2002).

4.2.1 Positive Assoziationen versus persönliche Verbindung

Die "ländliche Idylle" vereint dabei alle positiven Aspekte des ländlichen Raumes. Die Teilnehmer_innen beschrieben dies mit „Gemütlichkeit und Ruhe“, als einen „erschwinglicheren Lebensstandard“, „wohnnaher Freizeitaktivitäten in der Natur“ und die Unterstützung durch die Dorfgemeinschaft, beispielsweise in der Kinderbetreuung. Positiven Assoziationen wurden hauptsächlich von Teilnehmer_innen angegeben, die selbst aus dem ländlichen Raum stammten. Diese Erkenntnis deckt sich mit vorangegangenen Studien, wie beispielsweise einer holländischen Studie aus dem Jahr 2002, welche zeigte, dass sich Menschen mit ländlicher Herkunft eher für ländliche Lebens- / Arbeitsorte aussprachen, als jene aus der Stadt: Begründet darin, dass sie sich, mit der Umwelt und dem sozialen Gefüge bereits vertraut fühlten (Van Dam, Heins und Elbersen 2002). Daher beeinflusst die persönliche Verbindung, die man zum Ländlichen hat, bspw. durch Familie, Partner oder frühere Erfahrungen, die Wahrnehmung maßgeblich und ist somit ein wichtiger Einflussfaktor auf die spätere Wohnortwahl.

Strategie: Verbindung nutzen bzw. schaffen

Bereits etablierte Strategien, die sich damit befassen, sind beispielsweise als „rural pipeline“ bekannt, welche berücksichtigt, dass Geburtsort und ländliche Lebenserfahrung Präferenzen für das Leben in ländlichen Gebieten prägen (Feijten, Hooimeijer und Mulder 2008; Serneels et al. 2010). Ansätze wie die Rekrutierung von Schülern mit ländlichem Hintergrund, die Einrichtung ländlicher klinischer Universitäten (rural clinical schools) und die Einrichtung von Universitäten in ländlichen

Gebieten wie der Northern Ontario School of Medicine legen nahe, dass die Förderung dieser Verbindung die Wahrscheinlichkeit einer späteren ländlichen Tätigkeit erhöht (Kwan et al. 2017; Wenghofer, Hogenbirk und Timony 2017). Ein Versuch der Implementierung dieser Ansätze in Deutschland zeigt sich bspw. im “Masterplan Medizinstudium 2020“. Inbegriffen ist die sogenannte *Landarztquote*, die laut Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) einen „weiteren Anreiz bieten soll, sich als Arzt im ländlichen Raum niederzulassen“. Die Länder können danach bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein (BMBF 2017). Die deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) stellt sich kritisch gegen diese Quote, da sie „aus versorgungspolitischer Sicht das Ansehen der ländlichen und hausärztlichen Medizin gefährdet, anstatt verlässlich ärztlichen Nachwuchs für diese Berufsfelder zu begeistern“ (bmvd, MFT und DEGAM 2015). Dies unterstreicht das Vorurteil, dass man auch ohne eine entsprechende Leistung vor dem Studium Allgemeinärzt_in werden kann und könnte ein negatives Image fördern. Zudem sei mit einem Effekt frühestens in 12 Jahren zu rechnen, womit es einen falschen Ansatz für die akut unzureichende primärärztliche Versorgung ländlicher Regionen darstellt (MFT, VUD, AWMF und bvmd 2016).

Zudem sollen Studierende besser über die Möglichkeiten informiert werden, ganze Ausbildungsabschnitte im ländlichen Raum abzuleisten sowie deren finanzielle Förderung. Dies ergänzt die Maßnahmen, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf den Weg gebracht wurden, wie zum Beispiel gezielte finanzielle Anreize, die Kassenärztliche Vereinigungen über Strukturfonds zur Niederlassung im ländlichen Raum setzen können (BMBF 2017). All diese Angebote beziehen sich jedoch auf Personen und Medizinstudierende, die bereits in irgendeiner Art und Weise eine Verbindung zu ländlichen Gebieten besitzen. Um auch diejenigen zu involvieren, die gegebenenfalls noch nie Kontakt zum ländlichen Raum hatten wurde in Deutschland ein Versuch mittels sogenannter *Landtage* gestartet: Ein *Landtag* war dabei ein Angebot der *Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg*, der ÄiW Kontakt mit dem ländlichen Gesundheitswesen ermöglichen sollte. Ziel ist es, bestehende Informationsdefizite zu beseitigen und angehenden Hausärzt_innen ländliche Regionen als mögliches späteres Arbeitsfeld näher zu bringen. Hierzu fahren ÄiW in ländliche Regionen Baden-

Württembergs und kommen dort ins Gespräch mit Bürgermeister_innen und Hausärzt_innen (KWBW *Verbundweiterbildung^{plus}* 2018). Eine anschließend durchgeführte Evaluation zeigte jedoch, dass die Aktion *Landtage* zwar die positiven Einstellungen gegenüber ländlichen Gebieten im Allgemeinen erhöhten, diese aber keinen Einfluss auf die Absicht hatten, dort arbeiten zu wollen (Flum et al. 2016). Dem gegenüber stehen die Ergebnisse einer aktuell durchgeführten Studie mit Ärzt_innen aus Drittstaaten. In Form von Input-Vorträgen und einen Landgang wurde Ihnen ein Einblick in die Arbeit im Ländlichen ermöglicht. Bei diesem eintägigen Ausflug konnten sich die unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen im ländlichen Raum vorstellen und es fanden Gespräche mit Vertretern der Kommunalpolitik aus Schleswig-Holstein statt. (Hahn und Steinhäuser 2019). Unterschiede zwischen deutschen *Landtage-Teilnehmer_innen* und den 80 Teilnehmer_innen aus Drittstaaten, die sich an diesem Projekt beteiligten, lagen vor allem an der Grundeinstellung, die sie der Arbeit in ländlichen Räumen im Vorfeld entgegenbrachten: Die Ärzt_innen aus Drittländern hatten bereits eine positivere Einstellung zum Arbeiten im ländlichen Raum, sodass diese durch den Landgang noch einmal versträrkt werden konnte (Hahn und Steinhäuser 2019). Für viele deutsche Studierende und ÄiW kommt eine Arbeit in ländlichen Regionen primär nicht in Frage (Niehus et al. 2007; Gibis et al. 2012; Scheidt et al. 2015). Daher sollte möglicherweise ein intensiverer Kontakt zu ländlichen Gebieten geschaffen werden, um eine persönliche Verbindung zu fördern. Obwohl Studien bereits darauf hinweisen, dass eine gewisse Zeit in ländlichen Gebieten aufgewendet werden muss, um eine Verbindung herzustellen, wird immer noch diskutiert, wie lange ein solcher Kontakt dauern sollte (Ranmuthugala et al. 2007; McGrail, Humphreys und Joyce 2011). Ob sich dadurch Präferenzen für das dortige Leben entwickeln, scheint auch davon abhängig zu sein, welches Bild man in der Zeit der Exposition vom ländlichen Raum erhält. Dass „positive Landschaftsbilder einen signifikanten Einfluss auf die Präferenzen für das Leben auf dem Land und, gefiltert nach Ressourcen und Einschränkungen, auf das Wohnverhalten haben werden“ wurde bereits im Jahr 2002 in einer niederländischen Studie postuliert (van Dam, Heins und Elbersen 2002). Daher war die Erkenntnis für die Notwendigkeit neuer Strategien, die eine positive Verbindung und ein Bewusstsein für ländliche Gebiete schaffen – insbesondere für Mediziner_innen ohne vorherigen Kontakt – ein neuer Aspekt der vorliegenden Studie.

4.2.2 Negative Assoziationen versus Lebensphase

Auf der anderen Seite stehen die negativen Assoziationen mit ländlichen Gebieten, die zum Beispiel unter dem Begriff „ländliche Schwerfälligkeit“ („rural dull“) zusammengefasst wurden. Dies beinhaltete Aspekte, wie beispielsweise weniger Möglichkeiten, soziale Kontrolle und Rückständigkeit (Rye 2006). Weitere Assoziationen, die von den Teilnehmer_innen in diesem Zusammenhang genannt wurden, waren: „Entfernung zur nächsten Stadt“, „Notwendigkeit eines Autos“ und die damit verbundene „Abhängigkeit als Jugendlicher“, „keine Freunde“ (Einsamkeit), eine „schwierigere Partnersuche“ und die provinzielle Mentalität der Menschen. Da diese Aspekte vorwiegend von Jugendlichen als belastend empfunden werden (Haugen und Villa 2005), zeigt dies, dass die Lebensphase einen wesentlichen Eindruck darauf zu haben scheint, ob der ländliche Raum als positiv oder negativ erachtet wird. Vor allem die Haltung von Studierenden auf der einen Seite und jungen Eltern auf der anderen zeigte sich in dieser Studie sehr gegensätzlich: Jüngere Menschen zogen es vor, in Städten zu wohnen, in denen Möglichkeiten zu Aus- und Weiterbildung angeboten werden und genossen die Vorteile der Großstadt, die sie in ländlichen Gebieten nicht nutzen könnten. Ein Teilnehmer stelle in diesem Zusammenhang sogar fest, dass aus seiner Sicht jeder, der auf dem Land aufwächst, dieses irgendwann mal Richtung Stadt verlassen möchte und man dann häufig die urbanen Vorteile und Bequemlichkeiten zu schätzen lerne. „Die Wahrnehmung von Stadt beinhaltet für viele junge Menschen zahlreiche wichtige Funktionen. Städte, und insbesondere deren Innenstädte, bieten Aufenthalts- und Einkaufsmöglichkeiten, sind wichtig als Anlaufpunkt für die Gestaltung der Freizeit, für das Ausleben von Cliquenidentitäten und als außerhäusliche Konsumwelten (aufgrund von Kaufhäusern, Kinos, Diskotheken, Shopping-Center, Jugendzentren, Videotheken, Spielhallen etc.)“ (Gossen und Scholl 2017). Eine wichtige Rolle spielte auch die Partnersuche, welche von Teilnehmer_innen in Städten als einfacher empfunden wurde.

Bei Eintritt in eine neue Lebensphase mit einem neuen Arbeitsplatz oder Partner und insbesondere mit der Absicht, eine Familie zu gründen, strebe man mehr danach, in ein ruhigeres und sichereres ländliches Wohnumfeld zu ziehen (Feijten, Hooimeijer, and Mulder 2008). In einer Befragung mit Bürgermeistern aus Sachsen-Anhalt wurden dabei vor allem die Bereiche „Kinderbetreuung“, „Jobsuche für den Lebenspartner“ sowie „Bereitstellung günstiger Grundstücke“ überwiegend als umsetzbar für die Kommunen eingeschätzt (Kuhn et al. 2017). Darüber hinaus sind vor allem Kriterien wie die

Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen oder Bildungseinrichtungen, die Anbindung an verschiedene Infrastrukturen, das Vorhandensein von Betreuungs- und Freizeitangeboten, die landschaftliche Lage sowie die Qualität und Vielfältigkeit der Sozialkontakte wichtig für die Wahl des späteren Wohnorts (Bauer 2012; Albert et al. 2015; Gossen und Scholl 2017).

Ein weiterer Faktor sich für den ländlichen Raum zu entscheiden, der von den Teilnehmer_innen angesprochen wurde, war der Wunsch zur Familie zurückzukehren, wo mehr organisatorische Möglichkeiten und Unterstützung für die Kinder zur Verfügung stünden. Ein weiterer Schlüsselfaktor für die Wahl eines ländlichen Karriereweges, der mit internationalen Studien in Einklang steht, ist wie bereits angesprochen ein Partner/ eine Partnerin mit ländlichem Hintergrund oder einer, der sich mit dem Leben in ländlichen Gemeinschaften arrangieren kann (Henry, Edwards, and Crotty 2009; Stagg, Greenhill, and Worley 2009). Wenn es dem Partner nicht möglich ist, auf dem Land zu arbeiten, sinken auch die Chancen sich selbst dort niederzulassen. Freundschaften, Partnerschaft und Familie sind für fast alle jungen Menschen in Deutschland nach wie vor die wichtigsten Werte und die Vereinbarung von Beruf und Familie/ Freizeit wird als besonders wichtig erachtet (Steinhäuser et al. 2013; Albert et al. 2015; Jacob, Kopp und Fellingner 2018).

Strategie: Lebensphase berücksichtigen

Unter Berücksichtigung der Lebensphase scheinen sich besonders junge Eltern oder Paare in der Familienplanung für ein Leben außerhalb von Großstädten zu interessieren (Feijten, Hooimeijer, and Mulder 2008). Daher sollten ländliche Gemeinden besonders ihre Familienfreundlichkeit ausbauen (Steinhäuser et al. 2013). Dazu gehört eine entsprechende Infrastruktur mit Anbindung durch Busse/ Bahnen sowie eine gesicherte und gute Ausbildung für die Kinder durch Kindergärten und (weiterführende) Schulen. Auch Einkaufsmöglichkeiten für den Alltag und eine flächendeckende Internetanbindung dürfen nicht fehlen. Darüber hinaus befinden sich junge Eltern häufig noch in der ärztlichen Weiterbildung, sodass das Angebot guter Fortbildungsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle einnimmt. Wo wesentliche Infrastrukturen fehlen, müssen die Gemeinden oder ggf. das Land Verbesserungen anstreben.

4.2.3 Unwissenheit und Vorurteile

Insbesondere die Teilnehmer_innen, die nicht aus ländlichen Gebieten stammten, schienen schlecht über die örtlichen Gegebenheiten in ländlichen Räumen informiert zu sein. Diese sind an vielen Orten besser, als erwartet (Steinhäuser et al. 2012). Dies führt zu Vorurteilen, die die subjektive Wahrnehmung ländlicher Gebiete wesentlich beeinflussen. Durch Mundpropaganda können diese negativen Assoziationen noch weiter verstärkt werden, sog. *Nocebo-Effekt* (Benedetti et al. 2014). Dies spielt für das Fach der Allgemeinmedizin und der Arbeit als niedergelassener Ärzt_in in ländlichen Gebieten eine Rolle, die, wie sich in dieser Studie zeigte, von Vorurteilen geprägt sind. Es wurde immer wieder angesprochen, dass besonders Kolleg_innen (anderer Gebiete) diese Vorurteile und negative Assoziationen mit dem Thema schafften bzw. intensivieren würden. Jungen Ärzt_innen, die den Wunsch äußern, Hausärzt_in zu werden, wird oft geraten, sich für einen „anständigen“ Bereich der Medizin zu entscheiden (Staeck 2013). Dieses Verhalten wird in der Literatur als "Badmouthing" bezeichnet. Es definiert sich als "ungerechtfertigt, negativ, abwertend, sogar sarkastische Kommentare von Ärzten über andere Ärzte" und kann tatsächlich die derzeitige Berufswahl von Medizinstudierenden beeinflussen (Ajaz et al. 2016). Darüber hinaus schienen die anhaltend ungünstigen Wahrnehmungen von Einkommensungleichheit, Arbeitsbelastung und Stress den Gewinnen aus der Wahrnehmung von bedeutungsvoller Arbeit und Wertschätzung entgegenzuwirken (Kurzke 2008; Schwartz, Durning, Linzer und Hauer 2011).

Strategie: Vorurteile abbauen

Gerade in diesem Zusammengang ist es wichtig, Vorurteile gegenüber ländlichen Räumen zu widerlegen. Aus der Sicht der Gesundheitsfürsorge gibt es in Deutschland kaum ländliche Räume, da man im Vergleich zu anderen Ländern (bspw. Kanada oder Australien), z.B. mit Kolleg_innen im Bereitschaftsdienst, viel besser aufgestellt ist (Steinhäuser et al. 2014). Durch fehlende Erfahrungen und dadurch resultierende Vorurteile mit ländlichen Gebieten sahen viele Teilnehmer das Landleben jedoch viel schlechter.

Es scheint auch wichtig, ein besseres Bild der Allgemeinmedizin zu formen. In Bezug auf Personen, die nicht überzeugt sind, in ländlichen Gebieten leben zu wollen, besteht wahrscheinlich ein additiver Effekt, der mit der Vorstellung als Hausärzt_innen ohne Wertschätzung zu arbeiten, weiter zunimmt. Daher sollte auf die hohe

Arbeitszufriedenheit von Hausärzt_innen und die hohe Zufriedenheit der Patient_innen mit ihrer ärztlichen Behandlung genauer hingewiesen werden (KBV und NAV-Virchow-Bund 2016; Mortsiefer et al. 2017; Ulrich et al. 2019).

4.2.4 Unsicherheit und fehlende „Work-Life-Balance“

Tatsächlich befürchteten die Teilnehmenden als Hausarzt_in in ländlichen Gebieten weniger kollegialen Austausch, höhere finanzielle Risiken und eine mangelhafte "Work-Life-Balance" aufgrund der fehlenden beruflichen Anonymität zu haben. Obwohl einige Teilnehmer_innen sich vorstellen konnten auf dem Land zu leben, wollten sie nicht am selben Ort wohnen und praktizieren, das sie das Gefühl hatten, den Patienten und somit der Arbeit zu nah zu sein (Goetz et al. 2015). Dieses Phänomen ist durch Veränderung in der Wahrnehmung des „Arzt seins“ begründet: *„Wo einst Fleiß und Integrität standen, hat die Arbeit heute einen anderen Stellenwert und muss neben der Lebensqualität in Form einer "Work-Life-Balance" stehen“* (Schmidt et al. 2013). Gerade für junge Menschen wird es immer wichtiger, Arbeit, Freizeit und Familie vereinen zu können (Herr und Götz 2014; Gossen und Scholl 2017). Auch wenn der Beruf eines Hausarztes/einer Hausärztin eine höhere Vereinbarkeit mit Familie und Freizeit aufweist als andere Fachgebiete, ist er/ sie in ländlichen Regionen oft der/ die einzige medizinische Ansprechpartner_in für die Bewohner_innen einer Gemeinde und muss sich daher auf längere Arbeitszeiten und knappe Freizeit einstellen (Kurzke 2008). Tatsächlich stimmen diese Beobachtungen auch mit vorausgegangenen Studien überein. Viele ÄiW verbanden mit der Arbeit in ländlichen Gebieten eine höhere Arbeitszeit, da eine höhere Anzahl an Patient_innen gesehen werden muss als in städtischen Praxen. Gleichzeitig glaubten sie, aufgrund einer geringeren Anzahl von privat versicherten Patienten (welche als lukrativer erachtet wurden) weniger Geld zu verdienen (Steinhaeuser et al. 2011). Die Besorgnis steht jedoch im Raum, dass die negativ konnotierten Arbeitsbedingungen die nächsten Generationen von Hausärzt_innen beeinflussen und sie davon abhalten könnten, eine Karriere in ländlichen Gebieten aufzunehmen (Natanzon et al. 2010; Steinhaeuser et al. 2011).

Tatsächlich ist der Arbeitsaufwand von Hausärzten im Vergleich zu Klinikärzten im Durchschnitt geringer. Ärzt_Innen in der hausärztlichen Versorgung arbeiten durchschnittlich 47,1 Stunden pro Woche (ZiPP 2015). Das „Marburger Bund Monitoring 2019“ zeigte dahingegen, dass ein Großteil der in der Klinik tätigen Ärzt_innen (41 %) 49 bis 59 Stunden in der Woche arbeitet, inklusive aller Dienste und

Überstunden. Mehr als ein Fünftel (22 %) gibt sogar an, 60 bis 80 Stunden pro Woche im Einsatz zu sein (Marburger Bund 2020a).

Ein interessanter neuer Aspekt war die klinische Unsicherheit der Teilnehmer_innen. Sie waren besorgt, nicht kompetent genug zu sein, da es während ihres Studiums keine spezifische allgemeinmedizinische und praxisorientierte Ausbildung gab. Diese wurde in der vorliegenden Studie vermehrt von den jüngeren und unerfahrenen Studierenden empfunden, die meist noch keinen Einblick in den Arbeitsalltag bekommen hatten. Dass diese Sorgen nicht unbegründet sind, zeigte eine Studie aus dem Jahr 2016, die Hinweise darauf gab, dass bei neu qualifizierten Absolvent_innen in Deutschland tatsächlich Kompetenzen fehlen (Schneider, Roos und Steinheuser 2016). Die Grundzüge der Weiterbildung werden in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer festgelegt (BÄK 2015a). Die Umsetzung in den einzelnen Bundesländern unterliegt danach der jeweiligen Ärztekammer. Im Gegensatz zu anderen Gebieten können die Rotationen der Allgemeinmedizin häufig nicht innerhalb einer einzelnen Klinik absolviert werden. Dies führt zu mehrfachen Bewerbungsvorgängen und damit ggf. verbundene zeitlichen Verzögerungen (Sivey et al. 2012; Karsch-Völk et al. 2016). Hierfür gibt es in vielen Kliniken Verbundweiterbildungsprogramme (s.u.), die ÄiW ermöglichen, über einen Arbeitsvertrag die notwendigen Fachrotationen an kooperierenden Kliniken oder Praxen durchzuführen (Ingendae et al. 2018).

Strategie: Sicherheiten schaffen und „Work-Life-Balance“ ermöglichen

Die berufliche Sicherheit ist ein wesentlicher Aspekt der Berufsfindung: Die Arbeit soll sicher sein und ein auskömmliches Leben ermöglichen; 95 % der jungen Menschen halten dabei einen sicheren Arbeitsplatz für wichtig bis sehr wichtig (Albert et al 2015), welchen sie dabei eher in der Stadt als auf dem Lande zu finden erwarten (DJI 2016). Darüber hinaus bietet ein erster Ansatz, um nicht zwangsläufig an ein Leben auf dem Land gebunden zu sein die Abschaffung der Residenzpflicht: In der Vergangenheit waren Vertragsärzt_innen, bis auf wenige Ausnahmen gesetzlich verpflichtet, ihren Wohnsitz in der Nähe ihrer Praxis zu wählen. Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist diese Residenzpflicht für alle Vertragsärzt_innen entfallen (BfG 2018).

Ein weiterer Aspekt stellt die finanzielle Absicherung des Berufes dar: Insgesamt ist die Vergütung deutscher Hausärzt_innen gut: Ein Gehaltsreport aus dem Jahr 2018 zeigte, dass Vollzeit tätige Generalisten (hier API genannt: Allgemeinarzt, praktischer Arzt,

Internist) im durchschnittlichen Jahresvergleich auf 152.500 € brutto kommen. Sie schneiden damit besser ab als die Spezialisten mit etwa 121.700€ brutto (siehe Abbildung 11) (Gottschling 2018).

		Fachgebiete		
		Insgesamt	Hausarzt (API)	Facharzt
Mittelwert		125.100 €	152.500 €	121.700 €
Median		110.000 €	135.000 €	100.000 €

		Geschlecht		Alter		Arbeitssituation	
		Mann	Frau	<45	45+	Praxis	Klinik
Mittelwert		133.600 €	95.900 €	82.400 €	149.100 €	152.100 €	112.100 €
Median		120.000 €	80.000 €	70.000 €	130.000 €	132.000 €	96.000 €

Abbildung 11: Praxis-Einkommen (in Brutto) aus der Patienten-Versorgung aus Gehaltsreport 2018: Die finanzielle Situation von Ärzten in Deutschland - Claudia Gottschling | 24. April 2018 (abgerufen am 03.02.2019)

Zur individuellen, standortbezogenen Berechnung kann dabei ein Verdienstkalkulator hilfreich sein, wie ihn bspw. der Hausärzteverband anbietet (Verdienstkalkulator. In Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg URL: (<https://www.perspektive-hausarzt-bw.de/berufseinsteiger/geld-und-finanzen/verdienstkalkulator/> abgerufen am 03.01.2019). Das Risiko, unterdurchschnittlich zu verdienen, ist in der Medizin durch tarifgebundene Löhne so gering wie in wenigen Berufssparten (Stettner 2018; Bierbach 2019). Sieht man sich die Zahlen innerhalb der unterschiedlichen Fachbereiche an, so fällt jedoch eine Diskrepanz in den Verdiensten der Niedergelassen auf (StBA 2017). Die „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ wurde 2010 neu aufgelegt, um finanzielle Anreize für eine Tätigkeit als Allgemeinärzt_in zu verbessern. Grundlage war die Erhöhung finanzieller Zuschüsse (von 2.040 auf 3.500 Euro pro Monat bei einer Weiterbildung in einer Hausarztpraxis) sowie eine Förderung bei Übernahme einer Praxis (Staeck 2013). Die Zahlen schwanken dabei auf Bundesebene von einmalig 20.000 € (Thüringen) bis 60.000 € (Bayern) (Ärzteblatt 2018). Interessanterweise sahen die Teilnehmer_innen der vorliegenden Studie in einer einmaligen (finanziellen) Incentivierung jedoch keinen Anreiz für die Arbeit als Hausärzt_in (auf dem Land), welches sich mit einer Umfrage der BÄK aus dem Jahr 2015 deckt (BÄK 2015a). Maßnahmen, die in den Augen der Teilnehmer_innen längerfristige Anreize bieten, wie bspw. eine deutschlandweite, flächendeckende und schnelle

Internetverbindung, liegen jedoch noch in weiter Ferne. Derzeit haben >95% der Haushalte in Deutschland gerade einmal Zugriff auf 6 Mbit/s (BMVI 2018). Im Jahr 2017 waren nur etwa 33% der Festnetze ans Breitband angeschlossen („Breitbandanschlüsse - Anzahl in Deutschland 2017 | Statistik“ 2018). Gerade wenn es darum geht auch als Ärzt_in digital angeschlossen zu sein und in Verbindung mit Kolleg_innen zu stehen, scheint ein funktionierender Internetzugang heutzutage unumgänglich. Wie die API-Studie des Arbeitskreises LA-MED zeigt, verzichten mittlerweile nur noch vier Prozent der API völlig auf die berufliche Nutzung des Internets und gerade junge Ärzt_innen verbringen dort die meiste Zeit (Health Relations 2016). Hat man Zugriff auf das Internet, bestehen bereits breit gefächerte digitale Austausch-Foren für Allgemeinärzt_innen, wie beispielsweise das JADE-Forum (Junge Allgemeinmedizin Deutschland), sodass Möglichkeiten gegeben sind neue Kontakte zu knüpfen. Dies ist ein wesentlicher Ansatzpunkt, um der Sorge eines mangelnden kollegialen Austauschs entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang wurde auch die Möglichkeit der Arbeit in einer Teampraxis (möglicherweise mit Freunden aus dem Studium) von den Studienteilnehmer_innen angesprochen. Die Reduzierung der beruflichen Isolation in der Niederlassung spielte dabei eine wichtige Rolle: *„Die Situation eines niedergelassenen Arztes wird von Medizinstudierenden als das extreme Gegenteil zur Kollegialität bei den im Krankenhaus angestellten Ärzten gesehen“* (Miani et al. 2015). Dies deckt sich unter anderem auch mit einer Online-Befragung mit ÄiW aus Bayern 2015, welche zeigte, dass Teampraxen vor allem eine „Landarztztätigkeit“ attraktiver machen würde (Karsch-Völk et al. 2016). Auch der Angst vor einer übermäßigen Arbeitsbelastung wird dadurch entgegengewirkt: Die Durchschnittlichen Arbeitszeiten in Praxen mit mehr als einem Arzt/ einer Ärztin sind zwischen ländlichen (48 h) und städtischen Regionen (51 h) nur marginal (Steinhaeuser et al. 2011). Dabei kann insbesondere in Kooperationsformen wie Teamspraxen die Arbeitszeit an die individuelle Lebensplanung gut angepasst werden. Niedergelassene Ärzt_innen haben im Vergleich zu Krankenhausärzt_innen dazu deutlich weniger Dienste. Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Partnerschaft ist somit auch – oder gerade – im allgemeinmedizinischen Arbeitsumfeld sehr gut möglich (Ingendae et al. 2018).

Im Rahmen dieser Arbeit zeigte sich, dass vor allem die studierenden Teilnehmer_innen eine große „klinischen Unsicherheit“ (bezüglich Fachkompetenz und grundlegendem betriebswirtschaftlichen Sachverstand) empfanden, die sie davon abhalten würden allein

auf dem Land praktizieren zu wollen. Zwar verfügen die meisten jungen Ärzt_innen nach ihrem Studium über das notwendige theoretische Wissen, um eine Weiterbildung aufzunehmen. Wie bereits erwähnt, zeigten Studien jedoch einen Mangel an praktischer Umsetzung (Schneider, Roos und Steinhäuser 2016; van den Bussche, Krause-Solberg, Scherer und Ziegler 2017). Grund könnte sein, dass es in Deutschland keine zentral organisierte Weiterbildung gibt. Die nicht-universitäre Weiterbildung kann als ein Nachteil gegenüber anderen europäischen Ländern gesehen werden (van den Bussche, Krause-Solberg, Scherer und Ziegler 2017), in denen die Weiterbildung ebenfalls Aufgabe der Universitäten ist. Die angehenden Ärzt_innen besuchen hier bspw. einmal die Woche einen Kurs, um bestimmte Techniken zu verbessern (Staeck 2013). Vorgeschlagen wurde die Implementierung klinisch-praktischer Lehrinhalte, die eine „Sicherheit“, gerade am Anfang der Weiterbildung stärken. Diese könnten bereits während des Grundstudiums stattfinden. Weitere Strategien, welche von den Teilnehmer_innen genannt wurden, umfassten eine größere Auswahl an praktischen Wahlkursen und eine „Kultur des Feedbacks und der Aufsicht“.

Helfen sollte auch die Gründung von Weiterbildungsverbünden, wie der *Verbundweiterbildung^{plus}*. Ihr Ziel war die Vernetzung von ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten und das die Implementierung von Seminartagen, Mentoren und Train-the-Trainer-Kursen (Hoffmann, Flum und Steinhäuser 2016; Ledig et al. 2016). Zudem wurde das sog. „*Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin*“ eingeführt, welches den ÄiW als Leitlinie dienen sollte, um sich frühzeitig auf relevante allgemeinmedizinische Aktivitäten zu konzentrieren (Steinhäuser et al. 2013). Auch bieten Seminartage die Möglichkeit, die wichtigsten Themen des Praxismanagements (z.B. Abrechnung, Personalrecht und Existenzgründung) während der Weiterbildungszeit zu adressieren (Elisabeth Flum et al. 2016). Um dieses Modell auf Landesebene zu etablieren wurde 2015 im GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, die Förderung der Weiterbildung als Paragraph 75a in das SGB V aufgenommen und um zusätzliche Aspekte erweitert (KBV 2019). Es beinhaltet nun unter anderem die Einrichtung von Koordinierungsstellen und Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz, welche insgesamt auch *Kompetenzzentren* genannten werden (Schnack 2019).

Eine aktuelle Entwicklung zeigt der Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) Anfang Dezember 2019 für eine neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). In Anlehnung an den bereits 2017 verabschiedeten „*Masterplan*

Medizinstudium 2020“ beinhaltet der Arbeitsentwurf unter anderem folgende Punkte: Förderung der Kompetenz- und Praxisorientierung, vermehrte Wissenschaftsorientierung, eine Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik sowie die verstärkte Einbindung von Lehrpraxen und die Stärkung der Allgemeinmedizin. Letzteres soll durch ein allgemeinmedizinisches Pflichtquartal eine verpflichtende Abschlussprüfung in der Allgemeinmedizin geschehen (BÄK 2020, Marburger Bund 2020b).

4.3 LIMITATIONEN

Zur Einschätzung der Aussagekraft der ermittelten Hypothesen werden im Folgenden die Stärken und Schwächen der Studie dargestellt.

4.3.1. Rekrutierung und Stichprobe

Insgesamt erwies sich die Rekrutierung der ÄiW als Herausforderung. Die Rückmeldung in Schleswig-Holstein war mit einem Arzt in Weiterbildung für die Erstellung einer Fokusgruppe nicht ausreichend. Dies ist eine bekannte Limitation beim Einschluss von Hausärzt_innen in klinische Studien (Klimm et al. 2013). Nachdem die Suche bundesweit ausgeweitet und zusätzliche Telefoninterviews durchgeführt wurden, konnten jedoch genügend ÄiW in die Studie aufgenommen werden. Somit war es eine Stärke der Arbeit, das letztlich eine überregionale Rekrutierung von ÄiW aus mehreren Bundesländern stattgefunden hatte. Demgegenüber wurden ausschließlich Studierende aus Schleswig-Holstein befragt.

Die Zusammensetzung der Stichprobe könnte zu einem Verlust an Informationen geführt haben. Sie erfolgte anhand des Merkmals “Medizinstudierender bzw. Ärzt_in in Weiterbildung“. Die Gruppen wurden zudem nach demographischen Kriterien (Beruf, Bildung, Alter) sehr homogen zusammengestellt. Die methodische Begründung war es, dass „homogene Klassen, Lebensbereich spezifische Sinnzuschreibungen und Orientierungen aufweisen, die während eines Diskurses nicht erst entstehen, sondern repräsentiert werden und somit auch reproduzierbar sind“ (Schulz, Mack und Renn 2012, Bohnsack 2013). Darüber hinaus könnte es zu einer Stichprobenverzerrung (*Selection bias*) gekommen sein, da sich vornehmlich Teilnehmer_innen zurückgemeldet haben könnten, die bereits eine größere Motivation und Vorliebe für die Allgemeinmedizin mitbringen. Dazu gehört auch der Aspekt, dass nur ÄiW zum Fachärzt_in für

Allgemeinmedizin befragt wurden. Es wäre zwar grundsätzlich möglich gewesen jeden Menschen bezüglich seiner subjektiven Einstellung zum ländlichen Raum zu befragen. Jedoch war die weiterführende Frage nach Strategien gegen den *Hausärztemangel* in ländlichen Regionen ein essenzieller Aspekt der Arbeit. Bei den Hausärzten („Generalisten“) handelt es sich dabei mit Abstand um die Größte Ärztesgruppe in „ländlich“ definierten Räumen (in Orten mit < 10.000 Einwohner praktizieren gerade mal noch etwa 2% Spezialisten) (Scheidt et al 2015). Grund dafür ist vor allem die Bedarfsplanung in Deutschland (siehe Einleitung; Medizinische Versorgung Seite 21). Man ging daher davon aus, dass sie nur von der gewählten Stichprobe adäquat erarbeitet werden konnte. Die Teilnehmer_innen zeigten eine für die Medizin repräsentative Geschlechterverteilung: Das Verhältnis zwischen Frauen / Männer lag bei etwa 70% / 30%. Die Stichprobe setzte sich aus etwa 50% Studierenden sowie 50% ÄiW zusammen. Die Forschungsfrage umfasste zum einen ländliche Räume und zum anderen die Arbeit als Allgemeinärzt_in. Ein Teil der Teilnehmer ist weder im ländlichen Raum aufgewachsen (von 33 Teilnehmer kamen 17 nach eigener Aussage aus dem ländlichen Raum) noch hatten sie medizinische Berufserfahrung. Daher muss davon ausgegangen werden, dass in der Studie repräsentierte Aussagen allein aus Vorstellungen, Vorurteilen oder aus Halbwissen entspringen sein könnten (s.u. - Quellen).

4.3.2. Limitationen der Methodik

Für diese Studie wurde ein qualitatives Design gewählt, um ein tiefes Verständnis für individuelle Motive und Verhaltensweisen sowie Einblicke in die subjektive Wahrnehmung der Studierenden und ÄiW zu ländlichen Gebieten zu erhalten (Knüpfer et al. 2012). Vorteilhaft ist diese Art der Herangehensweisen vor allem in Bereichen, in denen noch wenig Wissen zu einem Forschungsgegenstand vorhanden ist (Lamnek und Krell 2016). Als Nachteil der qualitativen Forschung wird vornehmlich die mangelnde Objektivität gesehen. Die Ergebnisse sind zudem stark abhängig von der Qualifikation der durchführenden Person (Witt 2001; Rübken und Wetzel 2016).

Zu Beginn der Studie stand die Überlegung, welche qualitative Methodik sich dafür am besten eignen würde. Der Wunsch war es, sich der Forschungsfrage auf neue Weise zu nähern. Zunächst bestand die Idee auch Bilder, die Assoziationen mit dem ländlichen Raum erzeugen, zu nutzen. Die Verwendung von Bildern bzw. Fotografien, fällt unter den Begriff „visuelle Soziologie“. Sie bietet unter anderem die Möglichkeit, zur Bestätigung oder Weiterentwicklung bestehender Theorien beizutragen. Dies in der

Literatur auch „fotogeleitete Hervorlockung“ genannte Forschungsinstrument wird verglichen mit einem „kulturellen Rorschach-Test“, der den befragten Personen (rein subjektive) Bildinterpretationen entlocken soll (Harper 2013). Die Implementierung dieser Methodik wurde jedoch bereits zu Beginn der Arbeit verworfen, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Theorien zur Forschungsfrage entwickelt wurden. Daher entschied man sich alternativ für das Brainstorming (s.u.). Dennoch ist die Verwendung von Bildern eine wissenschaftliche Methode, welche viel Potenzial für ein weiterführendes Verständnis der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume bieten könnte.

Unter Verwendung eines qualitativen Leitfadens, folgte die Entscheidung für eine Kombination folgender Methoden: Dem Brainstorming, der Fokusgruppe (Gruppendiskussion) und den semi-strukturierten, leitfadengeführten Interviews. Brainstorming fand in dieser Arbeit in Form des sogenannten *Brainwritings* Verwendung. Es handelt sich um eine Brainstorming-Methode, in der die einzeln generierten Begriffe von den Teilnehmer_innen auf Zetteln oder Karteikarten festgehalten wurden. Dadurch sollte die Produktivität innerhalb der Brainstorming-Gruppe verbessert werden (Lassiter, Brown und Paulus 2002). Grund für die Wahl der Methode waren Vorarbeiten aus der Implementierungsforschung, die zeigten, dass sich durch die Kombination der qualitativen Methoden Brainstorming und Fokusgruppen ein Optimum an Hypothesen in kürzester Zeit generieren lassen (Wensing et al 2014).

Zudem sollte das Studiendesign den Teilnehmer_innen ein hohes Maß an Offenheit und Individualität ermöglichen.

Eine Stärke von Fokusgruppen liegt ebenfalls in der Generierung von Hypothesen. Ziel sollte sein möglichst viele Facetten eines Themas zur Sprache zu bringen (Littig und Wallace 1997). Zur Strukturierung der Gruppendiskussion diente ein Leitfaden. Zwar wurde dieser im Verlauf der Arbeit kontinuierlich um neue Fragen erweitert, doch fanden sich in jedem Gespräch die Kernfrage, die den subjektiven Eindruck ländlicher Räume und die Einflussfaktoren auf ein späteres Praktizieren in ländlichen Gebieten beurteilen sollten. Ein vorher festgelegter Leitfadens erhöhte außerdem die Vergleichbarkeit von Ergebnissen der durchgeführten Fokusgruppen. Gleichzeitig musste darauf geachtet werden, dass der Leitfaden in den Gruppendiskussionen auf eine überschaubare Anzahl an Fragen beschränkt wurde, um eine Gruppendynamik der Teilnehmer_innen nicht zu behindern (Bohnsack 2013). Denn ein Vorteil der Fokusgruppe liegt auch darin, dass der Interviewende zwar konkrete Fragen stellen, die Befragten aber frei reagieren und das Gespräch somit auch auf neue Gesichtspunkte lenken können. Ein Verfahren, welches

daher nachweislich den Output einer Diskussionsrunde erhöhen kann, ist ein Interview-geschulter Moderator, der die Gruppendynamik richtig einzuschätzen weiß (Kramer, Fleming und Mannis 2001). Um für einen sicheren Ablauf der Gespräche zu sorgen, wurde entschieden, dass die Verfasserin der Arbeit gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. Steinhäuser die Moderation und Dokumentation der Fokusgruppen übernehmen sollte. Das Gesagte wurde auf Tonband aufgezeichnet und stichpunktartig handschriftlich festgehalten. Zum einen diente diese Dokumentation einer Absicherung, zum anderen konnten hier erste Gedanken zum Gesagten notiert werden.

Methodische Limitationen bei der Verwendung von Fokusgruppen sind sogenannte Gruppeneffekte. Aufgrund des sogenannten *Common-Knowledge-* oder *Allgemeinwissen-Effektes* schöpfen Gruppen beispielsweise ihr ganzes Wissen häufig nicht aus. Das bedeutet, dass relevante Informationen, die sich nur bei einer Minderheit von Gruppenmitgliedern finden, häufig nicht in die Gruppendiskussion aufgenommen werden (Straus et al. 2008). Es ist somit wahrscheinlicher, dass Gruppen Informationen erwähnen und diskutieren, die von allen Gruppenmitgliedern als allgemein gültig empfunden werden, was zu einem Informationsverlust führen kann (Faulmüller et al. 2010). Darüber hinaus haben Studien in der Vergangenheit bewiesen, dass eine Gruppe einen entscheidenden Einfluss auf die Denkweise von Individuen haben kann (Asch 1951). Wenn Teilnehmer_innen einer Gruppendiskussion die Positionen anderer Gruppenmitglieder erfahren, erliegen sie einem bestimmten Druck, ihre eigene Haltung in die Richtung der Gruppe zu ändern. Durch dieses *Gruppendenken* kann sich häufig „keine polarisierende Meinung bilden und es kommt zu Einschränkungen in qualitativen Denkprozessen sowie der Darlegung und Bewertung alternativer Ideen“ (Straus et al. 2008). Dies betrifft insbesondere Gruppen, die in ihren Überzeugungen und Werten homogen sind (Isenberg 1986), so wie es in der vorliegenden Studie der Fall war. Im Laufe einer Gruppendiskussion werden unweigerlich Aussagen getroffen, die bestimmte Standpunkte unterstützen oder widersprechen. In solchen Situationen neigen sowohl Gruppen als auch Einzelpersonen dazu, Meinungen zu bereits etablierten Wertungen der Gesellschaft zu wiederholen und nicht nach neuen Meinungen zu suchen. Dieses Phänomen nennt sich *Confirmation Bias* oder Voreingenommenheit (Schulz-Hardt et al. 2000). Ein Problem dabei ist, dass Personen oder Gruppen hierbei häufig Aussagen auf der Grundlage unvollständiger oder fehlender Informationen treffen (Straus et al. 2008). Zudem neigen Studienteilnehmer_innen dazu, das Ausmaß ihres Wissens zu überschätzen, ein Phänomen, welches auch als *Overconfidence* bezeichnet wird

(Camerer 1991). Dadurch ergibt sich das Problem, dass diese Personen möglicherweise weniger bereit sind, zusätzliche Informationen zu suchen oder die Meinungen anderer einzubeziehen (Sieck and Arkes 2005).

Die Wahl der semistrukturierten Leitfaden-Interviews im späteren Verlauf der Arbeit zeigte sich daher als Vorteil. Sie lieferten nicht nur neue Hypothesen, sondern entzogen sich den Gruppeneffekten.

4.4 SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Generierung von Hypothesen, welche Einflussfaktoren die subjektive Wahrnehmung ländlicher Räume prägen und wie diese die Wahl als Allgemeinärzt_in auf dem Land leben und/ oder praktizieren zu wollen, beeinflussen.

Ein wesentliches Ergebnis stelle die *Notwendigkeit einer persönlichen Verbindung zu ländlichen Gebieten* dar. Sie ist ein bereits in der Literatur bekannter Einflussfaktor. Es gibt viele Studien und Strategien, die hierauf aufbauen. Auch die Politik nutzt in neuen Reformen die persönliche Verbindung zum ländlichen Raum als Strategie gegen den Ärztemangel in ländlichen Regionen, wie der „Masterplan Medizinstudium 2020“ mit der Implementierung einer *Landarztquote* zeigte. Diese Maßnahmen stützen sich bisher jedoch alleinig auf Personen, die bereits eine Verbindung zu ländlichen Gebieten aufweisen. Insbesondere diejenigen, die noch keine besitzen und kein Bild von dem Leben oder der Arbeit auf dem Land haben, sollten in Zukunft in den Fokus genommen werden. Eine Bindung könnte schon während der medizinischen Ausbildung gestärkt werden, indem beispielsweise Elemente des Studiums aufs Land verlegt werden. Eine erste Umsetzung der Hypothese *“Notwendigkeit einer persönlichen Verbindung zu ländlichen Gebieten“* zeigte sich in dem Angebot von Spezialkursen für Ärzt_innen aus Drittländern zur Vorbereitung auf eine medizinische Tätigkeit in Schleswig-Holstein. Ziel war es, den Teilnehmenden einen lebendigen Eindruck von den ländlichen Regionen in diesem Bundesland zu vermitteln, um die Wahrscheinlichkeit, dass sie dort praktizieren wollen, zu erhöhen. Dazu besuchten die Teilnehmer_innen einen 10-tägigen Kurs, bei dem sie innovative Praxiskonzepte lernten, Gespräche auf kommunaler Ebene führten und auf lokale Attraktionen hingewiesen wurden. Sie wurden durchweg sehr positiv wahrgenommen (Steinhäuser 2017). Eine weiterführende Studie mit Ärzt_innen

aus Drittstaaten nutze gezielte Input-Vorträge und einen Landgang einen Einblick in die Arbeit in ländlichen Gebieten zu ermöglichen. Tatsächlich zeigten sich positive Effekte gegenüber dem Bestreben im ländlichen Raum arbeiten zu wollen (Hahn und Steinhäuser 2019). Versuche den ländlichen Raum auch deutschen ÄiW der Allgemeinmedizin näher zu bringen, wie bspw. durch *Landtage*, sind zudem Wege in die richtige Richtung. Eine praxisnahe Gestaltung der universitären Ausbildung von Mediziner*innen und die Förderung der Allgemeinmedizin, unter anderem durch ein Pflichttutorium im praktischen Jahr wird beispielsweise in dem Entwurf der Reform der Approbationsordnung vorgelegt. Auch, wenn an dem ersten Entwurf Änderungsbedarf gesehen wird, enthält er viele richtige Ansätze, resümierte auch die BÄK (BÄK 2020). Eine weitere Hypothese ist, dass die Lebensphase einen entscheidenden Einfluss auf die Wahrnehmung ländlicher Räume und auch auf die spätere Wohn- und Arbeitsplatzwahl hat. Insbesondere junge Eltern folgen dem Suburbanisierungstrend der letzten Jahre (Hochstetter 2013). Versuche, wie mit dem Modellvorhaben „*Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen*“ (BMVI 2018b) zielen zwar auf die Entwicklung von Konzepten zur zukunftsfähigen Versorgung und bedarfsgerechten Mobilität in ländlichen Regionen ab. Ländliche Gemeinden sollten darüber hinaus ihre Bemühungen bezüglich Familienfreundlichkeit, Kinderbetreuung, Schulen und Ausbildungsangeboten intensivieren.

Als weitere Hypothese ergab die Arbeit, dass gerade bei frisch approbierten ÄiW eine klinische Unsicherheit herrscht, die sie davon abhält allein in einer Praxis – vor allem auf dem Land – arbeiten zu wollen. Als wünschenswert wurden bspw. Praxismanagementkurse hervorgehoben, da betriebswirtschaftliche Aspekte über die Führung einer Praxis nicht gelehrt werden und zu Existenz- und Koordinierungsängsten führen. Hierzu wurden im Rahmen einer institutsinternen Arbeitsgruppe bereits Simulationsspiele zum Unterrichten von unternehmerischen Fähigkeiten entwickelt, um Medizinstudierenden ein besseres Verständnis für das Praxismanagement zu vermitteln (Kohlhaas et al. 2018). Zudem sollte eine frühzeitige und umfassende allgemeinmedizinisch orientierte Lehre während des Studiums gefördert und eine national standardisierte und strukturierte Weiterbildung eingeführt werden. Initiativen der letzten Jahre, die sich mit dieser Problematik beschäftigen, sind unter anderem der Ausbau von Verbundweiterbildungen, die Einführung des kompetenzbasierten Curriculums. Hinzu kamen Reformen in der Förderung der Allgemeinmedizin und Entwürfe zu Änderungen der Approbationsordnung.

Ein häufiges Vorurteil mit der Arbeit als „Landarzt“ ist die hohe Arbeitsbelastung, die junge ÄiW abschreckt. Die Ermöglichung einer „*Work-life-Balance*“ ist jedoch gerade für die nachrückende Generation ein essentieller Faktor für die Entscheidung des Arbeitsplatzes. Zwar gibt es abgelegene Praxen, die noch unter die Kategorie „hohe Arbeitsbelastung“ fallen, jedoch zeigt sich auch in ländlichen Gebieten ein Trend zur Etablierung von Kooperationen und Teampraxen, welche bewiesenermaßen ähnliche Arbeitszeiten und vor allem weniger Dienste aufweisen. Gerade um den Austausch zwischen Kolleg_innen auch über weitere Strecken zu ermöglichen und jungen Ärzt_Innen einen Anreiz zu bieten sollte mehr Aufmerksamkeit auf eine Verbesserung in der lokalen Infrastruktur, wie bspw. dem öffentlichen (Nah-)Verkehr mit einer regelmäßigen Anbindung an die nächstgelegene Großstadt und einer flächendeckenden Internetanbindung gelegt werden.

Um Studierende, die sich noch nicht auf ein Gebiet festgelegt haben für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, wäre auch die Verbesserung des Images der Allgemeinmedizin und der Hausärzt_innen erstrebenswert.

In Folgestudien könnten die hier genierten Hypothesen noch einer Gewichtung durch eine ergänzende Querschnittstudie unterzogen werden, um dadurch einen weiteren Schritt hin zu der Entwicklung von Strategien gegen den Hausärztemangel darzustellen (Creswell und Plano Clark. 2011).

Leider führte die Suche nach einer Definition des ländlichen Raumen über die subjektive Wahrnehmung nicht zu einem Ergebnis. In weiterführenden Studien könnten dazu bspw. Interviews mit Bildern/ Fotografien ergänzt werden, um den Befragten ein breiteres Verständnis ländlicher Räume zu entlocken (Harper 2013).

ZUSAMMENFASSUNG

Der zunehmende Bedarf an Allgemeinärzt_innen in ländlichen Regionen, stellt westliche Länder vor eine Herausforderung. Bisher wurden viele Strategien entwickelt, um dem entgegenzuwirken. Ein dabei weitestgehend unterschätzter Aspekt, ist die subjektive Wahrnehmung jedes Einzelnen zum ländlichen Raum und inwiefern diese die Entscheidung beeinflussen könnte, dort leben/ arbeiten zu wollen. Das Ziel dieser Studie war es daher, Faktoren zu untersuchen, die den subjektiven Eindruck vom ländlichen Raum beeinflussen, um eine Grundlage für die Entwicklung maßgeschneiderter Strategien gegen den Ärztemangel in ländlichen Gebieten zu schaffen. Dazu wurde eine qualitative Studie mit Brainstorming, Fokusgruppen (FG) und semi-strukturierten Interviews bestehend aus Medizinstudierenden und ÄiW durchgeführt. Die Interviews und FG wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und von zwei unabhängigen Forscherinnen mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Stichprobe setzte sich aus 16 Medizinstudierenden und 17 ÄiW, darunter 24 Frauen und neun Männer zusammen, und war im Durchschnitt 28 Jahre alt. Beeinflussender Faktor auf die subjektive Wahrnehmung des ländlichen Raums war unter anderem eine persönliche Verbindung (bspw. Herkunft oder Erfahrungen) zu diesem. Sie beeinflusste wiederum positive und negative Assoziationen mit dem ländlichen Leben und stellte einen entscheidenden Faktor für die Entscheidung dar, in ländlichen Gebieten leben/ arbeiten zu wollen. Ein Wohn- und/oder Arbeitsplatzwechsel dorthin ohne eine Verbindung scheint unwahrscheinlich. Abhängig von der jeweiligen Lebensphase, bspw. Studienzeit versus Elternzeit bzw. Familienplanung, waren verschiedene Ortsfaktoren relevant. Darunter zählten unter anderen eine größere Auswahl an Freizeit- und kulturellen Angeboten, Anbindung an Städte sowie die Qualität der örtlichen Bildungsstrukturen. Vorurteile und ein negativ geprägtes Image der Allgemeinmedizin scheinen zudem relevante Aspekte zu sein, die Studierende von einer Karriere – vor allem als ein auf dem Land praktizierender – Allgemeinärzt_in distanzieren. Auch fühlten sich Studierende und frisch graduierte ÄiW nicht ausreichend vorbereitet, uneingeschränkt selbstständig als Allgemeinärzt_in tätig zu sein. Strategien, die eine persönliche Verbindung zu ländlichen Gebieten während des Medizinstudiums und der Weiterbildung erzeugen, sollten weiter ausgebaut werden. Um die Attraktivität einer ländlichen Region oder Ortschaft zu steigern, sollten die Familienfreundlichkeit (bspw. Kinderbetreuung und Schulen) und die Attraktivität der lokalen Arbeitsbedingungen hervorgehoben werden. Falls Mängel in der Infrastruktur bestehen (bspw. in der Internet- und Verkehrsanbindung), sollten diese ausgeglichen werden. Darüber hinaus muss die standardisierte und strukturierte postgraduelle Ausbildung weiter ausgebaut sowie ein kollegialer Austausch gefördert werden, bspw. durch die Möglichkeit in einer Teampraxis in ländlichen Gebieten zu arbeiten.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aerssen B van. Brainstorming (Stand 2012), in: *Atelier für Ideen*, URL: <https://www.ideenfindung.de/Brainstorming-Kreativitaetstechnik-Ideenfindung.html> (abgerufen am 23.11.2018)
- Aktuelle Grundstückspreise in Deutschland 2019 o.V. (Stand: Dezember 2018). In: IVD Bundesverband. URL: <https://www.vergleich.de/grundstueckspreise.html> (abgerufen am 11.05.2019)
- Albert M, Hurrelmann K, Quenzel G, Schneekloth U (2015) Jugend 2015: Die 17. Shell Jugendstudie. http://www.schule-wirtschaftsaarland.de/fileadmin/user_upload/SchuleWirtschaft-Saar/Studien/Shell_Jugendstudie2015.pdf (abgerufen am 24.08.2018)
- Asch, SE (1951) Effects of Group Pressure on the Modification and Distortion of Judgments. In: Guetzknow, H., Ed., *Groups, Leadership and Men*, Pittsburgh, PA, Carnegie Press, 177-190. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N, Wensing M, Fiander M, Eccles MP, Goddycki-Cwirko M, van Lieshout J, Jäger C (2015) Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD005470. doi:10.1002/14651858.CD005470.pub3
- Balestrieri M (2016) Exploring the concept of rurality among university students in Sardinia, Italy, *Rural Society*, 25:2, 117-133, doi: 10.1080/10371656.2016.1194323
- Bartels A, Voigt K, Riemenschneider H et al (2017) Facharztpräferenzen von Medizinstudierenden im Kontrast zum Bedarf an Allgemeinmediziner in Sachsen. *Das Gesundheitswesen*; 79(03): 188 - 194. doi:10.1055/s-0042-102339
- Barthen L, Gerlinger T (2016) Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister. *Das Gesundheitswesen*; 78(10): 645 - 650. doi:10.1055/s-0035-1549995
- Bauer J (2012) Strategien und Maßnahmen zur Entwicklung von Lebensqualität und Attraktivität in einer ländlichen Gemeinde unter besonderer Berücksichtigung der Erwachsenen im Alter von 18-50 Jahren - am Beispiel des Marktes Heiligenstadt i. OFr. -. Arbeitspapiere zur Regionalentwicklung Elektronische Schriftenreihe des Lehrstuhls In: Arbeitspapiere zur Regionalentwicklung – Elektronische Schriftenreihe des Lehrstuhls Regionalentwicklung und Raumordnung der Technischen Universität Kaiserslautern Band 14. URL: https://regionalentwicklung-raumordnung.de/wp-content/uploads/2018/04/AzR_E-Paper_Band14_Bauer.pdf (abgerufen am 23.03.2017)

- Bell D (1997) Anti-idyll: rural horror. In: Paul Cloke/Jo Little (Hrsg.) *Contested Countryside Cultures: Otherness, Marginalisation, and Rurality*. London: Routledge, S. 94–108.
- Benedetti F, Durando J, Vighetti S (2014) Nocebo and placebo modulation of hypobaric hypoxia headache involves the cyclooxygenase-prostaglandins pathway. *Pain*, 155, pp. 921-928
- Berner B (2014) Einführung in das Vertragsarztrecht. Zentrale Mitarbeiterfortbildung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Berlin.
- Bierbach P (2019): Gehaltsatlas 2019: Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von Region und Gehalt in Deutschland. In: Gehalt.de URL: <https://cdn.personalmarkt.de/cms/gehaltsatlas-2019.pdf> (abgerufen am 17.09.2019)
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bmvd) (2019) Berufsmonitor Medizinstudium 2018. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2019_01_Pr_sentation_Berufsmonitor_Medizinstud_Medizin_bvmd.pdf (abgerufen am 29.05.2019)
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bmvd), Medizinischer Fakultätentag (MFT) und Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.) (2015). Masterplan – Quo Vadis?. Gemeinsame Stellungnahme bvmd, MFT, DEGAM. URL: https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2017/12/2016-11_masterplan_quo_vadis_-_gemeinsame_stellungnahme_bvmd__mft__degam_pdf.pdf (abgerufen am 24.11.2018)
- Bodenheimer T, Pham HH (2010). Primary Care: current problems and proposed solutions. *Health Aff (Millwood)*; 29 (5): 799–805. doi:10.1377/hlthaff.2010.0026.
- Bohnsack R (2013) Gruppendiskussion. In: *Qualitative Forschung*, von Uwe Flick, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke (Hrsg.), 10. Edition. Hamburg: Rowohlt: S. 369–83.
- Bourke L, Sheridan C, Russell U, Jones G, DeWitt D, Liaw ST (2004) Developing a conceptual understanding of rural health practice. *Aust J Rural Health* 12 (5): 181–86. doi:10.1111/j.1440-1854.2004.00601.x.
- Bourke L, Taylor J, Humphreys JS, Wakerman J (2013) Rural health is subjective, everyone sees it differently’: understandings of rural health among australian stakeholders. *Health Place* 24:65–72. doi:10.1016/j.healthplace.2013.08.005. Epub 26.08.2013

- Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2015a). Beschlussprotokoll 2015. In: 118. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll. Frankfurt am Main. S.12-400. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf (abgerufen am 01.08.2017)
- Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2015b) (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 23.10.2015. S. 1–204.
- Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2018) Ärztestatistik zum 31.Dezember 2018. URL:https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf (abgerufen am 12.05.2019)
- Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2020) Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Arbeitsentwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). URL:https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/AEApprO_Arbeitsentwurf_SN_BAEK_final_24012020.pdf (abgerufen am 05.04.2020)
- Bundesgesetzblatt (2011) Gesetz Zur Verbesserung Der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Teil 1 Nr. 70 In: Bundesanzeiger Verlag. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id=%27bgbl111s2983.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl111s2983.pdf%27%5D__1557753189827 (abgerufen am 29.09.2018)
- Bundesministerium für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.) (2005) Raumordnungsbericht 2005 in: Berichte. Vol. 21. Bonn URL: https://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Abgeschlossen/Berichte/2006_2007/Bd23Raumordnungsprognose2020.html?nn=445322 (abgerufen am 25.07.2018)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2017) Masterplan Medizinstudium 2020. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) – Aktuelles. URL: <https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>. (abgerufen 23.11.2018)
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (Hrsg.) (2016) Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der ländlichen Räume 2016. In: bmel.de URL: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/Regierungsbericht-Laendliche-Raeume-2016.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 11.05.2019)
- Bundesminiterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019) Demografischer Wandel - Gemeinsam Lösungsansätze entwickeln (Stand 11.04.2019). In: Bundesminiterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (bmfsfj.de) - Hintergrundmeldung. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und->

gesellschaft/demografischer-wandel-und-nachhaltigkeit/demografischer-wandel/75000 (abgerufen am 12.05.2019)

Bundesministerium des Inneren (BMI) (Hrsg.) (2017) Jeden Alter zählt - „Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“ - Eine demografiepolitische Bilanz der Bundesregierung zum Ende der 18. Legislaturperiode, Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) / Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2009) Ländliche Räume im demografischen Wandel. BBSR-Online-Publikation 34/09. urn:nbn:de:0093-ON3409R142 URL: https://dgd-online.de/wp-content/uploads/2018/01/DL_ON342009.pdf (abgerufen am 25.07.2017)

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) (Hrsg.) (2018a) Aktuelle Breitbandverfügbarkeit in Deutschland (Stand Mitte 2018). Erhebung des TÜV Rheinland im Auftrag des BMVI. https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Publikationen/DG/breitband-verfuegbarkeit-mitte-2018.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 23.11.2018)

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) (Hrsg.) (2018b) Sicherung von Versorgung und Mobilität - Strategien und Praxisbeispiele für gleichwertige Lebensverhältnisse in ländlichen Räumen. URL: http://www.modellvorhaben-versorgung-mobilitaet.de/fileadmin/files/dokumente/Abschlussbrosch_Versorgung_Mobilitaet_lalaen_Raum_barr_frei.pdf (abgerufen am 12.05.219)

Bussche, H van den, Kromark K, Köhl-Hackert N, Robra B, Rothe K, Schmidt A, Stosch C, et al. (2012) Hausarzt oder Spezialist im In- Oder Ausland? *Das Gesundheitswesen* 74 (12): 786–92. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1311619>.

Bussche H van den, Ziegler S, Rakebrandt A, Keim R, Pietsch B, Scherer M (2016) Ändert sich die Einstellung zur hausärztlichen Tätigkeit im Laufe der Weiterbildung im Krankenhaus? *FZA Z Allg Med* 92: 314–19. doi:10.3238/zfa.2016.0314.

Camerer CF (1991) Judgment and decision daking, J. Frank Yates. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall Inc. 1990. *Journal of Behavioral Decision Making* 4 (1). John Wiley & Sons, Ltd: 76–78. doi:10.1002/bdm.3960040107.

Cloke PJ (1977) An index of rurality for England and Wales. *Regional Studies* 11:1, 31-46. doi 1080/09595237700185041

Cloke P, Edwards G (1986) Rurality in England and Wales 1981: A replication of the 1971 index. *Regional Studies* 20:4: 289-306(18). doi <https://doi.org/10.1080/095952368600185271>

- Colwill JM, Cultice JM, Kruse RL (2008) Will generalist Physician Supply Meet Demands of an Increasing and Aging Population? *Health Affairs* 27 (3): w232-41. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w232. Epub 29.04.2008
- Creswell JA, Plano Clark VL (2011) Designing and Conducting Mixed Methods Research. SAGE Los Angeles.
- Dam F Van, Heins S, Elbersen BS (2002) Lay Discourses of the Rural and Stated and Revealed Preferences for Rural Living. Some Evidence of the Existence of a Rural Idyll in the Netherlands. *Journal of Rural Studies* 18 (4): 461–76. doi:10.1016/S0743-0167(02)00035-9.
- Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H (2015) Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP Career--a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 33 (1): 47–53. doi:10.3109/02813432.2015.1020661.
- Dijkstra L, Poelman H (2014) A harmonised definition of cities and rural areas: The new degree of urbanisation. *Regional and Urban Policy*. Working Papers No.1. S. 1-23
- DLKG (Deutsche Landeskulturgesellschaft) (Hrsg.) (2006) Schriftenreihe Ländlicher Raum auf Roter Liste - Der Beitrag der Integrierten Ländlichen Entwicklung zur Schaffung von Arbeitsplätzen unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in Deutschland. *Sonderheft No1*. S. 1-114. URL: https://www.landentwicklung.de/fileadmin/sites/Landentwicklung/Dateien/Leitlinien/rote_liste_deutsch.pdf (abgerufen am 12.06.2017)
- Dürrenberger G, Behringer J (1999) Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung. In: Leitfaden. Akad. für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart, S.1-103
- Eurostat (2018a) Lokale Verwaltungseinheiten (LAU). In: Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/nuts/local-administrative-units> (abgerufen am 16.12.2018)
- Eurostat (2018b) NUTS - Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik. In Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/nuts/background> (abgerufen am 16.12.2018)
- Faulmüller N, Kerschreiter R, Mojzisch A, Schulz-Hardt S (2010) Beyond group-level explanations for the failure of groups to solve hidden profiles: The individual preference effect revisited. *Group Processes & Intergroup Relations*, 13(5), 653–671. <https://doi.org/10.1177/1368430210369143> (abgerufen am 24.11.2018)
- Feijten P, Hooimeijer P, Mulder CH (2008) Residential experience and residential environment choice over the life-course. *Urban Studies* 45 (1): 141–62. doi:10.1177/0042098007085105.

- Finkenstädt V (2017) Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick. *Wissenschaftliches Institut der PKV*. http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Studien_in_Buchform/WIP_Zugangshuerden_in_der_Gesundheitsversorgung.pdf (abgerufen am 25.03.2020)
- Flach, H (2012) Der Landarzt geht in Rente: Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. In: Graue Reihe des Instituts für Stadt- und Regionalplanung; 37 *Univ.-Verl. Der TU, Univ.-Bibliothek*, Berlin
- Flick U (2007) Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. 7. Auflage 2016. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Flick U, Kardorff E von, Steinke I (2013) Was Ist Qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In *Qualitative Forschung*, 10. Auflage., 13–29. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flum, E, Goetz K, Berger S, Ledig T, Steinhäuser J (2016) Can a ‘rural Day’ Make a Difference to GP Shortage across Rural Germany? *Rural and Remote Health* 16 (1): 1–8.
- Flum E, Magez J, Aluttis F, Hoffmann M, Joos S, Ledig T, Oeljeklaus L, Simon M, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2016) Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 112: 54–60. doi:10.1016/j.zefq.2016.03.012.
- Freikamp U (2008) Bewertungskriterien für eine qualitative und kritischemanzipatorische Sozialforschung. In: Ulrike Freikamp, Matthias Leanza, Janne Mende, Stefan Müller, Peter Ullrich und Heinz-Jürgen Voß (Hrsg.): *Kritik mit Methode? Forschungsmethoden und Gesellschaftskritik*. Bonn: Dietz, 215–232.
- Gottschling C (2018) Gehaltsreport 2018: Die finanzielle Situation von Ärzten in Deutschland In: Medscape, URL: <https://deutsch.medscape.com/diashow/49000615#6>. (abgerufen, 03.01.2019)
- Gerlach FM, Schaeffer D, Greiner W, Thürmann P, Wille E, Haubitz M, Thüsing G (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.” *BT-Drs.* Vol. 18/1940. Bonn. doi:10.5771/1611-5821-2014-6-7.
- Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller CH (2012) Berufserwartungen von Medizinstudierenden. *Deutsches Arzteblatt International* 109 (18): 327–31. doi:10.3238/arztebl.2012.0327.

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2013) Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung. Reformoptionen des GKV- Spitzenverbandes. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat am 27.November
- Goetz K, Berger S, Gavartina A, Zaroti S, Szecsenyi J (2015) How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care?-A questionnaire survey knowledge, attitudes, behaviors, education, and communication. *BMC Family Practice* 16 (1): 1–7. doi:10.1186/s12875-015-0366-y.
- Goss S (2013) Defining and measuring Rurality. URL: https://www.undp.org/content/dam/bosnia_and_herzegovina/docs/Research&Publications/NHDR/2013/Annex%20%20-%20Defining%20and%20Measuring%20Rurality.pdf (abgerufen am 03.01.2019)
- Gossen M, Scholl G (2017) Was junge Menschen bewegt: Umwelt- und stadtpolitische Themen der Zukunft. Diskussionspapier des Instituts für ökologische Wirtschaftsforschung (IÖW) 67. URL: http://www.wirmuessenreden.net/wp-content/uploads/2017/07/IOEW_DP_67_Was_junge_Menschen_bewegt.pdf (abgerufen am 01.03.2019)
- Greif F (2004) Der Zustand der ländlichen Räume in Ostmitteleuropa. Ländlicher Raum 4: 18. URL: https://www.bmnt.gv.at/dam/jcr:b5f2e522-d96d.../Greif_end_end%5B1%5D.pdf (abgerufen am 27.08.2018)
- Grundstückspreise 2019: Was kostet Bauland in Deutschland? o.V. In: Vergleich.de Gesellschaft für Verbraucherinformation mbH (Quelle: VD Bundesverband, Stand: Dezember 2018) URL: <https://www.vergleich.de/grundstueckspreise.html> (abgerufen am: 11.05.2019)
- Günterberg K (2011) Ärztemangel in Deutschland: Hausärzte-, Landärzte- oder Fachärztemangel? Ärztemangel! *Berliner Ärzteblatt* 2: 21–22.
- Hahn K, Steinhäuser J (2019) Strategien für den ländlichen Raum: Entwicklung und erste Erfahrungen mit einem 80 Stunden Kurs für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten zur Vorbereitung auf ihre ärztliche Tätigkeit in Deutschland. *GMS J Med Educ*; 36(3): Doc25
- Hahne U (2009) Zukunftskonzepte für schrumpfende ländliche Räume. Von dezentralen und eigenständigen Lösungen zur Aufrichterhaltung der Lebensqualität und zur Stibilisierung der Erwerbsgesellschaft. *Neues Archiv Für Niedersachsen. Zeitschrift Für Stadt-, Regional- Und Landesentwicklung* 1: 1–20.
- Halfacree K (1993) Locality and Social representation: Space, discourse and alternative Definitions of the Rural.” *Journal of Rural Studies*. 9(1): 23-37
- Halfacree K (2007) Still Surprises in Store. Revisiting the Ordinary in Rural Geography. *Documents d’Anàlisi Geogràfica* 50: 87-103.

- Harper D (2013) Fotografien als sozialwissenschaftliche Daten. In: *Qualitative Forschung*, von Uwe Flick, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke (Hrsg.), 10. Edition. Hamburg: Rowohlt: S. 402-416.
- Harrington V, O'Donoghue D (1998) Rurality in England and Wales 1991: A Replication and Extension of the 1981 Rurality Index. *Sociologia Ruralis* 38 (2): 178–203. doi:10.1111/1467-9523.00071.
- Hart LG, Larson EH, Lishner DM (2005) Rural Definitions for Health Policy and Research. *American Journal of Public Health* 95 (7): 1149–55. doi:10.2105/AJPH.2004.042432.
- Haugen, MS, Villa M (2006) Gossip and rumour – the dark side of the rural safe and good? Young people's gendered narratives of rural life. *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography*, 60(3), 209–216.
- Health Relations (2016). LA-MED-Studie Der Arzt im Internet: E-Mail, Datenaustausch, Recherche, Fortbildung. URL: <http://www.healthrelations.de/der-arzt-im-internet/> (abgerufen am 15.07.2019)
- Heinz A, Jacob R (2012) Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55 (2): 245–53. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1413-z>.
- Henry JA, Edwards BJ, Crotty B (2009) Why Do Medical Graduates Choose Rural Careers? *Rural and Remote Health* 9 (1): 1083. doi:1083 [pii].
- Herr D, Götz K (2014) Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. *G+G Wissenschaft* 14(3): 7–15.
- Hibbeler B (2010) Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin: Strukturiert zum Ziel Dtsch Arztebl; 107(30): A-1436 / B-1270 / C-1250 URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/77710/Verbundweiterbildung-Allgemeinmedizin-Strukturiert-zum-Ziel> (abgerufen am 23.03.2020)
- Hochstetter, B (2013) Stadt - Land - Flucht? T. I, Analysen zu aktuellen Wanderungstrends in Baden-Württemberg. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 9, 10-18. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-419518> (abgerufen am 27.08.2018)
- Hoffmann M, Flum E, Steinhäuser J (2016) Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen (ZWFQ)* 112: 61–65. doi:10.1016/j.zefq.2016.02.002.
- Hoggart K (1988) Not a Definition of Rural. *Area*, 20(1): 35–40. doi:10.2307/20002535.

- Hopf C (2013) Qualitative Interviews - Ein Überblick.” In *Qualitative Forschung*, Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), 10. Auflage, 349–60. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Ingenda F, Steinhäuser J, Blank W, Chenot JF (2018) Weiterbildung Allgemeinmedizin? Eine Entscheidungshilfe 2.0. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 94 (2): 86–90. doi:10.3238/zfa.2018.0086.
- Isenberg, DJ (1986) Group Polarization: A Critical Review and Meta-Analysis.” *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (6): 1141–51. doi:10.1037/0022-3514.50.6.1141.
- Jäger C, Freund T, Steinhäuser J, Aakhus E, Flottorp S, Godycki-cwirko M, Lieshout J Van, Krause J, Szecsenyi J, Wensing M (2014) Tailored Implementation for Chronic Diseases (TICD): A Protocol for Process Evaluation in Cluster Randomized Controlled Trials in Five European Countries. *Trials* 15:87.
- Jacob R, Kopp J, Fellingner P (2018) Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Ergebnisse einer Bundesweiten Befragung. Bericht der Universität Trier. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf (abgerufen am 29.05.2019)
- Janes R, Dowell A, Cormack C (2001). New Zealand Rural General Practitioners 1999 Survey--Part 1: An Overview of the Rural Doctor Workforce and Their Concerns. *The New Zealand Medical Journal* 114 (1143): 492—495.
- Jones O (1995) Lay Discourses of the Rural: Developments and Implications for Rural Studies. *Journal of Rural Studies* 11 (1): 35–49.
- Joos S, Roos M, Ledig T, Bilger S, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2011) Perspektiven und Erfahrungen weiterbildungsbefugter Ärzte für Allgemeinmedizin - Eine Umfrage in Baden-Württemberg. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen* 105 (2): 97–104. doi:10.1016/j.zefq.2010.11.004.
- Karsch-Völk M, Jäkel K, Schneider A, Rupp A, Hörlein E, Steinhäuser J (2016) Einschätzung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in Bayern – Eine Online-Befragung von Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen* 113: 56–65. doi:10.1016/j.zefq.2016.04.001.
- Kaspar H, Elisabeth B (2006) Räume und Orte als soziale Konstrukte. *RaumPlanung* 125 (1): 91–95.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016) Deutschlandweite Projektion 2030 - Arztlzahlentwicklung in Deutschland. URL: http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf (abgerufen am 18.12.2018)

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018a) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt zum Stichtag 31.12.2018.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018b) Alter. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>. (abgerufen 18.12.2018)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018c) Arztgruppe. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>. (abgerufen am 17.12.2018)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018d) Bedarfsplanung. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>. (abgerufen am 17.12.2018)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019) Förderung der Weiterbildung von Ärzten, In: Themen von A-Z, Weiterbildungsförderung URL: https://www.kbv.de/html/themen_2861.php (Stand 30.09.2019) (abgerufen am 25.03.2020)
- Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund) (Hrsg.) (2016) Tabellenband: Ärztemonitor 2016, Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. Vol. 49. Bonn
- Klimm FP, Hermann K, Gágyor I, Haasenritter J, Bleidorn J (2013) Erfahrungen und Einstellungen zu klinischen Studien in der Hausarztpraxis: Ergebnisse einer Befragung von deutschen Hausärzten (Experiences and Attitudes Regarding Practice-Based Clinical Trials: Results of a Survey among German Primary Care Physicians.) Gesundheitswesen 75:321-327. DOI: 10.1055/s-0032-1321742 (Online Publikation 14.08.2012)
- Knüpfer A, Joos S, Götz K, Steinhäuser J (2012) Manuelle Medizin aus Sicht der Anwender: Eine qualitative Studie mit Ärzten. Forschende Komplementärmedizin 19:137–142. doi: 10.1159/000339326
- Kocks M (2003) Demographischer Wandel und Infrastruktur in ländlichen Räumen – von europäischen Erfahrungen lernen? In: Informationen zur Raumentwicklung 12/2003, S. I-IX
- Kocks M, Thrun T, Winkler-Kühlken B, Hübler KH (2005) Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern. Werkstatt: Praxis Heft 38, BMVBS/BBR (Hrsg.) Bonn. URL: https://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ministerien/BMVBS/WP/1919_2006/2005_Heft38_DL.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (abgerufen am 27.08.2018)
- Kolbert-Ramm C, Ramm M (2011) Studiensituation im Fach Humanmedizin: Ergebnisse des 11. Studierendensurvey. Sonderauswertung für den Medizinischen Fakultätentag (MFT) der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: MFT

- Kompetenzzentren: Ein Kraftakt, der sich lohnt o.V. In: Der Hausarzt. URL: <https://www.hausarzt.digital/politik/kompetenzzentren-ein-kraftaktder-sich-lohnt-22047.html>. (abgerufen am: 03.01.2019).
- Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vol. 42. doi:10.1007/s001310200007.
- Korzilius H (2008) Hausärztemangel in Deutschland: Die große Landflucht. *Dtsch Arztebl* 105(8): A-373 / B-335 / C-331. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59015/Hausaerztemangel-in-Deutschland-Die-grosse-Landflucht> (abgerufen am 27.08.2018)
- Krajasits C (2013) Zur Typisierung von ländlichen Räumen im deutschsprachigen Raum – Konsequenzen für einen differenzierenden Umgang mit der sozio-demographischen Entwicklung oekosozial.at/uploads/pics/krajasits.pdf (abgerufen am 25.06.2017)
- Kramer TJ, Fleming GP, Mannis SM (2001) Improving Face-To-Face Brainstorming Through Modeling and Facilitation. *Small Group Research* 32 (5). Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA: 533–57. doi:10.1177/104649640103200502.
- Kuhmonen T, Kuhmonen I, Luoto L (2016) How Do Rural Areas Profile in the Futures Dreams by the Finnish Youth? *Journal of Rural Studies* 44 (April): 89–100. doi:10.1016/j.jrurstud.2016.01.010.
- Kühn A (2012) Die Studienanfängerzahlen steigen. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 8: 23–26.
- Kühn F (2017) Die demografische Entwicklung in Deutschland (Stand 29.08.2017) In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb.de). URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196911/fertilitaet-mortalitaet-migration> (abgerufen am 11.05.2019)
- Kuhn B, Steinhäuser J, Eberhard S, Hufenbach R, Volker A (2018) Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. The Role of Municipalities in Lower Saxony for Future Physician’ s Care – A Survey of Mayors and District Administrators. *Das Gesundheitswesen*; 80(08/09): 711-718. doi: 10.1055/s-0042-121602
- Kwan MMS, Kondalsamy-Chennakesavan S, Ranmuthugala G, Toombs MR, Nicholson GC (2017) The Rural Pipeline to Longer-Term Rural Practice: General Practitioners and Specialists.” *PLoS ONE* 12 (7): 1–15. doi:10.1371/journal.pone.0180394.
- Landtage. o.V. In: KWBW Verbundweiterbildung^{plus} (Stand 2018) URL: <https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/landtage.jsp>. (abgerufen am 27.08.2018)

- Lamnek S, Krell C (2016) Qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Lassiter D, Brown VR, Paulus PB (2002) The Social Psychology of False Confessions: Compliance, Internalization, and Confabulation. Psychological Science. *Journal of Personality and Social Psychology* 11 (6): 439–45. doi:10.1111/j.1467-9280.1996.tb00344.x.
- Ledig T, Flum E, Magez J, Eicher C, Engeser P, Joos S, Schwill S, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2016) Fünf Jahre Train-the-Trainer-Kurs für Weiterbildungsbefugte Hausärzte - Qualitativ-Quantitative Analyse der Begleitevaluation. Five-year experience with Train-the-Trainer courses for general practice trainers—a qualitative and quantitative analysis. *Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen(ZEFQ)* 117: 65–70. doi:10.1016/j.zefq.2016.10.001.
- Legewie H (1987) Interpretation und Validierung biographischer Interviews. In: Biographie und Psychologie, G. Jüttemann und H. Thomae (Hrsg.), 138–50. Berlin: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-642-71614-0_10.
- Littig B, Wallace C (1997) Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendiskussionen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Reihe Soziologie* No. 21.
- Löffler C, Höck J, Hornung A, Kundt G, Drewelow E, Völker S, Kreiser B, Riedel J, Altiner A (2014) Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern –eine repräsentative Querschnittsstudie. *Das Gesundheitswesen* 77(12):927–931
- Maier J (2008) Definitorische Abgrenzung peripherer ländlicher Räume und inhaltliche bzw. regionale Auswahl der Beiträge. In: Maier J. (Hrsg.): Akademie für Raumforschung und Landesplanung: Ziele und Strategien einer aktuellen Politik für periphere ländliche Räume in Bayern. Hannover, 15-19.
- Mayring P (2000) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung / *Forum: Qualitative Social Research*, Vol 1, No 2. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/prINTERfriendly/1089/2383> (abgerufen am 23.02.2020)
- Mayring P (2002) Einführung in Die Qualitative Sozialforschung – Eine Einleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel
- Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel
- Mayring P (2010a) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 20
- Mayring P (2010b) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 21

- Mayring P (2010c) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 22
- Mayring P (2010d) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 23
- Mayring P (2010e) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 12-13
- Mayring P (2010f) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken 11. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 65
- Marburger Bund (Hrsg.) (2020a) MB-Monitor 2019: Zusammenfassung der Ergebnisse URL: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2020-01/MB-Monitor%202019_Zusammenfassung_Ergebnisse.pdf (abgerufen am 04.04.2020)
- Marburger Bund (Hrsg.) (2020b) Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbands zu dem Entwurf der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen des Bundesministeriums für Gesundheit (Arbeitsentwurf Stand 29.11.2019) URL: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2020-01/2020-01-24_MB_SN_%C3%84ApprO.pdf (abgerufen 04.04.2020)
- McGrail MR, Wingrove PM, Petterson SM, Humphreys JS, Russell DJ, Bazemore AW (2017) Measuring the Attractiveness of Rural Communities in Accounting for Differences of Rural Primary Care Workforce Supply.” *Rural and Remote Health* 17 (2): 1–12. doi:10.22605/RRH3925.
- McGrail MR, Humphreys JS, Joyce CM (2011) Nature of Association between Rural Background and Practice Location: A Comparison of General Practitioners and Specialists. *BMC Health Services Research* 11 (1). BioMed Central Ltd: 63. doi:10.1186/1472-6963-11-63.
- Meier S (2014) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forschen im Praxissemester. Überblick, Methoden, Beispiele. URL: <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/qualitative-inhaltsanalyse/> (abgerufen am 28.03.2020)
- Merkens H (1997) Stichproben bei Qualitativen Studien. In Friebertshäuser B, Prengel A (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Beltz Verlag: Weinheim, München.
- Mey G, Vock R, Ruppel PS (2019) Gütekriterien Qualitativer Forschung. In: studi-lektor.de URL: <https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/guetekriterien-qualitativer-forschung.html>. (abgerufen am 22.03.2019)

- Medizinischer Fakultätentag e.V. (MFT), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (Hrsg.) (2016) Gemeinsames Positionspapier zum Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin URL: http://www.mft-online.de/files/stellungnahme_masterplan_med_stud_2020_bvmd_mft_vud_awmf.pdf (abgerufen am 23.03.2019)
- Miani C, Hinrichs S, Pitchforth E, Bienkowska-Gibbs T, Disbeschl S, Roland M (2015) Best Practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus Internationaler Perspektive. *RAND Europe*, Cambridge.
- Mödlhammer H, Gurr-Hirsch F, Krajasits C, Gehmacher E, Kytir J, Weber G (2008) Land ohne Leute? Perspektiven Für den Umgang mit sozio-demographischen Entwicklungen in Ländlichen Räumen. *Agrarische Rundschau*. Zeitschrift für Agrar- und Wirtschaftspolitik mit Agrar- und Umweltrecht. Heft 5.
- Mödlhammer H (2008) Ländliche Räume lebensfähig erhalten. In: *Agrarische Rundschau*. Zeitschrift für Agrar- und Wirtschaftspolitik mit Agrar- und Umweltrecht. Land ohne Leute? Perspektiven für den Umgang mit sozio-demographischen Entwicklungen in ländlichen Räumen. Heft 5. Seite 4.
- Mölders T, Burandt A, Szumelda A (2010) Herausforderung Nachhaltigkeit. Sozial-ökologische Orientierungen für die Entwicklung ländlicher Räume. *Europa Regional* 18: 2–3.
- Morgan DL, Krueger RA (1993) When to Use Focus Groups and Why? In: *Successful Focus Groups*, Morgan DL (Hrsg.) Sage: Newbury Park
- Mormont M (1990) “Who Is Rural? Or, How to Be Rural?” Rural Restructuring - Global Processes and Their Responses, In: Rural Restructuring - Global processes and their responses, Marsden T, Lowe P, Whatmore S (Hrsg.), pp 21-44. London, Avebury.
- Mortsiefer A, Altiner A, Ernst A, Kadusiewicz H, Krahe A, Mellert C, Schäfer I, Stolzenbach CO, Wiese B, Löffler C (2017) Satisfaction with General Practice Care in German Patients with Multimorbidity: A Cross-Sectional Study. *Family Practice* 34 (4): 452–58. doi:10.1093/fampra/cmw141.
- Moseley MJ (1979) Accessibility: The Rural Challenge. Methuen and Company Limited (Hrsg.) London, England
- Murdoch J, Pratt AC (1993) Rural Studies: Modernism, Postmodernism and the ‘Post-Rural.’ *Journal of Rural Studies* 9 (4): 411–27.
- Natanzon I, Szecsenyi J, Ose D, Joos S (2010) Future Potential Country Doctor: The Perspectives of German GPs. *Rural and Remote Health* 10 (2): 1347. doi:1347 [pii].

- Niehus H, Berger B, Stamer M, Schmacke N (2007) Abschlussbericht: Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte, Bremen. URL: <http://www.akg.uni-bremen.de/pages/download.php%3FID=26&SPRACHE=DE&TABLE=AP&TYPE=PDF> (abgerufen am 22.08.2018)
- NUTS-Klassifikation - Die Einteilung der Europäischen Union in EU-Regionen. o.V. In: Statistisches Bundesamt (Destatis) URL: https://www.destatis.de/Europa/DE/MethodenMetadaten/Klassifikationen/UebersichtKlassifikationen_NUTS.html. (abgerufen am 17.12.2018)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Hrsg.) (2007) OECD-Prüfbericht Zur Politik Für Ländliche Räume. URL: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Landwirtschaft/LaendlicheRaume/OEOE-Pruefbericht.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen 11.12.2017)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Hrsg.) (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (abgerufen am 23.12.2017).
- Orderud GI (2003) Ungdom Og Unge Voksne i Utkant-Norge. Bosettingspreferanser Og Oppfatninger Om Livet i Utkanten - Settlement Preferences and Reflections on Life in the Periphery. In: *Rural Young People in Changing Europe*, H. (Ed.) Helve (Hrsg.), 299–324. Helsinki: Hakapaino.
- Polzin JM, Kirchner B, Pollert A, Pollert MC (2016) Duden Wirtschaft von A bis Z: Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag (Duden Spezialwörterbücher). 6. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Ranmuthugala G, Humphreys J, Solarsh B, Walters L, Worley P, Wakerman J, Dunbar JA, Solarsh G (2007) Where Is the Evidence That Rural Exposure Increases Uptake of Rural Medical Practice? *Australian Journal of Rural Health* 15 (5): 285–88. doi:10.1111/j.1440-1584.2007.00915.x.
- Richter-Kuhlmann E (2010) Arztlzahlstudie von BÄK und KBV: Die Lücken werden größer. *Deutsche Ärzteblatt* 107(36): A-1670 / B-1478 / C-1458
- Richter-Kuhlmann E (2016) Allgemeinmedizin: Frischer Wind an den Unis. *Dtsch Arztebl International*. 4(1):30 URL: <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=175804> (abgerufen am 10.05.2019)
- Röbken H, Wetzel K (2016) Qualitative und quantitative Forschungsmethoden. 2. Auflage Carl von Ossietzky Universität Oldenburg -Center für lebenslanges Lernen C3L (Hrsg.), Oldenburg. URL: https://uol.de/fileadmin/user_upload/c3l/Studiengaenge/BABusinessAdmin/Download/Leseproben/bba_leseprobe_quli_quantiforschungsmethoden.pdf (23.03.2019)

- Rousseau N (1995) What is rurality? In: Cox J (Hrsg.) Rural general practice in the United Kingdom. [Occasional Paper 71.] London: Royal College of General Practitioners
- Rye JF (2006) Rural Youths' Images of the Rural. *Journal of Rural Studies* 22 (4): 409–21. doi:10.1016/j.jrurstud.2006.01.005.
- Scheidt LRS, Joos S, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2015) Überversorgt? Unterversorgt? - Die Sicht von Bürgermeistern in Baden-Württemberg: Ein Beitrag zur Diskussion um die wohnortnahe medizinische Versorgung. *Gesundheitswesen* 77 (12): e179–83. doi:10.1055/s-0034-1398592.
- Schmidt C (2013) Analysen von Leitfadeninterviews. In: *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*, edited by Uwe Flick, Ernst von Kardorff, and Ines Steinke, 10. Auflag, S.767. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schmidt M (2008) Das Trauerspiel um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin - Persönliche Bestandsaufnahme aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten. *Zeitschrift Für Allgemeinmedizin* 84 (4): 145–46. doi:10.1055/s-2007-1004539.
- Schnack, D (2019) Kompetenzzentren: Ein Kraftakt, der sich lohnt. In: DerHausarzt.Digital URL: <https://www.hausarzt.digital/politik/kompetenzzentren-ein-kraftakt-der-sich-lohnt-22047.html> (abgerufen am 15.07.2019)
- Schulz-Hardt S, Frey D, Lüthgens C, Moscovici S (2000) Biased Information Search in Group Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology* 78 (4): 655–69. doi:10.1037/0022-3514.78.4.655.
- Schulz M, Mack B, Renn O (2012) Fokusgruppen in Der Empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-531-19397-7.
- Serneels P, Montalvo JG, Pettersson G, Lievens T, Butera JD, Kidanu A (2010) Who Wants to Work in a Rural Health Post? The Role of Intrinsic Motivation, Rural Background and Faith-Based Institutions in Ethiopia and Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* 88: 342–49. doi:10.2471/BLT.09.072728.
- Sieck WR, Arkes HR (2005) The Recalcitrance of Overconfidence and Its Contribution to Decision Aid Neglect. *Journal of Behavioral Decision Making* 18 (1). John Wiley & Sons, Ltd: 29–53. doi:10.1002/bdm.486.
- Sivey P, Scott A, Witt J, Joyce C, Humphreys J (2012) Junior Doctors' Preferences for Specialty Choice. *Journal of Health Economics* 31 (6). Elsevier B.V.: 813–23. doi:10.1016/j.jhealeco.2012.07.001.
- Skala F (2018) Digitalisierung: Darum Liegt Deutschland Im EU-Vergleich Hinten. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (Stand 06.03.2018) <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/digitalisierung-darum-liegt-deutschland-im-eu-vergleich-hinten-15480625-p2.html>. (abgerufen am 17.12.2018)

- Snizek JA (1992) Groups under Uncertainty: An Examination of Confidence in Group Decision Making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 52 (1): 124–55. doi:10.1016/0749-5978(92)90048-C.
- Stagg P, Greenhill J, Worley PS (2009) A New Model to Understand the Career Choice and Practice Location Decisions of Medical Graduates. *Rural and Remote Health* 9 (4): 1245.
- Stangl W (2019) Stichwort: ‘Abstraktionsniveau’. In: *Online Lexikon Für Psychologie Und Pädagogik*. URL: <https://lexikon.stangl.eu/6911/abstraktionsniveau/>. (abgerufen am 24.03.2019)
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (Stand 15.08.2017) Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten - Fachserie 2 Reihe 1.6.1 – 2015. 49 (0): 1–84. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159005.html> (abgerufen am 11.05.2019)
- Steiner M (2003) Ländliche Regionen – Gibt’s Die? Einige Anmerkungen Zu Analysen Und Strategien. *Fachzeitschrift Des Bundesministeriums Für Land- Und Forstwirtschaft, Umwelt Und Wasserwirtschaft*, Ländlicher Raum: 1–5.
- Steinhaeuser J, Otto P, Goetz K, Szecsenyi J, Joos S (2014) Rural Area in a European Country from a Health Care Point of View: An Adoption of the Rural Ranking Scale. *BMC Health Services Research* 14 (1). BMC Health Services Research: 147. doi:10.1186/1472-6963-14-147.
- Steinhaeuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S, Starfield B, Shi L et al. (2013) Competence-Based Curriculum Development for General Practice in Germany: A Stepwise Peer-Based Approach Instead of Reinventing the Wheel. *BMC Research Notes* 6 (1): 314. doi:10.1186/1756-0500-6-314.
- Steinhaeuser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A (2011) A Comparison of the Workload of Rural and Urban Primary Care Physicians in Germany: Analysis of a Questionnaire Survey. *BMC Family Practice* 12 (1). BioMed Central Ltd: 112. doi:10.1186/1471-2296-12-112.
- Steinhaeuser J, Chenot JF (2013) DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus. Frankfurt am Main, 22.05.2013. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf (abgerufen am 12.05.2019)
- Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S (2011) Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmztmangel auf dem Land - Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136 (34–35): 1715–19. doi:10.1055/s-0031-1272576.

- Steinhäuser J, Scheidt L, Szecsenyi J, Götz K, Joos S (2012) Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel - Eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 74 (10): 612–17. doi:10.1055/s-0032-1308977.
- Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K (2013) Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich Im ländlichen Raum niederzulassen? *Zeitschrift Für Allgemeinmedizin* 89 (1): 10–15. doi:10.3238/zfa.2013.0010-0015.
- Steinhäuser J (2017) Bereicherung für alle Seiten – Spezielle Kurse für Ärzte aus Drittstaaten zur Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit in Schleswig-Holstein. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 09/17 S. 16/17.
- Steinhardt I (2019) Induktives und deduktives Codieren. Qualitative Inhaltsanalyse In: Sozialwissenschaftliche Methodenberatung. Blog mit Beiträgen zu qualitativen sozialwissenschaftlichen Methoden. URL: <https://sozmethode.hypotheses.org/842> (abgerufen am 27.03.2020)
- Steinke I (1999) Kriterien Qualitativer Forschung. Ansätze Zur Bewertung Qualitativ-Empirischer Sozialforschung. München; Weinheim: Juventa. 288 S.
- Steinke I (2013) Gütekriterien Qualitativer Forschung. In: *Flick U, von Kardorff E. & Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 10. Auflag, 319–31. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. doi:10.1007/978-3-658-11510-4_8.
- Stettner A (2018): Gehalt: Wie viel verdienen Ärzte in Deutschland? In: Merkur.de URL: <https://www.merkur.de/leben/karriere/gehalt-arzt-viel-verdienen-aerzte-zr-9776779.html> (abgerufen am 17.09.2019)
- Straus SG, Parker AM, Bruce JB, Dembosky JW (2008) The group matters: A review of the effects of group interaction on processes and outcomes in analytic teams. Arlington, VA: Rand Corporation (Report WR-580-USG).
- Strübing J, Hirschauer S, Ayaß R, Krähnke U, Scheffer T (2018) Gütekriterien Qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift Für Soziologie* 47 (2): 83–100. doi:10.1515/zfsoz-2018-1006.
- Sundmacher et al (2018) Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) Version 2.0, München, Leipzig, Bonn, Greifswald und Köln URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwickklung-Bedarfsplanung.pdf (abgerufen am 11.05.2019)
- Office for National Statistics (Hrsg.) (2018) UK : Local Authority Districts, Counties and Unitary Authorities 2017.” In: data.gov.uk URL: <https://data.gov.uk/dataset/6ff3fc08-26ff-453e-9289-6420269ba10e/local-authority-districts-counties-and-unitary-authorities-december-2017-map-in-united-kingdom> (abgerufen am 21.11.218)

- Thrun T (2003) Handlungsansätze für ländliche Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang. *Informationen Zur Raumentwicklung* 12: 709–17.
- Ulrich G, Homberg A, Karstens S, Goetz K, Mahler C (2019) Die Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in Den Gesundheitsberufen. *Das Gesundheitswesen*. 81(02): 99 – 105 doi:10.1055/s-0043-107873.
- van den Bussche H, Krause-Solberg L, Scherer M, Ziegler S. Learning processes and learning problems in German postgraduate medical education. *GMS J Med Educ*. 2017;34(5):Doc54. Published 2017 Nov 15. doi:10.3205/zma001131
- Wenghofer EF, Hogenbirk JC, Timony PE (2017) Impact of the Rural Pipeline in Medical Education: Practice Locations of Recently Graduated Family Physicians in Ontario.” *Human Resources for Health* 15 (1). Human Resources for Health: 16. doi:10.1186/s12960-017-0191-6.
- Willits FK, Luloff AE (1995) Urban Residents’ Views of Rurality and Contacts with Rural Places. *Rural Sociology* 60: 454–66.
- Wirtz M, Petrucci M (2007) Grundlegende Merkmale quantitativ und qualitativ orientierter Forschungs- und Erkenntnismethoden. In: Quasus - Methoden qualitativer Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. URL: <https://quasus.ph-freiburg.de/grundlegende-merkmale-quantitativ-und-qualitativ-orientierter-forschungs-und-erkenntnismethoden/> (abgerufen am 15.07.2019)
- Witt H (2001) Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *FOS (Forum: Qualitative Sozialforschung / Qualitative Social Research)* Vol 2 No 1. doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-2.1.969>
- Wolf B, Priebe M (2003) Wissenschaftstheoretische Richtungen (Forschung, Statistik & Methoden) 3. Auflage. Landau: VEP (Verlag Empirische Pädagogik).
- Zi-Praxis-Panel (ZiPP) (2015) Jahresbericht 2015. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. S. 84. URL: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf (abgerufen 25.03.2020)

ANHANG

ETHIKVOTUM



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. Steinhäuser
Institut für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 500 4639
Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 15-109

Datum: 13. Mai 2015

Sitzung der Ethik-Kommission am 07. Mai 2015

Antragsteller: Herr Prof. Steinhäuser

Titel: Die subjektive Wahrnehmung im "ländlichen Raum" als ein Beitrag für maßgeschneiderte Strategien gegen den Ärztemangel - eine qualitative Studie mit Studierenden der Humanmedizin und Ärzten. ESRA-Studie.

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat **nach der Berücksichtigung des folgenden Hinweises** keine Bedenken:
Es wird angeregt, den Leitfaden um eine Frage zu den Gründen, die hindern im ländlichen Raum zu praktizieren, zu erweitern.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.

Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich
Ihr

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

☒ Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)
Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)
Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)
☒ Frau A. Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)
☒ Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)

Frau Dr. Jauch-Chara
(Psychiatrie)
Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)
☒ Herr Prof. Moser
(Neurologie)
Herr Prof. Rehmann-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)
Herr H. Schneider
(Vizepräsident am Landgericht Lübeck)

☒ Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)
Herr Prof. Dr. Schwaninger
(Pharmakologie)
☒ Frau Prof. E. Stubbe
(Theologin)
☒ Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)
Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)

TEILNEHMERINFORMATIONEN

Geburtsjahr	Alter	Geschlecht	Studiendauer	Herkunft	Wohnort
1991	24	weiblich	10 Semester	Stadt	Stadt
1989	26	männlich	4 Semester	Land	Stadt
1987	28	weiblich	10 Semester	Stadt	Stadt
1991	24	weiblich	10 Semester	Land	Stadt
1990	25	weiblich	10 Semester	Land	Stadt
1990	25	weiblich	10 Semester	Land	Stadt
1991	24	weiblich	10 Semester	Land	Stadt
1993	22	weiblich	4 Semester	Stadt	Stadt
1986	29	weiblich	12 Semester	Stadt	Stadt
1989	26	weiblich	14 Semester	Stadt	Stadt
1990	25	weiblich	12 Semester	Land / Stadt	Stadt
1989	26	männlich	10 Semester	Land	Stadt
1983	32	männlich	12 Semester	Stadt	Stadt
1991	24	männlich	8 Semester	Stadt	Stadt
1991	24	weiblich	11 Semester	Land	Stadt
1986	29	weiblich	10 Semester	Land	Stadt
Geburtsjahr	Alter	Geschlecht	Weiterbildungsjahr	Herkunft	Wohnort
?	?	weiblich	?	Stadt	Stadt
1984	31	männlich	4 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt
1989	26	weiblich	1 Weiterbildungsjahr	Stadt?	Stadt
1984	31	männlich	5 Weiterbildungsjahr	Stadt	Stadt
1982	33	weiblich	5 Weiterbildungsjahr	?	Stadt
1986	29	weiblich	2 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt
1982	33	weiblich	5 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt
	?	weiblich	4 Weiterbildungsjahr	?	Stadt
1982	33	männlich	4 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt
1983	34	weiblich	6 Weiterbildungsjahr	Stadt	Stadt
1984	31	männlich	4 Weiterbildungsjahr	Stadt	Stadt
1979	36	weiblich	7 Weiterbildungsjahr	Stadt	Stadt
1988	27	weiblich	2,5 Weiterbildungsjahr	Stadt	Stadt
1984	31	weiblich	5 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt
1986	29	weiblich	4 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt
1986	29	weiblich	1 Weiterbildungsjahr	Land	Stadt

COREQ-CHECKLISTE

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 –357

Beschreibung Nr.	Leitfaden Fragen / Beschreibung	Berichtet auf Seite #
Bereich 1: Forschung Team und Reflexivität		
<i>Persönliche Eigenschaften</i>		
1. Interviewer / Moderator	Welche Autoren haben die Interviews oder Fokusgruppen durchgeführt?	Steinhäuser J, Wilhelmi L
2. Berechtigungsnachweis	Was waren die Berechtigungsnachweise der Forscher? Bspw. PhD, MD	Steinhäuser J, Prof. Dr. Wilhelmi L, Ärztin
3. Tätigkeit	Was war ihr Beruf zum Zeitpunkt der Studie?	Steinhäuser J, Prof. Dr.: Institutsleiter für Allgemeinmedizin Wilhelmi L: Medizinstudent, später zertifizierte Ärztin
4. Geschlecht	War der Forscher männlich oder weiblich?	weiblich
5. Erfahrung und Ausbildung	Welche Erfahrung oder Ausbildung hatte der Forscher?	Der Leiter der Fokusgruppen (Steinhäuser J, Prof. Dr.) hat in der Vergangenheit viele Interviewstudien durchgeführt; Es war die erste Studie der Forscherin (Wilhelmi L); Daher war sie bei den Fokusgruppen anwesend und zeichnete den Diskussionsprozess auf, führte jedoch keine Interviews durch
<i>Beziehung zu den Teilnehmern</i>		
6. Beziehung etabliert	Wurde vor Studienbeginn eine Beziehung hergestellt?	Nein
7. Teilnehmerwissen über den Interviewer	Was wussten die Teilnehmer über den Forscher? z.B. persönliche Ziele, Gründe für die Durchführung der Forschung	Teilnehmerinformationen und Einverständniserklärung
8. Interviewer Eigenschaften	Welche Merkmale wurden über den Interviewer / Moderator gemeldet? z.B. Verzerrung, Annahmen, Gründe und Interessen am Forschungsthema	Institutsleiter
Bereich 2: Studiendesign		
<i>Theoretischer Rahmen</i>		
9. Methodische Orientierung und Theorie	Welche methodische Ausrichtung wurde angegeben, um die Studie zu untermauern? z.B. fundierte Theorie, Diskursanalyse, Ethnographie, Phänomenologie, Inhaltsanalyse	Material und Methoden

Teilnehmerauswahl		
10. Sampling	Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt? z.B. purposive, convenience, consecutive...	Purposive und Convenience
11. Vorgehensweise	Wie wurden die Teilnehmer angesprochen? z.B. von Angesicht zu Angesicht, Telefon, Post, E-Mail	Material und Methoden
12. Probengröße	Wie viele Teilnehmer waren in der Studie eingeschlossen?	Ergebnisse
13. Nichtteilnahme	Wie viele Leute weigerten sich teilnehmen oder aussteigen? Gründe dafür?	Keine
Rahmen		
14. Rahmen der Daten Sammlung	Wo wurden die Daten gesammelt? z.B. Zuhause, Klinik, Arbeitsplatz	Material und Methoden
15. Anwesenheit von Nicht - Teilnehmer	War außer den Teilnehmern und Forschern noch jemand anwesend?	Nein
16. Beschreibung der Stichprobe	Was sind die wichtigen Eigenschaften der Stichprobe? z.B. demografische Daten	Material und Methoden
Datensammlung		
17. Interviewführer	Wurden Fragen, Aufforderungen, Anleitungen von den Autoren gestellt? Wurde es pilotgetestet?	Nein
18. Wiederholung von Interviews	Wurden wiederholte Interviews durchgeführt? Wenn ja, wie viele?	Nein
19. Audio / visuelle Aufnahme	Wurden Audio- oder Videoaufzeichnungen verwendet, um die Daten zu sammeln?	Ja
20. Feldnotizen	Wurden während und / oder nach dem Interview oder der Fokusgruppe Feldnotizen gemacht?	Ja
21. Dauer	Wie lange dauerten die Interviews oder die Fokusgruppe?	Fokusgruppen 40-60 min Interviews 10-15 min
22. Datensättigung	Wurde die Datensättigung diskutiert?	Ja – Material und Methoden + Ergebnisse
23. Transkripte zurückgegeben	Wurden Transkripte an Teilnehmer für Kommentar und/ oder Korrektur zurückgegeben?	Nein
Bereich 3: Analyse und Ergebnisse		
Datenanalyse		
24. Anzahl der Datencodierer	Wie viele Personen haben die Daten codiert?	Zwei – Material und Methoden
25. Beschreibung des Kodierleitfadens	Haben die Autoren den Kodierleitfaden beschrieben?	Material und Methoden
26. Ableitung von Themen	Wurden Themen im Voraus identifiziert oder aus den Daten abgeleitet?	Induktive und deduktive Kodierung

27. Software	Welche Software wurde gegebenenfalls zur Verwaltung der Daten verwendet?	keine
28. Prüfung durch Teilnehmer	Haben die Teilnehmer Feedback zu den Ergebnissen gegeben?	Nein
Reporting		
29. Zitate vorgelegt	Wurden Teilnehmerzitate vorgelegt, um die Themen / Ergebnisse zu veranschaulichen? War jeder Angebot identifiziert? z.B. Teilnehmernummer	Ja – Material und Methoden + Ergebnisse (vor jedem Zitat)
30. Daten und Ergebnisse konsistent	Gab es eine Übereinstimmung zwischen den präsentierten Daten und den Ergebnissen?	Diskussion
31. Klarheit der Hauptthemen	Wurden die Hauptthemen in den Ergebnissen klar dargestellt?	Ergebnisse / Diskussion (Wir wollten jede Katerogie im Diskussionsteil unterstreichen, die in den Ergebnissen erstellt wurde (zum Beispiel „persönliche Verbindung und,, klinische Unsicherheit “).
32. Klarheit der Nebenthemen	Gibt es eine Beschreibung verschiedener Fälle oder eine Diskussion kleinerer Themen?	Nein - Wir haben alle Ergebnisse als Hauptthemen vorgestellt.

TRANSKRIPTIONSREGELN

Transkriptionsregeln
Ziel
In diesem Dokument sind die Transkriptionsregeln festgehalten
Wichtig: Vor dem Transkribieren muss die Info, wie die Texte verschriftlich werden sollen von der, dem Projektdurchführenden weitergegeben werden. Das bedeutet auch, Nummerierung bei den Gruppeninterviews (fortlaufend) genauso bei mehreren Einzelinterviews. Und ob die Ortsnamen pseudonymisiert werden sollen/ müssen.
Dateiname Projektname_I (für Interview) oder FG (für Fokusgruppen)_Datum_Pseudonym (bei Interviews)
Standard-Formatierungen Arial, Schriftgröße 11 1,5-zeilig Blocksatz Seitenzahlen (Beispiel: Seite x von x) und durchlaufende Zeilennummerierung (jedes Transkript beginnt mit Zeile 1) neuer Absatz bei Sprecherwechsel Kopfzeile soll Projekttitel und Fokusgruppennummer bzw. Teilnehmernummer beinhalten (Beispiel: Umgang mit Aggression und Gewalt_TN20 oder Flüchtlingsversorgung_FG1_TN1-4)
Zeitmarken nach jedem Absatz (d.h. bei jedem Sprecherwechsel) und nach unverständlichen/unsicher transkribierten Äußerungen
Sprecherbezeichnung bei Fokusgruppen und Interviews Interviewer = I Befragter = TN mit Kennnummer bei mehreren Befragten (z.B. TN1, TN5)
Sprechpausen - Pause jeder Länge
Intonation <u>nein</u> Unterstreichung bei sehr auffälliger Betonung Beispiel: Und wenn einer tatsächlich - also <u>richtig</u> zuschlagen würde. Satzzeichen zur Verdeutlichung der Intonation werden bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt, <u>d.h. unabhängig von grammatikalischen Zeichensetzungsregeln:</u> ? stark steigende Intonation (Fragen und steigend endende Stimmführung)

.	stark sinkende Intonation (Abgeschlossener Gedanke)
,	schwach steigende Intonation (kurzes Zögern, Gedanke wird aber fortgesetzt)
...	schwach sinkende Intonation (abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen)
:	stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)
Beispiel:	
Ich wusste es nicht, ich ahnte es ein bisschen... weil eh anhand der Körperhaltung [Fragendes Geräusch]? (I: Okay.) - Ja klar festmachen kann man, wenn jemand schon vom Auftritt her mit einem merkwürdigen Verhalten, die Praxis betrifft.	
(doch)	Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit
(5)	Unverständliche Äußerungen Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.
Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden	
Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen	
sogar irgendwie [lallend] "Ja, das verstehe ich ja auch." [lacht]	
Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)	
Statt „Mhm“	[zustimmendes Geräusch]
Statt „Mhmmh“	[ablehnendes Geräusch] wenn sie Teil der Antwort des Teilnehmers sind.
Beispiel:	
I: Der Arzt ist eher zwischen den Behandlungszimmern unterwegs. (TN21: [Zustimmendes Geräusch.]) Das heißt, er hat jetzt nicht so viel Kontakt zu den MFAs oder Arzthelferinnen vorne.	
Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.	
Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.	
Ist zu merken, dass der Interviewte/die Interviewte überlegt und unterlegt dies mit Geräuschäußerungen (hmm, äh, ähm, etc.) dann wird dies als [überlegendes Geräusch] transkribiert.	
Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen:	
Text [Textüberschneidung.	
Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.	
Beispiel:	
I: Weil um die Distanz einfach [zu schaffen? #00:02:30-5#	

TN21: Ja genau,] um die Distanz zu schaffen.

Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen („“) gesetzt ohne weitere Formatierung und Hervorhebung. Bitte dabei an die Regeln des Duden halten: <https://www.duden.de/sprachwissen/rechtschreibregeln/anfuhrungszeichen>. Wörtliche Rede in wörtlicher Rede wird mit halben Anführungszeichen (‘ [Strg + Rautetaste]) gekennzeichnet.

Beispiel:

Da kann ich ja schlecht sagen: „Okay, heute hört das jetzt aber auf. Heute kommen Sie nicht mehr morgens um acht einfach so, wo Sie eine halbe Stunde eher angerufen haben: ‚Ich bin um acht da und komme als Erster ran‘, sondern heute müssen Sie sich hinten anstellen.“

Äußerungen wie: *In Anführungszeichen* oder *Punkt*, werden mittranskribiert.

Beispiel:

TN22: Da diskutiere ich auch nicht: „Sie haben meine Helferin gehört, verlassen Sie einfach die Praxis.“ Punkt.

Einwürfe einer anderen Person, die den Redefluss nicht unterbrechen, werden unter Angabe seiner Kennung im laufenden Text in Klammern gesetzt.

Beispiel:

TN1: Ich beginne meine Untersuchung immer mit einer freundlichen Vorstellung (TN4: Achso, ja.) und dann gehe ich zur Anamnese über.

Die Satzstellung der Sprecher wird in der Regel wie gesprochen transkribiert, auf die Transkription von Stottern etc. wird jedoch verzichtet. Grammatikalisch nicht korrekt gesprochene Sätze bleiben auch in der Transkription grammatikalisch inkorrekt. Hier ist es besonders wichtig mit Satzzeichen zu arbeiten, um dennoch das richtige Verständnis des Textes beim Lesen zu ermöglichen.

Die Transkription orientiert sich am hochdeutschen Wort. Mundart wird dann übernommen, wenn es keinen hochdeutschen Ausdruck dafür gibt, oder wenn es im Kontext sinnvoll erscheint. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert.

Beispiel:

Er hatte noch so’n Buch genannt.“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt.

KATEGORIENSYSTEM

Leitfaden	Hauptkategorie	Nebenkategorie
Determinanten der subjektiven Wahrnehmung ländlicher Räume	Allgemeine Assoziationen	• Einwohnerzahl • Landschaft • Infrastruktur
	Positive Assoziationen	mit dem Leben in ländlichen Gebieten: • Natur/ Weite/ Platz • Gemütlichkeit/ Ruhe/ Geradlinigkeit • Selbstversorger/ Nachhaltigkeit • erschwinglicher Lebensstandard: ➢ Große, günstige Grundstücke ➢ Eigentum • Freizeitaktivitäten (z.B. Wandern, Mountainbiking) • persönliche Verbindung (Herkunft, Familie, Partner etc.) • Mentalität: ➢ Vertrautheit/ Freundlichkeit ➢ Geselligkeit ➢ Hilfsbereitschaft • Kinderbetreuung/ Unterstützung von Familie, Großeltern mit der Arbeit in ländlichen Gebieten: • Wertschätzung • weniger Konkurrenz/ individueller (Arbeits-) Stil • sicheres Einkommen • Unterstützung (Gemeinden/ Bürgermeistern) • 'Work-Life-Balance'
	Negative Assoziationen	mit dem Leben in ländlichen Gebieten: • Attraktivität abhängig von Jahreszeiten • Verfall/ Abwanderung • eingeschränkte Möglichkeiten/ Auswahl/ weniger Vielfalt: ➢ Bildungseinrichtungen ➢ Freizeit (z.B. Kinos, Bars, Restaurants) ➢ Kultur (z.B. Theater) • Erreichbarkeit/ Entfernung zur nächsten Stadt (räumlich oder zeitlich): ➢ Fehlende öffentliche Verkehrsmittel/ Infrastruktur ➢ Notwendigkeit eines Autos • fehlende soziale Kontakte • Schwierigkeiten einen Partner zu finden • Mentalität (der ländlichen Gemeinschaft): ➢ soziale Kontrolle ➢ fehlende Anonymität ➢ Tratsch/ Gerüchte ➢ Eingefahrene Ideen/ starker Glaube ➢ fehlendes Zugehörigkeitsgefühl mit der Arbeit in ländlichen Gebieten: • alterndes Patientenkontext • „langweiliges“ Arbeitsumfeld • häufige Dienste • Entfernung/ Anbindung (räumlich oder zeitlich) zur nächsten Stadt/ Krankenhaus/ Kollegen
	Vorteile des Stadtlebens	• Vielfalt/ Auswahl/ Möglichkeiten • Bequemlichkeit • attraktiver Wohnraum in den Außenbezirken • gute Anbindung

		• Anonymität • Vielfalt beruflicher Möglichkeiten • Verfügbarkeit von Bildungseinrichtungen
	Vorurteile	gegen das „Ländliche“: • Einfachheit der Menschen • fortgeschrittene Altersverteilung • Verfall/ Abwanderung • fehlende Perspektiven • geprägt durch Medien (TV) • Romantisierung des alltäglichen Lebens • übertrieben idyllisch gegen den Hausarzt in ländlichen Gebieten: • negatives Bild des Landesarztes / Hausarztes • „Schlechtsprechen“ während des Studiums durch Kollegen
	essentielle Faktoren	• Notwendigkeit der persönlichen Verbindung zu einem ländlichen Gebiet (Herkunft, Familie, Partnern, Freunden, Hobbys, Ausbildung, Arbeit, Kindheit oder anderen Berührungspunkten)
	Barrieren	private: • Ängste in Abhängigkeit von der Lebensphase: ➢ begrenzte Optionen/ Auswahl/ weniger Vielfalt ➢ Mangel an öffentlichen Verkehrsmitteln/ Infrastruktur ➢ Notwendigkeit eines Autos ➢ Mangel an sozialen Kontakten ➢ Schwierigkeiten, einen Partner zu finden • fehlende "Work-Life-Balance" / keine Trennung von Arbeit und sozialem Leben • Verlust von erlerntem Komfort einer (großen) Stadt berufliche: • klinische Unsicherheit (vor/ nach dem Abschluss) • übermäßige Verantwortung/ Hingabe für die Patienten • mangelnde Akzeptanz/ Konkurrenz zum Vorgänger • Verfall des bekannten beruflichen Netzwerks • fehlende umfassende Ausbildung • Angst vor finanziellen Risiken • Hürden der Existenzgründung
Determinanten der späteren Wahl des Wohn- und Arbeitsumfeldes in ländlichen Gebieten		erleichternde Faktoren private: • attraktiver Wohnraum • Erreichbarkeit einer Stadt / kurze Fahrzeiten • Wesentliche Strukturen des täglichen Lebens vor Ort • Anpassung der Öffnungszeiten • Verfügbarkeit einer Internetverbindung • Wünsche je nach Lebensphase (besonders bei Familienplanung/ als junge Eltern): ➢ Erreichbarkeit von Grundstrukturen/ Hobbys/ Arbeitsplatz (ohne Auto und für Kinder unabhängig erreichbar) ➢ Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder: ➢ hohe Qualität der zugänglichen Bildungseinrichtungen/ Kinderbetreuung ➢ Nähe zu den (Groß-) Eltern für Hilfe/ Unterstützung ➢ Kompatibilität mit Partner/ Familie ➢ Vorhandensein geeigneter Arbeitsplätze (für den Partner)

		➤ umgeben von "jungen" Menschen/ Freunden mit ähnlichem Bildungsniveau/ Alter
		berufliche: • freie Wahl des Arbeitsplatzes • finanzielle Sicherheit, lukrative Praxis • Gute Erreichbarkeit zur den nächsten Gesundheitszentren • kollegiales Netzwerk • Mentoring, Supervision • Möglichkeit in Gruppenpraxen mit kollegialem Austausch zu arbeiten • Möglichkeit einer Anstellung und Urlaubersatz • Sinnhaftigkeit der Arbeit als Hausarzt
Strategien zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit in ländlichen Gebieten	<i>Nutzen / Erzeugung einer persönlichen Verbindung</i>	• Rekrutierung zukünftiger Studenten aus ländlichen Gebieten • Maßnahmen zum Kennenlernen ländlicher Gebiete • Besuchsmöglichkeiten/ „Land erleben“ • Erfahrung durch (bezahlte) Praktika • freiwilliges Jahr in einem ländlichen Gebiet vor dem Medizinstudium (angestellt)
	<i>Abbau von Vorurteilen</i>	gegen ländliche Gebiete: • Kommunizieren lokaler Möglichkeiten ➤ Verbindung zwischen den Vorteilen der Landschaft die Zugänglichkeit der nächsten Stadt ➤ Fokus auf Familienfreundlichkeit ➤ Ausbau von Informationsangeboten (Präsentation der Region) gegen den Hausarzt in ländlichen Gebieten: • Verbesserung des Images der Allgemeinmedizin • Medienpräsenz: Hervorhebung attraktiver Beschäftigungsmöglichkeiten für junge Hausärzte (ländliche medizinische Zentren)
	<i>weitere Konzeptideen</i>	• stärkere Implementierung der Allgemeinmedizin während des Medizinstudiums • Implementierung ländlicher Themen (Seminare/ Wahlfächer/ Praxismanagement-Kurse) • persönliche Erfahrungsberichte • Kontakt mit Vorbildern herstellen • finanzielle Unterstützung/ Entschädigung/ Vermittlung von Wohnraum/ ländlichen Praktika • Förderprogramme mit Entscheidungsflexibilität • Gründung einer Praxis mit „Freunden“ zusammen • Zeit für Forschung/ Doktorarbeit auf dem Land

KODIERLEITFADEN

Leitfrage	Hauptkategorie		Nebenkategorie	Ankerzitat
Subjektive Wahrnehmung “ländlicher Räume“	persönliche Definition von “ländlich“	allgemein	Einwohnerzahl	#2.24: „Was ich als ländlich ansehen würde, ist wenn einfach,- keine Ahnung, eine gewisse Einwohnerzahl nicht erreicht wird in einem Dorf oder einer Stadt, wenn ich da jetzt eine Zahl nennen müsste, dann würde ich so,- vielleicht 10.000 Einwohner, 5.000 – 10.000 Einwohner schätzen.“
			Landschaft	#8.30: „(...) also für mich ist es ländlich (...) ja natürlich die Natur. Sicherlich löst auch das ... genau dann Felder und Wälder und vielleicht auch Tiere auf den Wiesen“ #F2.T7.62: „Aus frühkindlichen Erfahrungen habe ich wirklich noch dieses idyllische Bild vom Bauernhof, wo wir früher immer noch auf dem Bauernhof uns Milch geholt haben und der Bauer hat zwar heute keine Kühe mehr, aber theoretisch war das das, was ich als ländlichen Raum im Kopf habe.
	positive Assoziationen zum “ländlichen Raum“	allgemein	Selbstversorgung, Nachhaltigkeit	#F1.T1.282: „Auch so Selbstversorger. Das finde ich ist auch typisch so Land. Also man hat eigene Eier und man hat die Kartoffeln aus dem Garten und die Möhren und man kann mit den Kindern Erbsen und Tomaten und man hat ein Gewächshaus, da wachsen Gurken und die Äpfel und die Birnen und die Himbeeren und alles, alles hat man in seinem Garten. Dann hat man natürlich auch die Tiere, die man schlachtet und isst und das ist einfach alles so ein wundervoller Kreislauf. Und es macht alles Sinn.“
			Naturleben	#F1. T3.21: „Als Kind ist es glaube ich auch eine positive Erfahrung, viel in der Natur zu sein. (...) Das war auch immer schön einfach rausgehen zu können und gleich in der Nähe irgendwo Wald...“
		landschaftlich	Erholung	#F1.T2.14: „Für mich ist Land oder ländlich vor allem erstmal Erholung in jeglicher Hinsicht (...).“
			Weite, Freiraum	#F3.T1.235: „Also, wenn ich aus dem Fenster gucke und ich sehe Wiese und Horizont und Himmel und Blau, dann ist das schon das Gefühl, dass man da aufm Dorf ist, mehr Platz hat, mehr Luft hat zum Atmen.“
			Ruhe, Überschaubarkeit	#9.56: „Ich würde das als (...) das positive vom Ländlichen bezeichnen. Die Ruhe, die Überschaubarkeit, ja.“
		persönlich/ sozial	Jeder-kennt-jeden, Hilfestellung, schneller Anschluss finden	#F3.T4.82: „Schätze sehr diese Nähe untereinander, dass jeder jeden kennt. (...) Also diese Nähe, die man sonst in der Stadt einfach überhaupt nicht kennt.“ #F3.T6.155: „Also das find ich halt den großen Vorteil des Dorfes, dass man halt wie gesagt gut aufgehoben ist, wenn man dort, sagen wir mal, schnell Anschluss findet. In der Stadt verläuft sich das alles.“

				<i>#6.126: „(...), dass man da [auf dem Dorf] einfach schneller soziale Kontakte und auch mehr Hilfe hat.“</i>
			persönlicher Bezug (aus Kindheit) zur Umgebung / „Heimat“	<i>#F3.T1.23: „Ich bin unglaublich gerne dort. Obwohl es vielleicht gar nicht von der Landschaft her irgendwie attraktiv ist, (...) Sondern es ist einfach nur meine Heimat, die ich schon immer kenne und zu der es mich auch jetzt immer wieder hinzieht.“</i> <i>#F2.T1.375: „Also ich glaube als, für mich auch als Hauptaspekt, wo es einen nachher hinzieht oder auch, dass es einen auf dem Land, aufs Land zieht eventuell, ist stark davon abhängig, wozu man Bezug hat. (...)Ich glaube einfach, dass man nie so einfach sich entscheidet, irgendwo hinzugehen, sondern immer irgendwo etwas hat, was einen dorthin zieht.“</i>
			individuelles Lebenskonzept	<i>#F1.T1.628: „Ich glaube, es hat auch viel was mit persönlichem Lebensentwurf zu tun. Bin ich der einsame Wolf, dem es egal ist, wo er ist, Hauptsache er macht coole Medizin, (...). Hauptsache, ich habe Spaß an meinem Job. Oder muss ich halt auch gucken, was ist mir für die Familie, für die Kinder, für die Verwirklichung meiner, meinewegen auch Familienziele, wichtig.</i>
			Work-Life-Balance	<i>#2.80: „Finde ich einfach im Sinne der Work-Life-Balance, dass man da auch mehr Möglichkeiten am Land hat, was die Stadt dann nicht bietet, oder nicht bieten kann.“</i>
			„Sinn im Leben“	<i>#F3.T1.289: „Also auch, wenn man auf dem Dorf Arbeitslos ist und aber trotzdem so einen strukturierten Tag hat, dann steht man morgens auf und dann versorgt man dort alles und dann hat trotzdem alles noch so einen Sinn. Aber manchmal sitzen die Patienten vor mir und sagen: Warum soll ich denn aufstehen? Da ist ja niemand, der auf mich wartet und keine sinnvolle Tätigkeit, die ich habe. Und das ich glaube ich so oft in der Stadt ein Problem.“</i>
		familiär	Kinderbetreuung/ Unterstützung durch Familie/ Großeltern	<i>#6.139: „Niederlassung hab ich mir auf dem Dorfschon angenehmer vorgestellt [als in der Stadt], auch leichter eine Praxis zu finden überhaupt und dann kam noch das Kind dazu und dann war dann der Familienaspekt entscheidend, dass man noch Großeltern zur Unterstützung hat vor Ort und auch andere Verwandte und so.“</i>
		Wohnsituation	höherer Lebensstandard für weniger Geld: große, günstige Grundstücke und ein eigenes Haus mit Garten	<i>#F2.T1.833: „Also ich, was ich noch vielleicht einwerfen möchte ist, dass man vielleicht finanziell auf dem Land mehr Möglichkeiten hat. Also, dass man natürlich günstigeren Wohnraum hat, dass man sich einfach in Anführungsstrichen mehr leisten kann, dass man sich tatsächlich ein Haus mit Garten leisten kann, wenn man es möchte.“</i> <i>#7.120: „<Ort> ist schön, ist groß... aber mein Grundstück, mein Garten, meine Obstbäume, das fehlt mir halt einfach hier.</i>

			wohnnortnahe Freizeitaktivitäten (Wandern, Skifahren etc.)	<i>#2.72: „(...), dass Sportmöglichkeiten in der Natur in der Umgebung gegeben sind. Vielleicht so, dass man Mountainbiken gehen kann oder Wandern kann oder es Berge in der Nähe gibt, dass man Bergsteigen kann oder solche Dinge.“</i>
		beruflich	menschennahe Medizin, Wertschätzung von persönlichen Beziehungen	<i>#6.52: „sonst finde ich das Arbeiten denke ich auf dem Land ganz angenehm, also dass man seine Patienten eigentlich besser kennt, dass man das Umfeld insgesamt besser kennt, dass man ... ja genau also jetzt nicht nur das familiäre Umfeld, sondern auch das örtliche Umfeld, dass man sich da ..., dass das einfach kleiner, überschaubarer und besser zu kennen ist“</i>
			familienfreundlich	<i>#1.109: „Weil häufig hat man den Eindruck, dass Allgemeinmedizin irgendwie noch so ein Fach ist, wo man dann sagt: naja gut, das machen halt diejenigen, die Familie haben wollen, weil das am besten verträglich ist.“</i>
			weniger „Konkurrenz“, individueller Stil, sicheres Einkommen	<i>#4.89: „Aber, wenn es um den ärztlichen Beruf geht (...) man kann sich mehr zurückziehen auch so, oder muss weniger Dienstleistung, Wunschleistung erbringen, nur um Leuten zu gefallen, damit sie wiederkommen. Wenn weniger Konkurrenz da ist, kann man sich vielleicht mehr auch seinen Stil erlauben.“</i>
			berufliche Herausforderung	<i>#F3.T4.570: „Also die hausärztliche Arbeit auf dem Land finde ich total spannend. (...) Weil ich finde, das ist eine ganz andere Art Medizin, die man da machen muss. Also man muss viel mehr Entscheidungen treffen. (...) Also das sind einfach viel längere Wege und dann muss man sich viel sicherer sein in der klinischen Untersuchung, man muss viel genauer untersuchen und man muss einfach zu dem stehen, was man gemacht hat und vor Ort entscheiden: Ich muss den jetzt mit dem Rettungswagen in ein 25 Kilometer entferntes Krankenhaus fahren.“</i>
			Unterstützung der Gemeinden/ Bürgermeister	<i>#6.126: Ich glaube auf dem Dorf hat man mehr Unterstützung von den Gemeinden teilweise noch, also wenn man dann dort eine Praxis übernehmen oder eröffnen möchte, dass die einem noch eher helfen.“</i>
	negative Assoziationen zum “ländlichen Raum“	allgemein	Perspektivlosigkeit, Verfall der Region, Abwanderung	<i>#F1.T9.276: „Also es wirkt einfach finanziell unattraktiv und so ein bisschen perspektivlos und das Risiko wirkt höher.“ #F3.T4.1188: „Das Problem ist ja nicht nur, dass die Ärzte da fehlen, sondern da ziehen ja alle weg. Also das ist das Problem.“</i>
			eingeschränkte Möglichkeiten, weniger Auswahl (z.B. bei der Freizeitgestaltung oder der Wahl der Bildungseinrichtung)	<i>#9.68: „Und ich glaube in so einem Dorf, in so einer Kleinstadt, da hat man ganz viele Sachen nicht. (...) Man hatte nicht so viel Abwechslung. #F2.T4.298: „Mir würde, glaube ich, einfach viel so die Vielfalt fehlen, dass man zum Beispiel meistens nur ein, zwei Restaurants hat, in die man abends gehen kann.“</i>

				#F3.T4.95: (...) hatte nicht viele Möglichkeiten, was die Freizeitgestaltung angeht. Und es kamen Busse, aber eben drei Mal am Tag und damit ist einfach nicht viel zu machen. Also normales..., eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, so wie das bei den Freunden quasi aus der Kleinstadt nebenan war, war einfach so nicht möglich.“ #F1.T5.67: „Die Kinder, die Schule, man hat ja eigentlich keine Auswahl. Da ist halt eine Schule, die vielleicht fuß nah ist sage ich mal. Genau und dann müssen die da theoretisch hingehen, oder man lässt sie halt eine Stunde fahren.“
		erschwerte Partnersuche		#9.214: „Ich glaube im Moment würde ich eher in eine Gegend gehen, wo ich auch noch potenziell Möglichkeiten hab jemanden kennen zu lernen. (...) das ist glaube ich der Grund, warum ich momentan wieder in der Nähe von einer Großstadt bin.“
	infrastrukturell	Distanz/Erreichbarkeit zur nächsten „Stadt“ (räumlich oder zeitlich) Bzw. zum nächsten Arzt/Krankenhaus/ Kollege		#F2.T6.74: „Bei mir würde da auch noch dazukommen, wie weit ist die Entfernung zum nächsten größeren Ort oder überhaupt zur besseren Infrastruktur oder wie man es nennen will, also dass man sich selbst versorgen kann.“ #7.36: „Und ländlich ist, also bei uns ein Arzt und acht Dörfer!“
		Notwendigkeit eines Autos		#8.44: „Also es ist ganz klar, man braucht eigentlich ein Auto, um sich da zu bewegen und um auch seine täglichen Dinge zu erledigen, wie einkaufen ... #F3.T1.38: „Da muss eben jeder Auto fahren auf dem Land.“
		Abhängigkeit als Jugendlicher aufgrund fehlender Anbindung		#F3.T3.71: „Also ich hab das auch teilweise nervig in Erinnerung als Jugendlicher, wenn man irgendwo hinwollte. Man musste immer, war immer auf die Busse angewiesen, wenn man irgendwie dann angefangen hat so auszugehen (...)“
		fehlende (alternative) Infrastruktur, (z.B. Kinos oder Theater)		F2.T4.307: „Auch Kultur meinetwegen, also dass man eine gewisse Anbindung zu verschiedenen Theaterstücken oder ähnlichem hat, was man ja auch gar nicht unbedingt so häufig nutzt, wenn man ganz ehrlich ist, aber es zu können ist halt schon, glaube ich, ganz wichtig, für mich persönlich.“
	landschaftlich	Abhängig von Jahreszeiten		#F1.T4. 30: „Aber im Winter (...). Habe ich gleich ein Problem, dass es total dunkel ist, total kalt und ich muss da 15 Kilometer hin und wieder zurückfahren, und dann wird es ganz anders. Und wenn man länger da wohnt, dann hat man eben diese ganzen Aspekte, dass viele Sachen ein bisschen erschwert sind.“
	persönlich/ sozial	fehlende gleichaltrige soziale Kontakte (Alleinsein)		#F1.T5.311: „Man ist entweder alleine gelassen als Arzt, der eben alleine in der Umgebung [sitzt] oder (...) die ganzen Freunde sind halt alle woanders und oder viel zu weit weg.“

			soziale Kontrolle durch fehlende Anonymität und Tratsch/Gerüchte (Jeder kennt-jeden)	#F2.T5.165: „Was ich halt auch charakteristisch finde ist, also wenn ich jetzt an ein Dorf denke, oder auch daran denke, wo ich herkomme, dass man halt auch immer diese soziale Komponente hat, also dass es irgendwie so ist, also: Jeder kennt jeden. Dann wird da wieder getratscht. (...) Also ich finde das einfach furchtbar, dass dann halt immer jeder Schritt, den man macht beobachtet und beurteilt wird und alle wissen, was man tut.“ #5.47: „Aber, wenn ich da gleichzeitig leben müsste, hätte ich vor allem Angst so ein bisschen vor der Mentalität der Leute, dass die mir zu wenig weltoffen sind, zu viel Tratsch, zu viel soziale Kontrolle, zu wenig intellektuellen Austausch gibt.“
			eingefahrenes Gedankengut, starke Glaubensgrundsätze der Gemeinde	#5.88: „Ich hätte ein Problem damit irgendwie in einem Dorf zu sein, dass jetzt streng katholisch ist und 90% in die Kirche gehen und es einfach so wenig alternatives Gedankengut gibt, das finde ich irgendwie schwierig.“
			Gefühl „nicht dazu zu gehören“, ein „Fremder“ zu sein	#9.156: „Aber man hat das Gefühl, dass man nicht dazu gehört.“ #9.168: „Ich habe schon so ein bisschen das Gefühl – das ist mein persönliches Gefühl – dass ich je weiter ich in die Peripherie komme, desto fremder werde ich.“
	familiär		Fahrzeiten als Belastung für Familie/Partner und Freizeit	#F3.T4.539: Und wir haben halt insgesamt in der Familie keine Lust drauf, dass einer die ganze Woche jeden Tag auch schon eine Stunde Arbeitsweg hat, weil man eh schon ausgelastet ist mit einer Vollzeitarbeit und sich eh schon selten sieht.“
			Job des Partners	#F1.T6.87: „aber dann ist da noch mein Freund irgendwie. Der muss halt in die Stadt, weil der ist halt, kann nicht auf dem Land arbeiten.“
	beruflich		Patientenklientel	#3.31: „Ich verbinde mit ländlichem Raum sehr viele alte Menschen, das ist von der Versorgung her - anders als in der Stadt, wo doch viel Jugend noch in die Praxis kommt. (...) und das würde ich nicht wollen.“
			„langweiliges Arbeitsumfeld“	#F1.T8.285: „Ich habe auch den Eindruck, dass viele meinen, ich weiß nicht ob es wirklich so ist, an der Uniklinik interessantere Fälle und interessantere Techniken und sonst was zu lernen und dass es auf dem Land vermeintlich langweiliger ist zu arbeiten, dass es nicht so abwechslungsreich ist, nicht so spannende Patienten etc.“
			häufige Dienste	#F3.T4.665: „(...) aber ich sehe das noch aus einem anderen Aspekt (...), dass nämlich, das Dienstsysteem in der Großstadt auf ganz vielen Schultern ruht. Und dass man einmal im Quartal ein Dienst hat und aufm Land hat man einfach einmal alle zwei Wochen einen Dienst.

	Vorzüge der „Stadt“	allgemein	Anonymität der (Groß-) Stadt	#F2.T4.340: „Und auch das mit der Anonymität (ist) manchmal ein bisschen positiv, ich stelle mir das auch sehr anstrengend vor [auf dem Dorf].“
			Breites Angebot, Auswahl/Möglichkeiten	#F1.T3.68: „Also ich genieße es sehr, dass ich, auch wenn man nicht jeden Abend ins Theater geht, dass ich mich in die Bahn setzen könnte und gehen könnte. Und dass ich dafür nicht das Auto brauche.“ #F3.T3.417: „Also grad bei Freizeit, das ist für mich ein ganz großer Punkt. Ob ich nur einmal ums Eck gehe und da habe ich drei Musikschulen zur Auswahl, auch wenn ich die nicht alle Benutzten will, aber ich habe einfach die Wahl.“ #F3.T6.639: „Das Schöne an einer Stadt ist, und das, also da sehen wir jetzt auch ein bisschen mit Wehmut dem Abschied hier entgegen, dass eben das man, auch wenn man das jetzt nicht nutzt, aber dass man immer die Möglichkeit hat.“
			„Bequemlichkeit“ des Stadtlebens	#F1.T5.313: „(...) ich glaube, die Bequemlichkeit, das ist auch, die man in der Stadt halt lernt
			attraktiver Wohnraum in Außenbezirken	#F2.T4.332: „,, weil du hier in den äußeren Bezirken, wenn man nicht direkt in der Innenstadt, in der Altstadt jetzt, wohnt, auch Häuser findet mit Garten oder Wohnungen mit Garten. Wo man mit Kindern, finde ich, gut aufwachsen kann.“
		infrastrukturell	gute Erreichbarkeit	#F3.T3.432: „Ich genieße das so hier [in der Stadt] in fünf Minuten hier auf Arbeit zu sein. Also du kannst halt die maximale Zeit bei deiner Familie sein oder Freizeit haben. Und dann fährst du los und bist sofort da.“
		beruflich	Vielfalt der fachlichen Möglichkeiten	#F3.T4.587: „Mir macht das hier in der Stadt, auch sehr viel Spaß, eben weil so sehr vielseitig ist. Das geht aufm Land vielleicht ein bisschen verloren.“
			Erreichbarkeit von Fortbildungsangeboten	#9.140: „Ich sag mal im Moment ist es so, dass einem eine Großstadt auch noch attraktiv erscheint. Ich kann mal eben ... man hat viel mehr Fortbildungen, ich kann jedes Wochenende auf eine Fortbildung fahren und mich viel weiterbilden. Wenn Sie ganz nah irgendwo an der Westküste sind, dann fahren Sie drei Stunden und das machen sie einfach nicht.“
	Ängste/ Hemmungen zur Niederlassung im „ländlichen Raum“	allgemein	Abhängigkeit von Alter und Lebensphase	#F2.T4.433: „Ich glaube, selbst wenn man will, fühlt man sich einfach noch zu jung dafür [auf das Land zu ziehen].“
		persönlich/ sozial	kein Bezug zum Land	#F2.T1.383: „Ich glaube einfach, dass man nie so einfach sich entscheidet, irgendwo hinzugehen, sondern immer irgendwo etwas hat, was einen dorthin zieht.“
			Alleinsein	#9.203: „Und im Moment würde ich natürlich auch nicht in die letzte Peripherie gehen, weil ich da komplett alleine wäre und ich bin ja auch momentan ungebunden.“
			Mentalität der Menschen	#5.47: „Aber, wenn ich da gleichzeitig leben müsste, hätte ich vor allem Angst so ein bisschen vor der Mentalität der Leute, dass die mir zu wenig weltoffen sind,

				zu viel Tratsch, zu viel soziale Kontrolle, zu wenig intellektuellen Austausch gibt.“ (s.o. soziale Kontrolle)
			erlernte Bequemlichkeit	#F1.T1.36: „Diese knapp 6 Jahre hat mich dahingehend auch schon ein bisschen verändert, als dass ich sage: „Och ja, Großstadt ist ja eigentlich auch cool, ich kann hier alles erreichen, ich kann mal fix ins Kino oder so“, ich glaube, das hat auch viel damit zu tun, dass manche dann sagen: „Och ich habe jetzt hier toll in einer Großstadt studiert ich habe das alles jetzt auch zu schätzen gelernt, was es hier gibt. Jetzt will ich nicht in eine Kleinstadt zurück, wo es gar nichts gibt.“
			persönlicher Lebensentwurf	#7.96: „Wie gesagt ich habe eine Freundin, die ist nach <Ort> gegangen und das war richtig Geld ohne Ende, die fährt Ski und so und die hat vier Jahre ausgehalten. Dann will sie wieder in die Stadt, weil ihr einfach das Kino, Theater und so gefehlt hat. Weil sie es einfach gewöhnt war, dass, wenn sie abends Chinesisch essen geht, sie zum Chinesen geht, und nicht irgendwie vier Stunden mit einem Zug fahren muss im Winter, weil alles andere zu ist.“
		beruflich	Klinische Unsicherheit direkt nach dem Studium	#F1.T6.105: „So und dann bin da ganz alleine, kann niemanden fragen, ich habe keinen Kollegen und das würde mich glaube ich momentan noch total verunsichern, wo ich dann sagen würde: „Okay das ist ein Grund für mich das nicht zu machen.“ #9.348: „Das können tausend Dinge sein. Und da kann man auch viel übersehen.
			fehlende Trennung von Arbeits- und Berufsleben (Work-life-Balance)	#F3.T1.941: „Und da hatte ich nämlich mal so einen Sohn von einem Arzt und der war, nicht traumatisiert... Aber der war schon ... frustriert. Weil die quasi immer die zweite Geige gespielt haben, die Familie. Weil der Papa einfach vorrangig Kinderarzt war. Und wenn es dann geklingelt hat, dann ist der eben runter zu dem fiebernden Kleinkind...“
			zu viel Verantwortung	#F1.T5.243: „(...), wenn ich aufs Land gehe, dann möchte ich, glaube ich entweder mit zwei, drei Ärzten noch zusammen in die Ecke zumindest gehen, dass ich nicht das Gefühl habe, ich bin jetzt alleine für 100 Kilometer, sieben Tage die Woche 24 Stunden verantwortlich.“
			Aufopferung für die Patienten	#F1.T1.264: „Also ich finde das ist auch teilweise schwierig, dass man dann am Ende nicht nur noch für seine Patienten lebt und irgendwie am Ende so das eigene Leben, als auch Beziehung und sonst etwas, dann irgendwo zu kurz kommt. F1.T5.248: „(...) aber ich glaub das ist so dieses, dieser Schutz für einen selber, dass man da sich nicht total aufopfert und selbst mal einen Burn-Out hat oder so etwas. Das wäre, glaube ich, meine Angst...“

			Fehlende Akzeptanz / sich messen müssen mit dem Vorgänger	#F1.T?.327: „, Wenn du das alles anders machst wie der vorherige Arzt, dann sind sie erstmal (kritisch) eingestellt.“
			Wegfall des bekannten beruflichen Netzwerks	#F3.T5.476: „Das ist dann natürlich, wenn man sich das so langsam aufgebaut hat so über ein paar Jahre, das ist ja einfach einfacher. Aber das ist einfach der Weg des geringsten Widerstandes in dem Fall dann. Aber das wäre jetzt kein Ausschlusskriterium, aber ich finde, das macht schon die Entscheidung ist für mich schon so ein Punkt. Dass ich sag so, ich kann mir das mit jedem Jahr, mit dem ich hier arbeite mehr vorstellen dann vielleicht doch hier zu bleiben.“
			Angst vor Verpassen einer umfangreichen Ausbildung	#F2.T4.417: „, Weil man nicht irgendwie die Jahre nach seinem Studium in der Uniklinik oder in einem etwas größeren Krankenhaus ist, sondern ganz aufm Land, wo ich, könnte mir vorstellen, dass man da auch viel das Gefühl hat, dass man einige Krankheiten verpasst und immer nur dasselbe behandelt so.“
			aktive Auseinandersetzung mit dem Berufsfeld notwendig	#F1.T7.425: „Und deshalb ist es für einen auch irgendwie so ein schwarzer Fleck [Praxiseinstieg]. Und man müsste sich aktiv darum bemühen, herauszufinden, wie ist das eigentlich mit dem finanziellen Risiko? Also ich sage das jetzt mal einfach so, man weiß es einfach nicht. Und man müsste sich aktiv darum bemühen...“
		finanziell	*finanzielles Risiko	#F1.T7.114: „Da wäre einfach meine Sorge auch zu groß, also das Risiko, dass ich damit eingehe, finanziell.“
			* Hürden der Existenzgründung	#9.460: „Ja Landarzt, super toll, mach das doch, attraktiv, wird ja gebraucht ... das ist die eine Seite. Aber die andere Seite ist, es nicht so einfach, wie es aussieht.“ #F1.T9.348: „Aber der, der aufs Land geht, muss sozusagen dann am besten vorbereitet alle möglichen Zahlen vorweisen und sagen: „Doch das kann funktionieren“, und ist gefühlt viel größeren Widerständen auch so in dem normalen Umfeld, was wir hier in der Uni haben, ausgesetzt, als andersherum.“
	Vorurteile	beruflich	negatives Image des „Landarztes“ /Allgemeinmediziners	#F1.T1.375: „,,Ach der Hausarzt hat eingewiesen, das kann ja nichts werden“ und dann vielleicht auch noch der auf dem Land das ist, das potenziert sich, glaube ich, dann nochmal so naja, (...) „Na Hausarzt, der kann ja sowieso nur Überweisungen schreiben und mal das ein oder andere Rezept“, also die Wertschätzung auch einfach für den Facharzt ist glaube ich ziemlich unten.“ #F1.T6.524: „(...) ich finde das auch bei uns in den Vorlesungen häufig, dass Ärzte aus anderen Fachrichtungen schlecht über die Allgemeinmedizin sprechen, oder abfällig. Und das finde ich, das geht gar nicht in der Universitätsmedizin.“
		medial geprägt	Einfältigkeit der Leute, gehobene Altersstruktur	#F2.T3.701: „Sind auch alle immer etwas einfältig, in den Serien, auch dargestellt, muss man wirklich sagen. So diese Polizisten auf dem Land sind

				immer dick und doof, so. Und die Ärzte sind auch immer total übertrieben herzlich und haben total das tolle Verhältnis mit jedem und da wird einem so... “ #F2.T5.753: „Ja das sind nur alte Leute, die da mitspielen. Also das macht einem dann halt auch nicht so viel Lust darauf, finde ich.“
			Romantisierung des Alltages	#F1.T6.388: „Das ist halt dann auch so dieses Romantische, er hat eigentlich immer Zeit für seine Patienten, kann überall hinfahren und alle lieben ihn und (...) man kann ihn jederzeit anrufen. Er hat trotzdem noch Zeit für Familie, Freunde, Liebschaften und so weiter.“
			übertriebene Idylle	#F2.T3.708: „Auch, dass das so übertrieben idyllisch, aber andererseits nicht attraktiv für den persönlichen Eindruck gemacht wird. (...). Aber ich finde halt dieses mediale Bild auch nicht so, es wird einem nicht schlechtgemacht, weil es ja alles sehr schön aussieht und aber nicht attraktiv für das, was junge Leute wollen. Also beruflich.“
			Verfall und Abwanderung, Perspektivlosigkeit	#F1.T1.364: „Häufig sieht man (...) dass häufig dann halt der Verfall, (...) hauptsächlich präsentiert wird. Von wegen, keine Infrastruktur mehr, alle ziehen weg, keiner ist da, es ist sowieso alles blöde.“
	Anreize zur Niederlassung im „ländlichen Raum“	allgemein	Abhängigkeit von Alter und Lebensphase (vor allem in der Phase der Familienplanung / Junge Eltern = familiär s.u.) *	#F2.T2.424: „Gut, ich bin irgendwie Ende zwanzig, Mitte-Ende zwanzig, und wenn ich fertig bin, da ist man noch jung, will vielleicht noch einen draufmachen und dann halt später mit Familie oder so, kann man sich dann schon vorstellen aufs Land zu gehen.“ #8.101: „Also für mich war eigentlich total klar: Ich geh auf jeden Fall in eine Großstadt und ich bleibe mein Leben in einer Großstadt. Und das hat sich schon verändert. Schon allein in dem Moment, in dem ich angefangen habe zu arbeiten und, da habe ich plötzlich gemerkt: Ach irgendwie, das ... ich nutz es eh nicht und es stresst mich nur diese weiten Wege und ständig irgendwelchen öffentlichen Verkehrsmitteln und alles dauert fürchterlich lange.“
			„junge Leute“ / Freunde vor Ort, ähnliches Bildungsniveau	#F1.T4.513: „(...) sie suchen einen {[Arzt]}, für das, also für dieses Gebiet einen und was mich locken würde, wäre, wenn ich das Gefühl habe, da kommen mehrere hin, mehrere junge Leute. Nicht nur Ärzte, auch andere Leute, die anderes machen und dann, wenn ich das Gefühl habe, okay sie wollen viele junge Leute, ob Arzt oder nicht, aufs Land locken, dann ist das für mich schon gleich attraktiver.“ #F3.T1.1211: „Also man will ja immer da sein, wo alle sind und wo man so diese gleichförmigen, gleichgesinnten Menschen auch hat, mit denen man sich eben gut versteht oder auch identifiziert.“
			Urlaub vs. Leben/Arbeiten	#F1.T5.45: „Ich finde es halt auch so ein, so ein Unterschied: Alltag und, ich sage mal, Urlaub, Erholung was auch immer. (...) Ich finde, das macht man

				<i>bewusst. Man geht raus irgendwie in die Ruhe, oder eben hat man nicht 10.000 Leute um sich herum, sondern genießt das, aber es ist halt auch nicht der Alltag, man muss da nicht drinnen Leben sozusagen. “</i>
		landschaftlich	Freizeit in der Natur verbringen	<i>#2.72: „(...) für mich einer der wichtigsten Sachen wäre einfach die Nähe zur Natur. Und das ist vielleicht ein bisschen die Antwort auf die Frage davor noch, dass einfach Sport und Natura oder Sportmöglichkeiten in der Natur, in der Umgebung gegeben sind.“</i>
		infrastrukturell	Anbindung an eine Stadt	<i>#F3.T1.812: „Mein Mann hat irgendwann mal gesagt, die letzte Straßenbahnhaltestelle (lacht).... außerhalb der Stadt.“ #1.38: „Aber sonst wäre ich jetzt nicht so anspruchsvoll, dass ich sagen würde, es müsste jetzt da irgendwelche Unterhaltungssachen geben, also wenn die jetzt innerhalb von einer sagen wir mal Dreiviertelstunde erreichbar wären, dann wäre das für mich in Ordnung.“</i>
			wesentliche Strukturen des täglichen Lebens vor Ort	<i>#6.86: „Da wo ich wohne möchte ich gern eine Grundversorgung haben. Also wenigstens einen Laden, Bäcker ... eine Apotheke, eine Grundschule wäre schön, ein Kindergarten sowieso. Also sozusagen, ja also bis zur Grundschule fürs Kind Und wenigstens eine normale Einkaufsmöglichkeit, wo man so grundlegende Sachen alle kriegt. Finde ich schon gut... (...) vor allem Lebensmittel, Kleidung jetzt nicht ... zum Kleidung kaufen, das ist in Ordnung, wenn man da auch mal fährt, das braucht man nicht täglich.“</i>
			Erreichbarkeit von Grundstrukturen / Hobbies / Arbeitsplatz (ohne Auto, für Kinder selbstständig zumutbar)	<i>#F2.T6.84: „Aber, wenn ich dann auch Familie habe und Kinder, die noch nicht Auto fahren können, die sollen halt selber auch mit dem Fahrrad oder mit dem Bus irgendwas erreichen können, damit ich halt nicht immer Chauffeur spielen muss.“ #F2.T6.100: „Also, wenn jetzt die Sportvereine nicht vor Ort wären, sondern irgendwie in einem Nachbardorf oder ein Reitverein, ein Reitstall oder was-weiß-ich wo, das muss irgendwie erreichbar sein, auch für die Kinder alleine in einem gewissen Alter.“ #F2.T4.111: „Also Dinge, die wichtig sind, also einfach, dass man kurz nochmal zu Fuß eben einkaufen gehen kann, dass man dafür nicht unbedingt 10 Minuten mit dem Auto fahren muss.“</i>
			Qualität der erreichbaren Betreuungs- und Bildungseinrichtungen	<i>#F2.T1.288: „Ich würde auch noch, glaube ich, auf die Qualität der Schule achten, das wäre mir sehr wichtig, weil ich da auch schlechte Erfahrungen gemacht habe. Das halt auch so eine Schule aufm Land, gerade, wenn es da nur eine gibt zur Auswahl, auch mal schlecht sein kann und, das eventuell auch Chancen verbaut.“</i>

				<i>#3.44: „Ich will, dass meine Kinder eine gute Schulbildung bekommen (...). Das heißt, das müsste irgendwie zumindest infrastrukturell angebunden sein, so dass er da leicht hinkommt und auch wieder zurückkommt.“ [Akzeptable Fahrzeit: „Halbe Stunde.“]</i>
			Kinderbetreuung	<i>#6.150: „Also und mit Kind dann da hat man gemerkt, so ganz ohne Unterstützung geht's jetzt schon kaum und dann, wenn man tatsächlich eine Praxis hätte, dann bräuchte man eigentlich eher noch mehr ... kann man ja noch schlechter krankmachen, jedes Mal krank sein, Kind krank sein.“</i>
			Kommunikation- und Internetanbindung	<i>#F1.T9.216: „aber, wenn man eben da bei schwindenden Kollegen, dann eben aber vielleicht ein gutes Datennetz hat und eben auch Austauschmöglichkeiten vielfältiger Form zu haben. Da ist so etwas eben auch wichtig und das kriege ich selbst nicht gestemmt. Diese Infrastruktur müsste man mir einfach anbieten und dann verzichte ich auch, auf einen Bonus am Anfang oder so, weil dann habe ich es hinten raus irgendwie entspannter.“</i>
			Anpassung von Öffnungszeiten	<i>#F2.T4.303: „(...) bei uns in Brilon ist es unmöglich, sonntags morgens um 11:00 noch Frühstück zu kriegen, weil die machen das um 8:00 bis 10:00. Da wird man schief angeguckt, wenn man noch nicht wach ist sonntags um 8:00, das würde mir halt alles unglaublich fehlen, das, so den Vorteil einer Großstadt.“</i>
		persönlich/ sozial	Bezug zum Land (durch Herkunft, Familie, Partner, Freunde, Hobbies, Kindheitserlebnisse)	<i>#F3.T2.44: „Und meine ganze Familie kommt quasi aus dem Ort inklusive der Familie meines Freundes und dessen Eltern“ #F2.T1.375: „Also ich glaube als, für mich auch als Hauptaspekt, wo es einen nachher hinzieht oder auch, dass es einen auf dem Land, aufs Land zieht eventuell, ist stark davon abhängig, wozu man Bezug hat. (...) Ich glaube einfach, dass man nie so einfach sich entscheidet, irgendwo hinzugehen, sondern immer irgendwo etwas hat, was einen dorthin zieht.“</i>
			Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns	<i>#9.199: „Also ich möchte einfach, dass die Arbeit, die ich da mache, Sinn macht, dass die Patienten sozusagen das Gefühl haben, der passt hier hin. Dass ich der Arbeit in gewisser Weise auch gewachsen bin. Und das ist mir dann auch relativ egal, wo das ist.“</i>
		familiär (Abhängig von Alter und Lebensphase*)	Bedürfnisse der Kinder gehen vor	<i>#3.118: „Ohne Kind wäre ich glaube ich ein anderer Mensch und würde anders arbeiten, als ich das jetzt tue. Oder man richtet sich halt schon mehr einfach ... danach aus, dass alle Beteiligten glücklich sind. Beziehungsweise man doch mehr auf das Wohl des Kindes achtet und wenn er sagen würde: Nein im Leben nicht, da möchte ich nicht hin und das gefällt mir da nicht, dann ist es für mich ausgeschlossen da jeden Tag diesen Streitpunkt dazwischen zu haben.“</i>

			örtliche Nähe zu den (Groß-) Eltern für Hilfe/ Unterstützung	#1.30: „Gut, ich glaub bei mir würde ich sagen, würde ich subjektiv die Entscheidung eher stellen, dass die Familie nicht so weit weg ist.“ #F3.T7.198: „(...) mit Familie im Hintergrund hat man eben irgendwie mehr Organisationsmöglichkeiten.“ #F3.T1.55: [Gesunder Abstand zur Familie:] „Filzpantoffeln nicht anlassen können.“
			Vereinbarkeit mit Partner/Familie	#F1.T1.464: „(...) aber es ist glaub ich immer auch eine große Entscheidungshilfe oder Bremse, je nachdem, was halt auch der Partner macht, oder möchte. Nicht nur, ob er einen Job bekommen würde, sondern auch, ob er es will [auf das Land ziehen].“
			Pflichten, Versorgung/ Pflege von Familie in der Zukunft	#F2.T6.449: „Bin ich da verheiratet, habe ich Kinder, werde ich krank, ist irgendwas? Also, da sind so viele Komponenten, die da reinspielen, wird irgendjemand ein Pflegefall in der Familie ...“
		finanziell	attraktiver Wohnraum	#F3.T1.239: „Also ich möchte nicht in so einem dicht bebauten Platten Dings wohnen müssen, wo man einfach so eingeeengt ist, wo man nichts anderes sieht.“
			finanzielle Sicherheit, Lukrativität der Praxis	#F1.T7.229: „Auch wenn man sich nicht für eine Berufsrichtung entscheidet, die mir das größte Einkommen sichert, ist das ja trotzdem ein Faktor, den ich berücksichtigen muss, (...) auch für die Kinder, für die Familie, da braucht man einfach viel finanzielle Sicherheit.“ #7.41: „Also Ziel ist schon ländlich zu arbeiten, eine Praxis zu übernehmen. Bin aber auch am Schauen, dass es halt eine gewisse Anzahl an Scheinen auch bringt, weil Privatpatienten ... ist nicht so, wenn ich nicht gerade in menschenreicher Umgebung wohne ... und dann möchte da schon die Scheinzahl stimmen.“
		beruflich	Vorhandensein von passenden Arbeitsplätzen	#6.64: „(...) also wichtig ist eigentlich eher so die Praxis an sich, die man übernimmt. Wie ist die schon so geführt, also wie sind da die vorhandenen Strukturen, wie kann man die ausbauen, umbauen, wie ist es mit der Gemeinde, dass das da gut harmoniert.
			Praxisstandort	#F3.T2.869: „Ja [die Praxis] nicht im gleichen Ort, das ist ja furchtbar.“ #6.73: „Ich bin jetzt aus einem Dorf, das relativ gut noch angebunden ist, aber ich würde nicht in meinem Geburtsort eine Praxis haben wollen, das finde ich dann auch wieder zu ... zu nah. Und auch nicht da, wo ich wohnen würde, will ich die Praxis haben, lieber eins, zwei Orte weiter.“
			Anfahrtszeiten/ Fahrbereitschaft	#4.36: „da ich gern mit dem Fahrrad zur Arbeit fahre, sind vielleicht 10 maximal 15 Kilometer eine Entfernung, die ich bereit wäre zu meiner Praxis zu fahren, zwischen Wohnraum und Praxisraum, Räumlichkeiten.“ #5.101: „Ja, ... also ich könnte mir schon vorstellen, da wäre ich schon bereit ein bisschen zu fahren. Sagen wir mal so bis zu 40 Minuten, 45 Minuten [bis zum

				<i>Arbeitsplatz]. (...) wenn jemand in Berlin zu seinem Arbeitsplatz fährt, ist der ja auch eine Dreiviertelstunde innerhalb der Stadt unterwegs.“</i>
		Distanz zu Gesundheitsdienstlern		<i>#8.56: „Also was für Wege kann ich meinen Patienten zumuten. (...) wie weit ist es (...) zum nächsten Krankenhaus, wo ich jemanden einweisen kann, was habe ich dort für Ressourcen? (...). Dann die Anbindung an andere Spezial-Fachspezialisten. Sind diese Wege, also ist es praktikabel oder ist es nicht praktikabel? Und auch Dinge wie Apotheken, also wo sind die nächsten Apotheken, was kann ich da zumuten, was da immer zur Verfügung ist? Wie ist das mit dem Notdienst geregelt, bei Apotheken und bei mir selber natürlich. Und gibt es vielleicht noch andere Professionen, also brauche ich, braucht jemand einen Physiotherapeuten, braucht man vielleicht auch mal einen Ergotherapeuten (...).“</i>
		kollegiales Netzwerk		<i>#F1.T9.538: „Aber trotzdem, wenn ich einen anderen Facharzt mache, finde ich, kann ich einfach so, wie unter anderen Fachärzten ja auch, respektvoll miteinander gesprochen wird, kann man da jetzt die Allgemeinmediziner eben auch einfach mal in diese Gruppe mit aufnehmen.“</i>
		Mentoring, Supervision		<i>#F1.T6.105: „Was ich auch wichtig fände, wenn sozusagen am Anfang, wenn man dann noch einen Mentor hat #F1.T7.187: „(...), dass man irgendwie das Gefühl hat, man hat keine Hilfe, man kann niemanden fragen, finde ich ganz interessant auch so etwas wie Supervisionen regelmäßig irgendwie. Die Möglichkeit zu haben, dass man so etwas machen kann. Bei denen man eben problematische Situationen dann besprechen kann.“</i>
		Modell der Gemeinschaftspraxis, kollegialer Austausch vor Ort, Arbeit im Team		<i>#F1.T8.134: „Für mich wäre es interessant, in eine Gemeinschaftspraxis (TN1 und TN? Ja) einzusteigen oder so was, dass man auch einen Kollegen hat, mit dem man sich oder mehrere am besten, mit denen man sich austauschen kann, dass man da wirklich nicht von Anfang an alleine steht oder alles alleine regeln muss (...).“</i>
		Angestelltenverhältnis, Urlaubsvertretung		<i>#F1.T1.484: „Und auch diese medizinischen Gesundheitszentren, wo man dann halt teilweise auch angestellt ist, natürlich, und wo man seine Praxis hat, aber auch noch andere Kollegen auch aus anderen Fachrichtungen. Wo man dann halt auch den Austausch hatte (...). Ich glaube das ist auch ein gutes Modell.“ #F3.T1.733: „Ja, [ein Angestelltenverhältnis ist] komfortabel einfach auch. Grad so für Mütter mit Kindern, die dann einfach wissen ich krieg jeden Monat mein Geld ohne jetzt mich mit hundert Abrechnungsziffern beschäftigen zu müssen, immer dort hinterher zu sein. (...) Wer vertritt mich denn, wenn ich jetzt Urlaub machen will? Oder wenn ich mal krank werde...“</i>

				<i>#F1.T7.233: „Also, wie finde ich eine Urlaubsvertretung, ich möchte ja auch mal Urlaub machen, auch wenn ich irgendwie, ja, der einzige bin im Umkreis von, ich weiß nicht wie vielen Kilometern. Und nicht das Gefühl habe, ich lasse meine Patienten da jetzt im Stich, weil ich jetzt gerade mal drei Wochen Urlaub brauche.“</i>
Strategien	Bezug schaffen	<i>allgemein</i>	Verbindung nutzen, Kennenlernen der Region	<i>#F2.T1.394: „(...) häufig zieht es einen ja auch zurück zu seinen Wurzeln oder zu seiner Familie oder zu, ja irgendeinem Raum, wo man meinetwegen während seines Studium oder anderweitig längere Zeit verbracht hat. Also kaum einer zieht wirklich ins Binde hinein.“</i> <i>#9.325: „ich war in Thüringen auf dem Land <Amtstätigkeit> <Dr. Name>, viel mit ihm mit dem Auto übers Land und das ist schon, wenn man vom Dorf kommt sozusagen und ich hatte ja auch bei meinem eigenen Hausarzt schon Famulatur gemacht fand ich gut, hat mir gefallen. Und das ist ja auch so ein Bild von Arzt, was mir auch gefällt.“</i>
		<i>im Studium</i>	Hospitationsmöglichkeiten „Land erleben“ / Erfahrung durch Praktika/ Eindrücke vermitteln	<i>#3.92: „Ja eher Hospitationen, ich glaub so ein kurzer Land-Tag - bietet zu wenig Zeit, Ausprobiermöglichkeiten, da gehört glaub ich schon mindestens eine Übernachtung dazu, um das einfach vom Gefühl wirken zu lassen.“</i> <i>#6.108: „Naja der [aus der Stadt] müsste das erleben! Das heißt, der müsste Praktika oder irgendwie dann direkt dort haben. (...) ich glaube, er könnte es sich nur vorstellen, wenn er da mal gearbeitet hat.“</i>
		<i>in der Weiterbildung</i>	Freiwilliges Jahr auf dem Land (mit Gehalt)	<i>#F2.T7.906: „Freiwilliges soziales Jahr auf dem Land, weil ich dem Staat was wiedergeben will. Sondern, wenn man dann sagt ich bekomme ganz normal das ärztliche Gehalt, dass da quasi in dem ländlichen Raum bezahlt wird und ich mach jetzt nochmal ein Jahr da in Mecklenburg-Vorpommern, wo sonst kein Mensch hinwill, meinen freiwilligen Dienst, dann würde ich schon sagen, dass das einige annehmen würden.“</i>
	Ideenkonzepte zur Attraktivitätssteigerung	Abbau von Vorurteilen	Kommunizieren von Möglichkeiten	<i>#5.165: „Also ich denke, (...) dass ich jetzt zum Beispiel auch viele Dörfer mittlerweile schon gesehen habe, (...), die aber trotzdem so alles erfüllen, was ich mir auch von einer Stadt wünschen würde. (...) ein kleiner Ort, aber der insgesamt so von der Infrastruktur und von den Angeboten einfach sehr modern ist. Die sich viel einsetzen, in der Flüchtlingshilfe ... also die eine gute Gemeindearbeit haben, die tolle Projekte auf die Beine stellen, die auch eine schöne Fußgängerzone mit allen Geschäften haben und das ist jetzt ein Bereich wo es möglicherweise auch Hausarztmangel gibt, den ich aber auf keinen Fall jetzt von meiner Liste als Wohn-, als möglichen Wohnort streichen würde. (...) Also ich glaube, dass ein ganz großer Teil auch nicht so ländlich ist, wie man es sich vielleicht vorstellt.“</i>

				<i>#F2.T3.735: „, Dass man auch sagt, du kannst dich hier irgendwie ausbreiten, du hast Infrastruktur, wir unterstützen dich dabei, wir geben dir finanzielle und sonstige Anreize, auch die Bildung für deine Kinder kann gut sein. Irgendwie, wenn das so kommuniziert werden würde, dann würde man da vielleicht auch nur eine Sekunde drüber nachdenken. Aber wenn ich jetzt den Bauer sucht Frau guckte, denke ich mir, da möchte ich jetzt nicht der passende Arzt dazu sein.“</i>
		Verknüpfung der Vorteile von Stadt und Land		<i>#F2.T7.787: „,, Wir bieten Vorteile von beidem. Vom Ländlichen und von der Stadt. Also wir sind eine Stadt mit viel Platz quasi. Das müsste eigentlich die Kommunikation dann sein.“</i>
		Ausbau von Informationsangeboten (Vorstellung der Region, „Rural-Days“)		<i>#1.87: „(...) an den nahen Unis, dass man da vielleicht zum Beispiel für die PJ-Studenten, dass dann sich da die Landkreise schon mal so ein bisschen vorstellen (...), dass die Umgebung an der Uni vor Ort irgendwie attraktiver dargestellt wird oder, dass man die besser kennenlernt.“</i> <i>#2.90: „Eine andere Möglichkeit ist auch, was hier gemacht wird, diese „Rural-Days“, das sind hier die „Landtage“ einfach, find ich an und für sich eine gute Sache (...). Ich überleg jetzt gerade, wie man sowas vom Setting her beibehalten könnte, aber das gleichzeitig vielleicht etwas offener oder allgemeiner gestalten könnte.“</i>
		Verbesserung des Images der Allgemeinmedizin		<i>#5.154: „Also, dass man betont, dass die Aufgabe im ländlichen Gebiet auf jeden Fall eine sinnvolle, sinnstiftende Aufgabe ist. Dass man wirklich gebraucht wird und man etwas Sinnvolles tun kann und gleichzeitig aber auch betont, dass das nicht unrealistisch und durchaus machbar und mit den normalen Lebensentwürfen, die dann jeder vielleicht zum Leben doch auch entwickelt, auch vereinbar ist.“</i>
		Medienpräsenz / Aufzeigen attraktiver Arbeitsmöglichkeiten für junge Leute (ländliche Arzthäuser)		<i>#F2.T3.729: „Ich weiß nicht, wie man das besser rüber bringen könnte irgendwie, aber wenn das denn für Leute, die so Serien gucken. Wenn man dann zum Beispielmal so Arzthäuser zeigen würde (lacht), wo Leute auf dem Niveau arbeiten, auf dem man selber gerne arbeiten würde (...).“</i>
	vor dem Studium	Rekrutierung von Studierenden aus „ländlichen Regionen“		<i>#6.48: „(...) also jemanden aufs Land zu locken, der nie da war, ist, glaube ich, schwierig ... aber, Leute die halt vom Land sind, dass die wieder zurückgehen, ich glaube, dass ist das ist das Wichtigere, beziehungsweise möglichst viele zu motivieren, die auf dem Land leben überhaupt zu studieren“</i>
	im Studium	Ausbau des Faches Allgemeinmedizin im Studium (stärkere Implementierung)		<i>#F1.T7.446: „Ist auch was anderes halt, wenn man selbst mal die Erfahrungen macht. (...), Dass die Allgemeinmedizin einfach einen viel größeren Teil auch im Studium einnimmt.“</i>

				<i>#F1.T5.572: „Aber man hat gar nicht viel mehr Zeit meistens, für ein Fach, um herauszufinden, ob das etwas für mich wäre, oder nicht und ich glaube, das spielt eine ganz wichtige Rolle, welche Erfahrungen man mit der Allgemeinmedizin im Studium macht. Ob man das überhaupt in Betracht zieht, oder ob man es von vornherein ausschließt.“</i>
			Persönliche Erfahrungsberichte im Studium (Arzt erzählt vom Alltag), Vorbilder schaffen, Begeisterungsfähigkeit der Lehrenden	<i>#F1.T6.443: „Dann dabei interessant wäre, auch, (...) wenn man da mal ein Anschauungsbeispiel, einen Arzt, der erzählt: „Okay, ich mache am Tag das das das“. Hatten wir irgendwie nie so.“ #4.133: „Also zum einen glaube ich viel erlernen durch Vorbilder. (...) wo man dann irgendwie Kontakt zu Leuten hatte und sagte: Hey das sind, so möchte ich auch mit 60 sein. Irgendwie so ausgeglichen oder so zufrieden und trotzdem informiert oder kompetent.“</i>
			Finanzielle Unterstützung, Vergütung / Vermittlung von Wohnraum/Praxen für z.B. Landarzt“- Famulaturen	<i>#F1.T2.293: „Und man stellt sich mal vor, ein Student möchte jetzt tatsächlich oder hat das Interesse, aufs Land zu gehen und dann eine Allgemeinmedizinfamulatur zu machen. Dann stellt sich erst mal die Frage, „Ja okay, dann geh ich jetzt irgendwo hin, bewerbe mich an irgendeiner Praxis auf dem Land, wo wohne ich denn da?“ Das ist dann mit weiteren Kosten verbunden und das sind dann auch wieder Hindernisse.“ #F2.T3.479: „,, Dass man vielleicht so für eine Famulatur es gibt ja schon so Programm ein Rheinland-Pfalz, habe ich mal gesehen und ich glaube auch in Schleswig-Holstein, dass man Hausarztfamulaturen zum Beispiel machen kann, die dann auch finanziell vergütet werden. Und das ist echt ein ganz guter Ansatz, finde ich.“</i>
		in der Weiterbildung	Förderprogramme mit Entscheidungsflexibilität	<i>#F2.T1.441: „(...), dass man sagt, man geht sozusagen im Laufe seines Werdegangs oder seiner beruflichen Weiterbildung, wie auch immer, einmal zwei Jahre dorthin aufs Land. Also, dass man nicht sofort gezwungen ist, da direkt nach dem Studium dort hinzugehen.“</i>
			Finanzielle Anreize alleinig unzureichend	<i>#F1.T9.209: „Ich finde, das Geld ist zu kurzfristig gedacht, also 60.000€ einmal auf den Tisch gelegt, ist zwar schön und gut, aber ist für mich einfach zu kurzfristig. (...) da spielen eben ganz andere Faktoren, von den 60.000€ kann ich mir keine Schule kaufen für meine Kinder. Da krieg ich auch keine Internetleitung gelegt, wenn ich da irgendwo bin, wo nichts ist“</i>
			Gemeinschaftspraxis mit Freunden	<i>#F2.T7.524: „Also, was ich mir noch vorstellen könnte, ist, dass man sich halt selber was aufbaut mit Leuten. Also dass man sagt jetzt: Okay, wir haben da den Allgemeinmediziner und dann haben wir noch den Hautarzt und die machen dann zusammen halt, haben sich im Studium kennen gelernt und dann machen sie</i>

				zusammen eine Praxis irgendwo auf dem Land auf. Weil dann nimmt man quasi seine Freunde, die einem wichtig sind...“
		in Studium und Weiterbildung	Vermittlung von Umsetzbarkeit/ praktische Umsetzung (Seminare / Wahlfach / Praxismanagement-Kurse)	#F1.T5.419: „Und ich finde halt auch eben von dem Abrechnungssystem her oder so, (...) man kriegt da irgendwie gar nichts an die Hand oder zumindest, weiß ich nicht, habe ich es überblendet, über, wie funktioniert das so in der Praxis allgemein und vielleicht sogar auf dem Land. Sowas wird einem überhaupt nicht vermittelt.“ #F2.T1.560: „Finde ich einen wichtigen Aspekt, der mir wirklich sehr im Studium gefehlt hat, ist die Information, wie mache ich das eigentlich genau? Wie funktioniert das genau? (...) wie baue ich so was auf, wie bildet sich sozusagen so eine Praxis, wie beantragt man so was, was ist (wie leicht), also wo kommt man wie wo leicht rein. Man muss das ja irgendwie, ich habe das auch nicht richtig aufm Schirm.“
			Zeit für Forschung / Doktorarbeit	#F2.T4.921: „Ich glaube es wäre ganz clever, dass eventuell auch mit Forschung oder irgendwas zu verbinden. Also wenn man, es gibt ja schon viele Menschen, die ihre Doktorarbeit nicht während des Studiums gemacht haben oder zwischendurch nochmal weitere, also einfach weiter forschen wollen nebenbei oder so, wenn man da irgendwie was machen könnte, wäre das glaube ich für Leute nicht so schlimm für ein Jahr irgendwo hin zu gehen und sich da so gleichzeitig ein bisschen forschen zu können.“
			Telemedizin, elektronische Verknüpfung mit Kollegen	#F3.T1.1095: „(...) das wäre was, was man so für die Zukunft auf dem Land, also wenn auf dem Land wirklich nur noch diese hausärztliche Tätigkeit ist und man aber diese Spezialisten halt echt weit weg hat, das wäre ja was, womit man das irgendwie kompensieren könnte. Womit man versuchen könnte doch, dass der Spezialist auch ein Auge auf den Patienten hat.“

PUBLIKATION

What leads to the subjective perception of a 'rural area'? A qualitative study with undergraduate students and postgraduate trainees in Germany to tailor strategies against physician's shortage

Rural and Remote Health
Volume 18 Issue 4 (Dec 2018)

Wilhelmi, Lisa; Ingendae, Freya; Steinhäuser, Jost

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Steinhäuser, für die wissenschaftliche Betreuung dieser Arbeit sowie der freundlichen Hilfe und Unterstützung, insbesondere bei der Durchführung der Fokusgruppen und Telefoninterviews.

Außerdem möchte ich mich bei Freya Ingendae und Lydia Roskamp für die wissenschaftliche Zusammenarbeit bedanken. Diese war stets geprägt von einer angenehmen Atmosphäre und gegenseitiger Unterstützung.

Nicht zuletzt möchte ich meinen Eltern Claudia und Frank Wilhelmi, meiner Schwester Tanja Wilhelmi, meinem Freund Sebastian Beitz sowie meinem engen Freund René Stakemeier ganz besonders herzlich danken für die aufmerksame, liebevolle und vielseitige Unterstützung während dem Verfassen dieser Arbeit und während meines Studiums.

Darüber hinaus gilt mein Dank allen Verwandten, Freunden und Studienkollegen, die mich auch in schwierigen Zeiten unterstützt und immer wieder aufgeheitert haben. Dies war stets ein großer Rückhalt für mich, der als wichtiger Teil zum Erfolg meines Studiums beigetragen hat.

LEBENS LAUF

Lisa Wilhelmi

Geburtsdatum: 30. März 1990

Geburtsort: Neuss



Arbeit:

Seit 01/18

Assistenzärztin für Radiologie (*Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Universität zu Lübeck*)

Studium:

09/10 – 05/17

Universität zu Lübeck
Studium der Humanmedizin

1. Staatsexamen 08/2012, Note: 2,5

2. Staatsexamen 04/2016, Note: 2

3. Staatsexamen 05/2017, Note: 2

Gesamtnote: 2,16

Klinische Erfahrung:

Praktisches Jahr:

17.05. – 02.09.16

Radiologie (*Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Universität zu Lübeck*)

05.09. – 26.12.16

Innere Medizin (*Sana Klinik zu Lübeck*)

Abteilungen: Kardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie und Zentrale Notaufnahme

27.12.16 – 16.04.17

Chirurgie (*Johanna-Etienne-Krankenhaus, Neuss*)

Abteilungen: Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie

Famulaturen:

19.08. – 18.09.13

Praxis Dr. med. Martin Schwarz (*FA f. Innere Medizin*)

10.03. – 24.03.14

Klinik für Unfallchirurgie (*Lukaskrankenhaus, Neuss*)

23.02. – 09.03.15

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (*Johanna-Etienne-Krankenhaus, Neuss*)

10.03. – 24.03.15

Zentrale Notfallambulanz (*Johanna-Etienne-Krankenhaus, Neuss*)

09.09. – 23.09.15	Klinik für Neurologie (UKSH, Lübeck)
03.08. – 01.09.15	Praxis Dr. med. Martin Schwarz (FA f. Innere Medizin)
	<u>Promotion:</u>
Seit 10/14 – 05/20	Subjektive Wahrnehmungen vom ländlichen Raum - eine Grundlage für maßgeschneiderte Strategien gegen Ärztemangel in ländlichen Regionen. Eine qualitative Studie mit Studierenden der Humanmedizin und Ärzten in Weiterbildung
	Institut für Allgemeinmedizin Haus 50, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
	Doktorvater: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser
	<u>Nebenerwerbstätigkeiten:</u>
17.10.11 – 17.02.12	Tutor für Topographische Anatomie für Fortgeschrittene
03/12 – 01/14	Nachtwache in der Sana-Klinik zu Lübeck
	<u>Sonstiges:</u>
	8- wöchiges Praktikum in der Laborabteilung Corporate Research & Development (3M Deutschland GmbH, Neuss)
14.06. – 12.09.10	Pflegepraktikum (Johanna-Etienne-Krankenhaus, Neuss)
	<u>Sprachkenntnisse:</u>
	Deutsch (Muttersprache)
	Englisch (verhandlungssicher)
	Französisch
	<u>Außeruniversitäres Engagement:</u>
	Teilnahme am Uniorchester (Lübeck Pop Symphonics)
	<u>Schulbildung:</u>
2000 - 2009	Marie-Curie-Gymnasium, Neuss Abschluss Abitur, Note: 1,7
2008 - 2010	Heinrich-Hertz-Berufskolleg, Düsseldorf Staatliche Berufsausbildung zur Chemisch-Technischen- Assistentin (CTA)

Lisa Wilhelmi

Lübeck, 15.05.2020