

Nele Kettler

# **Junge Zahnärztinnen und -ärzte**

**Berufsbild – Patientenversorgung – Standespolitik**

Junge Zahnärztinnen und -ärzte

Materialienreihe  
Band 38



Nele Kettler

Mit Beiträgen von Jasmin Siri und Olaf Struck

# **Junge Zahnärztinnen und -ärzte**

## **Berufsbild – Patientenversorgung – Standespolitik**

### **HERAUSGEBER**

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)  
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln

in Trägerschaft von  
Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der  
Deutschen Zahnärztekammern e. V.  
und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K. d. ö. R.

Deutscher Zahnärzte Verlag  
Köln 2021

Autoren:

Dr. med. dent. Nele Kettler  
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln  
Dr. phil. Jasmin Siri  
Ludwig-Maximilians-Universität München, München  
Prof. Dr. phil. Olaf Struck  
Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg

Titelgrafik:

André Meinardus

Lektorat:

Inge Bayer  
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

**Bibliografische Informationen der Deutschen Bibliothek**  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar

ISBN 978-3-7691-0636-4

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV GmbH  
Köln 2021

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>Danksagungen</b> .....	11
<b>Einleitung: Herausforderungen für die zahnärztliche Profession</b> ..	13
1 Zahnmedizin und der Weg in den Beruf .....	13
2 Veränderungen im Berufsstand und in der Gesellschaft .....	15
3 Forschungsfragen und die Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ .....	19
4 Konsequenzen für den Berufsstand .....	22
5 Inhalte dieses Buches .....	23
6 Literaturverzeichnis .....	24
<b>Übersicht: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Studie</b> .....	27
<b>Teil I: Das zahnärztliche Berufsbild</b> .....	31
<b>Kapitel 1: Generationen in der Zahnärzteschaft</b> .....	31
1.1 Was macht Generationen aus? .....	31
1.2 Unterschiede in den Einstellungen von Zahnärztinnen und Zahnärzten .....	33
<b>Kapitel 2: Die zahnärztliche Profession und ihr Berufsbild</b> .....	39
2.1 Das zahnärztliche Berufsbild in der historischen Entwicklung ...	39
2.2 Die Zahnärzteschaft als Profession und der Prozess der beruflichen Sozialisation .....	41
2.3 Das Berufsbild von Zahnärztinnen und Zahnärzten im 21. Jahrhundert .....	42
2.3.1 Fremd- und Selbstwahrnehmung von Zahnärztinnen und Zahnärzten .....	42
2.3.2 Das Berufsbild und die Selbstwahrnehmung junger Zahnärztinnen und Zahnärzte .....	44

<b>Kapitel 3: Berufliche Zufriedenheit in den ersten Berufsjahren</b> . . .	49
3.1 Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und Zahnärzte mit ihrer Arbeitsstelle . . . . .	51
3.2 Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Karriereerfolgen . . . . .	54
 <b>Kapitel 4: Das zahnärztliche Berufsbild – Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b> . . . . .	57
 <b>Literaturverzeichnis</b> . . . . .	60
 <b>Teil II: Die zahnärztliche Versorgung</b> . . . . .	65
 <b>Exkurs: Arbeitssoziologische Einordnung der Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte in den gesamtgemeinschaftlichen Kontext (Olaf Struck)</b> . . . . .	65
1 Der Weg in den Beruf . . . . .	66
1.1 Ungleichheit beim Übergang in Studium und Beruf . . . . .	67
1.2 Strukturelle Grundlagen erfolgreicher Wege von der Schule in den Beruf . . . . .	68
1.3 Humankapital und familiäre Sozialisation . . . . .	69
1.4 Studien- und Berufswahl . . . . .	71
1.5 Übergänge in den Beruf . . . . .	72
1.6 Übergänge in der Zahnmedizin . . . . .	73
1.7 Zwischenfazit . . . . .	76
2 Der Weg in die berufliche Selbstständigkeit . . . . .	76
2.1 Soziodemografische Merkmale . . . . .	77
2.2 Humankapital und familiäre Grundlagen für Selbstständigkeit . . . . .	78
2.3 Selbstständigkeit in der Zahnmedizin . . . . .	80
3 Fazit . . . . .	84
 <b>Kapitel 1: Der Weg junger Zahnärztinnen und Zahnärzte in die Versorgung</b> . . . . .	86
1.1 Entwicklung des Berufswegs in den ersten Berufsjahren . . . . .	86
1.2 Der Weg in die Patientenversorgung in Deutschland . . . . .	87
1.3 Tätigkeitsumfang: Voll- oder Teilzeit? . . . . .	93
1.4 Niederlassung und Anstellung: Entwicklung des Berufswegs . . . . .	99
1.4.1 Determinanten für berufliche Entscheidungen . . . . .	101
1.4.2 Präferierte Tätigkeitsform: Anstellung oder Niederlassung? . . . . .	112
1.4.3 Niederlassungszeitpunkt . . . . .	120
1.4.4 Präferierte Gründungsform . . . . .	128
1.4.5 Präferierte Praxisformen und Praxisgrößen . . . . .	130
1.4.6 Vorbereitung auf die Niederlassung . . . . .	137

1.5 Was bedeuten Handlungsmuster und Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Patientenversorgung? . . . .	140
--	-----

**Kapitel 2: Wohnortnahe Versorgung . . . . . 143**

2.1 Verteilung und Entwicklung . . . . .	144
2.2 Heimat- und Ortsverbundenheit sowie Mobilität . . . . .	157
2.3 Was bedeuten Handlungsmuster und Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte für die wohnortnahe Versorgung? .	160

**Kapitel 3: Aus- und Fortbildung für Versorgungsbedarfe . . . . . 162**

3.1 Versorgungsbedarfe in Deutschland . . . . .	162
3.2 Vorbereitung auf den Versorgungsalltag . . . . .	168
3.2.1 Im Studium . . . . .	168
3.2.2 In der Assistenzzeit . . . . .	172
3.3 Fort- und Weiterbildung . . . . .	174
3.4 Werden junge Zahnärztinnen und Zahnärzte angemessen auf Versorgungsbedarfe vorbereitet? . . . . .	181

**Kapitel 4: Die zahnärztliche Versorgung – Zusammenfassung und Schlussfolgerung . . . . . 184**

**Literaturverzeichnis . . . . . 192**

**Teil III: Der Stellenwert von Freiberuflichkeit und Standespolitik . . 203**

**Kapitel 1: Freiberuflichkeit . . . . . 203**

1.1 Bedeutung der Freiberuflichkeit . . . . .	203
1.2 Stellenwert und Auffassung von Freiberuflichkeit bei jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten . . . . .	205

**Kapitel 2: Zahnärztliche Körperschaften und Standespolitik . . . . . 211**

2.1 Zahnärztliche Körperschaften . . . . .	211
2.1.1 Zahnärztekammern und Bundeszahnärztekammer . . . . .	211
2.1.2 Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung . . . . .	212
2.1.3 Außenwirkung der Körperschaften bei jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten . . . . .	214
2.2 Interesse junger Zahnärztinnen und Zahnärzte an standespolitischem Engagement . . . . .	216



<b>Kapitel 3: Der Stellenwert von Freiberuflichkeit und Standespolitik – Zusammenfassung und Schlussfolgerung</b>	228
<b>Exkurs: Politisches Engagement in der Gesellschaft und die Generation junger Zahnärztinnen und Zahnärzte (Jasmin Siri)</b>	232
1 Politisches Engagement im 21. Jahrhundert: Organisation, ade?	235
2 Was macht ein Engagement in der Standespolitik (un-)wahrscheinlich?	239
3 Was tun?	241
<b>Literaturverzeichnis</b>	244
<b>Epilog: Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte – Fazit und Ausblick</b>	247
1 Zentrale Ergebnisse der Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“	247
2 Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Berufsbild, zur Standespolitik und zur Patientenversorgung	249
3 Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte und Veränderungen im Berufsstand	252
4 Implikationen der Studienergebnisse	255
5 Was bringt die Zukunft?	256
6 Literaturverzeichnis	257
<b>Anhang: Methoden der Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“</b>	259
1 Überblick und Studienziel	259
2 Durchführung der Studie und Datenerhebung	260
2.1 Erste qualitative Untersuchung	260
2.2 Erste quantitative Erhebung (Welle 1)	261
2.3 Zweite quantitative Erhebung (Welle 2)	262
2.4 Zweite qualitative Untersuchung	263
2.5 Dritte quantitative Erhebung (Welle 3)	264
3 Die Studienteilnehmenden	265
4 Auswertung der Daten	268
4.1 Statistische Auswertung	268
4.2 Analyse der offenen Fragen	271
5 Literaturverzeichnis	272

# Vorwort

---

„Die Jugend ist unsere Zukunft!“ In Abwandlung dieses bekannten Zitates darf man vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des Wertewandels in Gesellschaft und Zahnärzteschaft zu Recht davon sprechen, dass der nachfolgenden Zahnarztgeneration eine ganz besonders große Bedeutung für die Zukunft des Berufsstandes nicht zuletzt im Hinblick auf den Erhalt von Freiberuflichkeit, Selbstverwaltung und Selbstständigkeit zukommt. Dr. Nele Kettler, Zahnärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), setzt sich in ihrem vorliegenden Buch mit den Fragen, Vorstellungen, Hoffnungen und Sorgen der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte auseinander und fasst die Ergebnisse ihrer Befragungen und Analysen in Schlussfolgerungen und Empfehlungen zusammen.

Antworten auf die Fragen der zahnärztlichen Generation Y müssen gefunden und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, die berufliche Realität anhand der Vorstellungen des zahnmedizinischen Nachwuchses positiv zu gestalten und weiter zu verbessern. Belastbare Daten, wie sie dieses Buch liefert, über die Vorstellungen des zahnärztlichen Nachwuchses für Gegenwart und Zukunft zahnärztlicher Heilkunde versetzen Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als Institutionen der Selbstverwaltung erst in die Lage, sich mit Vorschlägen und Konzepten bei der Politik für die Anliegen junger Kolleginnen und Kollegen Gehör zu verschaffen. BZÄK und KZBV nehmen sich dieser zentralen Aufgabe standespolitischer Interessenvertretung gewissenhaft an.

Der fortschreitende demografische Wandel geht auch an der Zahnärzteschaft nicht spurlos vorüber. So ist unter anderem zu erwarten, dass ein hoher Anteil älterer Kolleginnen und Kollegen in den kommenden Jahren seine Praxis aufgibt. Zum Glück mangelt es angesichts der Studierenden- und Approbationszahlen derzeit nicht an zahnärztlichem Nachwuchs. Junge Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner schätzen nach Erkenntnissen von Frau Dr. Kettler die Niederlassung grundsätzlich nicht weniger als vorherige Generationen. Die freie Professionsausübung in eigener Praxis ist für viele weiterhin das Ziel der Berufsausübung. Allerdings wollen sie sich dafür mehr Zeit lassen und erst einmal im Beruf ankommen. Der Zeitpunkt der Niederlassung verschiebt sich folglich nach hinten. Stattdessen erscheint das Angestelltenverhältnis für angehende Zahnärztinnen und Zahnärzte – zumindest als zeitlich befristeter Start ins Berufsleben – attraktiv. Auch für

die Gründung einer Familie sehen sie ein solches Arbeitsverhältnis als geeignet an, da es ihnen eine gute Work-Life-Balance ermöglichen soll.

Als Arbeitsorte bevorzugt die Mehrheit mittelgroße Städte und Regionen in der Nähe des Heimatortes. Es gibt also keine ausschließliche Bewegung in Richtung Großstädte. Im Gegenteil: Soziale Bindungen zur Heimatregion scheinen sogar ein Anreiz für eine spätere Niederlassung zu sein.

KZBV und BZÄK unterstützen junge Kolleginnen und Kollegen bereits seit Jahren auf ihrem Weg in die freiberufliche Selbstständigkeit und werden diese Bemühungen weiter intensivieren – auch, um manche (unbegründete) Angst vor diesem Schritt zu nehmen. Dabei müssen wir beachten, dass die Berufsausübungsgemeinschaft Umfragen zufolge immer beliebter wird.

Viele junge Kolleginnen und Kollegen fühlen sich allerdings oftmals nicht genug auf betriebswirtschaftliche Erfordernisse in der Praxis vorbereitet. Auch die immer stärker wachsende Bürokratielast und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens machen den Start in das Berufsleben nicht einfacher. Es zeigt sich zudem, dass eine breitere Vermittlung von Kenntnissen zur Berufsausübung bereits im Studium notwendig erscheint. Vorhandene Informationsangebote bedürfen der weiteren Verbreitung.

Auffällig ist, wie viele Befragte sich nicht ausreichend über Bedeutung und Aufgaben zahnärztlicher Körperschaften informiert fühlen. In diesem Ergebnis liegt auch ein Auftrag an uns selbst und an Kassenzahnärztliche Vereinigungen und (Landes-)Zahnärztekammern, die standespolitische Arbeit noch stärker praxisbezogen zu vermitteln. Wichtig ist, dass die Ansprüche und Wünsche der jungen Generation ernst genommen und berücksichtigt werden. Nur so lassen sich die richtigen Weichenstellungen für die Zukunft des Berufsstandes vornehmen und die nachfolgenden Generationen für die Arbeit in der Berufspolitik begeistern.

Freiberuflichkeit wird von nur wenigen Befragten als wichtiger Wert gesehen, besonders im Angestelltenverhältnis. Dabei ist es essenziell für die zahnärztliche Profession, den Beruf frei von Fremdinteressen, selbstbestimmt und allein dem Patienten verpflichtet auszuüben. Das gilt auch für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte. BZÄK und KZBV wollen das Professionsverständnis und damit den ethischen Aspekt zahnärztlicher Tätigkeit noch stärker in den Fokus rücken. Denn gerade die Freiberuflichkeit ist aus Sicht des Berufsstandes ein zentraler Wert, der den Beruf der Zahnärztin und des Zahnarztes so attraktiv macht.

Köln und Berlin, im Mai 2021

Dr. Wolfgang Eßer  
Vorsitzender des Vorstands der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Peter Engel  
Präsident der  
Bundeszahnärztekammer

# Danksagungen

---

Denjenigen, die zum Gelingen der Studie sowie des vorliegenden Buches durch ihren Einsatz und ihr Engagement beigetragen haben, möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Dies sind am Institut der Deutschen Zahnärzte: Dem Wissenschaftlichen Direktor Prof. Dr. A. Rainer Jordan für die Begleitung der Studie, Ratschläge und Ideen. Dem Stellvertretenden Wissenschaftlichen Direktor Dr. David Klingenberger für die inhaltlichen Anmerkungen sowie richtungweisende Anregungen und Kommentare. Dr. Kathrin Kuhr für die statistische Auswertung der Daten und ihre Bild- und Wortbeiträge. Dr. Nicolas Frenzel Baudisch für die sozialwissenschaftliche Beratung im gesamten Projektverlauf. Inge Bayer für das gründliche Lektorat dieses Buches. Muradiye Dogan, Angela Finkenbergl, Andrea Schwalb sowie Christin Hübler für die Pflege des Panels, den Versand der Incentives sowie die Übernahme organisatorischer Aufgaben.

Den Abteilungen Statistik der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, namentlich vor allem Andreas Kunzler, Kathrin Fuchs sowie Kristina Salm, für die Bereitstellung ergänzender bundesweiter Daten sowie ihre Beratung zu den Daten.

Allen Studienteilnehmenden sowie den Ansprechpartnerinnen und -partnern der Fachschaften an den Universitäten für ihr Engagement, ihre Antwortbereitschaft und ihre ausführlichen Rückmeldungen.

Dem Ausschuss „Beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement“ der Bundeszahnärztekammer für seine Beratung zu ausgewählten Fragestellungen.

Dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, namentlich Prof. Dr. Peter Angerer und Dr. Natalia Wege, für ihre Beratung hinsichtlich der Befragungsinstrumente und Auswertungsmethoden zu Belastungen.

Den Mitarbeitenden des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnerhaltung und Parodontologie der Uniklinik Köln (Direktor: Prof. Dr.

Michael Noack) für die ausführliche Rückmeldung zu ausgewählten Fragestellungen der dritten Befragungswelle.

Dem infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, namentlich Dr. Johannes Leinert, für die organisatorische und technische Durchführung der dritten Befragungswelle.

Kantar Health, namentlich Dr. Constanze Cholmakow-Bodechtel und Linda Scharf, für die organisatorische und technische Durchführung der zweiten Befragungswelle.

Dem Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen IMIG, namentlich Jörg Schmidt, für die Organisation, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppensitzungen.

Consulimus für die technische Unterstützung bei der Auswertung der offenen Fragen der dritten Befragungswelle.

AFEK (Analysen, Forschung, Engineering, Kommunikationstechnik), namentlich Henning Bauer, für die technische Unterstützung bei der Erfassung der Fragebögen sowie der Zusammenführung der Datensätze.

Dem Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) für die methodische Beratung zur zweiten Befragungswelle.

# Einleitung: Herausforderungen für die zahnärztliche Profession

---

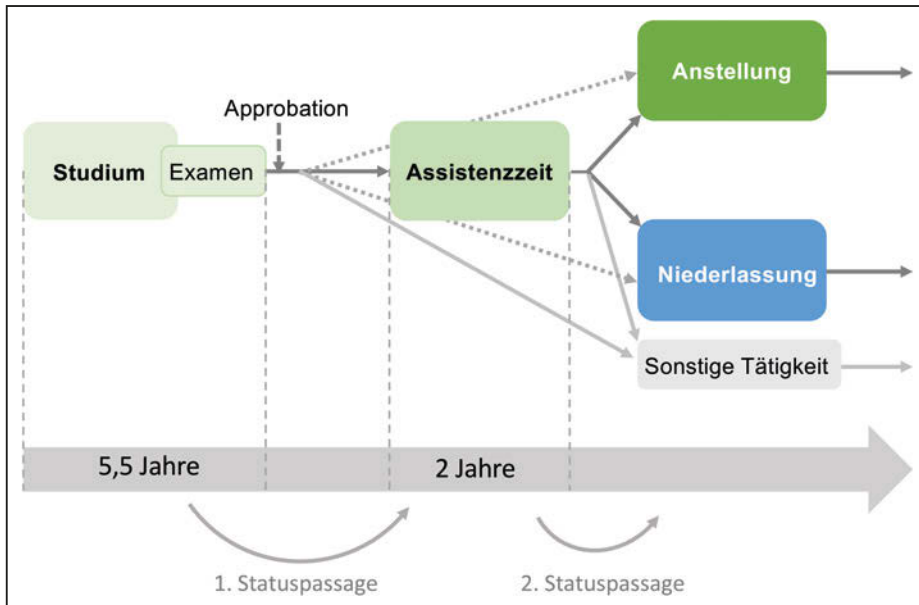
Die zahnärztliche Profession und die Bedingungen, unter denen die Profession ausgeübt wird, verändern sich. Auch wenn ein solcher Wandel im Zeitverlauf zunächst nicht ungewöhnlich ist, stellen die Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit die Zahnärzteschaft dennoch vor Herausforderungen. Denn die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung soll weiterhin sichergestellt sein und die Zahnärzteschaft sich als Berufsstand organisieren können.

Der Wandel im Berufsstand betrifft insbesondere junge Zahnärztinnen und -ärzte, die am Beginn ihres Berufslebens stehen. Noch ist unklar, inwieweit sie die Entwicklungen beeinflussen können und wie sie mit den beruflichen Rahmenbedingungen, mit denen sie beim Berufseintritt konfrontiert sind, umgehen. Sie gehören der sogenannten „Generation Y“ an. „Die Generation Y ist die kleinste, die die Bundesrepublik je gesehen hat. Und doch lohnt es sich, sie ernst zu nehmen, denn ein Blick auf die Jugend ist immer auch ein Blick in die Zukunft“ (Hurrelmann und Albrecht 2014, S. 8). Genau das nehmen wir uns mit diesem Buch vor – wir werfen einen Blick auf die jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die dieser Generation zugerechnet werden, auf ihre beruflichen Erfahrungen, Wünsche und Sorgen. Aus diesen versuchen wir abzuleiten, wie die Zukunft der zahnärztlichen Profession aussehen könnte.

## 1 Zahnmedizin und der Weg in den Beruf

Doch werfen wir zunächst einen Blick auf das berufliche Umfeld, welches junge Zahnärztinnen und -ärzte in ihren ersten Berufsjahren erwartet.

Der Tätigkeit als Zahnärztin oder Zahnarzt geht ein lern- und zeitintensives Universitätsstudium voraus. 42,5 Stunden verbringen die Studierenden im Durchschnitt wöchentlich damit, sich auf ihre zukünftige Tätigkeit vorzubereiten (Ramm et al. 2014, S. 212). In Vorlesungen, Kursen und Praktika erlernen sie zahnmedizinische Grundlagen und praktische Fähigkeiten, die in den letzten Semestern am Patienten vertieft werden. Die Studiendauer beträgt mindestens 10 Semester, denen sich eine etwa sechsmonatige Prüfungsphase anschließt (Abb. 1.1). Die durchschnittliche Gesamtstudiendauer lag 2015 bei 11,4 Semestern (BZÄK 2019). Nach erfolgreich



**Abbildung 1.1:** Studium und erste Berufsjahre in der Zahnmedizin

bestandener Abschlussprüfung, dem Staatsexamen, wird die zahnärztliche Approbation beantragt, die zur Berufsausübung berechtigt.

Bereits im Studium und auch im Laufe der folgenden Berufsjahre eignen sich Zahnärztinnen und -ärzte berufliche Kompetenzen und Fertigkeiten an. Zugleich durchlaufen sie in ihrer medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung einen Prozess der beruflichen Sozialisation. In deren Verlauf lernen sie, Entscheidungen zu treffen, umzusetzen und zu verantworten; sie erfassen Regelsysteme und verinnerlichen Normen des Berufsstandes. Dabei werden sie zu Mitgliedern des Berufsstandes und Teil der zahnärztlichen Profession (Raven 1989; Siegrist 2005). In ihrer Profession üben die Zahnärztinnen und -ärzte einen freien Expertenberuf aus, der mit Autonomie und Ansehen einhergeht und auf das Gemeinwohl ausgerichtet ist (Pundt 2006; Demszky von der Hagen und Voß 2010).

Nach dem Studium folgt in der sogenannten 1. Statuspassage der Eintritt in den Berufsalltag. Ein Großteil der neu approbierten Zahnärztinnen und -ärzte beginnt nach dem Examen mit der Vorbereitungsassistenzeit. Diese meist zweijährige Phase wird im Anstellungsverhältnis bei niedergelassenen Zahnärztinnen oder -ärzten oder seltener auch in Universitätskliniken absolviert. Sie ist Voraussetzung sowohl für die spätere Zulassung als niedergelassene/r Vertragszahnarzt/-ärztin als auch für eine Tätigkeit

als angestellte/r Zahnarzt/-ärztin in vertragszahnärztlicher Praxis (Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte [Zahnärzte-ZV]).<sup>1</sup>

Die Vorbereitungsassistenz ist nicht zu verwechseln mit der Entlastungsassistenz oder der Weiterbildungsassistenz. Entlastungsassistentinnen/-assistenten haben ihre Vorbereitungszeit bereits beendet, sie sind vorübergehend zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung angestellt (§ 32 Abs. 2 Zahnärzte-ZV). Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten dagegen bilden sich in bestimmten Bereichen zum Fachzahnarzt oder zur Fachzahnärztin weiter, um später beispielsweise als Kieferorthopädinnen/-orthopäden oder Oralchirurginnen/-chirurgen tätig zu sein.

Mit Abschluss der Assistenzzeit folgt die 2. Statuspassage in den folgenden beruflichen Abschnitt. Die Zahnärztinnen und -ärzte sind nun frei, ihren weiteren beruflichen Weg zu wählen. Häufig eingeschlagene Karrierewege sind ein Arbeitsverhältnis als angestellte Zahnärztin oder angestellter Zahnarzt oder die Selbstständigkeit in eigener Praxis. Dabei stehen verschiedene Praxisformen zur Wahl: Die Einzelpraxis, in der ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin und ggf. weitere angestellte Zahnärztinnen und -ärzte tätig sind. In Praxisgemeinschaften oder Berufsausübungsgemeinschaften kooperieren mehrere Niedergelassene in verschiedenen Rechtsformen miteinander. Eine Sonderform ist das (Zahn-)Medizinische Versorgungszentrum (Z-MVZ), in dem die rechtliche Leitung durch fachfremde Personen übernommen werden kann. Weitere Anstellungsmöglichkeiten für Zahnärztinnen und -ärzte ergeben sich beispielsweise in Universitätskliniken, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder der Bundeswehr.

Vertreten werden die Zahnärztinnen und -ärzte durch ihre Körperschaften. Die berufsständischen Vertretungen aller Zahnärztinnen und -ärzte sind die Zahnärztekammern der Länder sowie die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Die Vertretungen der Vertragszahnärztinnen und -ärzte sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

## 2 Veränderungen im Berufsstand und in der Gesellschaft

Die Zahnärztinnen und -ärzte, die in den letzten Jahren die Statuspassagen in den Beruf durchlaufen haben, gehören vorwiegend der sogenannten Generation Y an. Zu dieser werden die zwischen 1981 und 2000 Geborenen gerechnet (Bruch et al. 2010). Ihnen wird nachgesagt, vor allem Spaß an der Arbeit haben zu wollen. Sie sollen sich geregelte Arbeitszeiten wünschen, die genug Raum geben für Freizeitbeschäftigungen, welche ihnen oftmals wichtiger sein sollen als der Beruf. Neben Zahnärztinnen und

<sup>1</sup> Eine direkte Niederlassung in privat Zahnärztlicher Praxis ist möglich, jedoch sehr selten. Selten ist auch die Tätigkeit abseits der Patientenversorgung.



-ärzten, die der Generation Y angehören, sind zeitgleich Zahnärztinnen und -ärzte der Generation X (1966 bis 1980) und der Babyboomer-Generation (1956 bis 1965) beruflich aktiv. Von diesen drei Generationen wird behauptet, dass sie sich hinsichtlich ihrer Einstellung sowie ihrer Motivation zur Arbeit voneinander unterscheiden (u. a. Schmidt et al. 2013; Schmidt 2014; Weiper 2014). Die Arbeitsbedingungen seien dagegen für alle drei Generationen identisch. Doch während neue Gesetzgebungen der letzten Jahre für junge Zahnärztinnen und -ärzte bereits bei oder kurz nach ihrem Eintritt ins Berufsleben galten, bedeuten diese für ihre älteren Kolleginnen und Kollegen eine Veränderung. Denn nach vielen Jahren im Beruf müssen sie ihre Profession nun unter anderen Bedingungen ausüben.

Eines der Gesetze, welches die Möglichkeiten der zahnärztlichen Berufsausübung nachhaltig beeinflusst hat, ist das zum 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). Denn es ermöglichte erstmals niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzten, zeitlich unbegrenzt weitere Zahnärztinnen und -ärzte als Angestellte zu beschäftigen. Bis Ende 2006 war ihnen die Anstellung nur während der Vorbereitungs- oder Weiterbildungsassistenzeit, vorübergehend als Entlastungsassistentin oder außerhalb von Praxen, also beispielsweise in Universitätskliniken, möglich. Darüber hinaus wurde auch die Gründung von Zweigpraxen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften<sup>2</sup> (BAG beziehungsweise ÜBAG) ermöglicht. Mit dem VÄndG waren demnach die Voraussetzungen für eine Bildung größerer Praxisstrukturen gegeben.

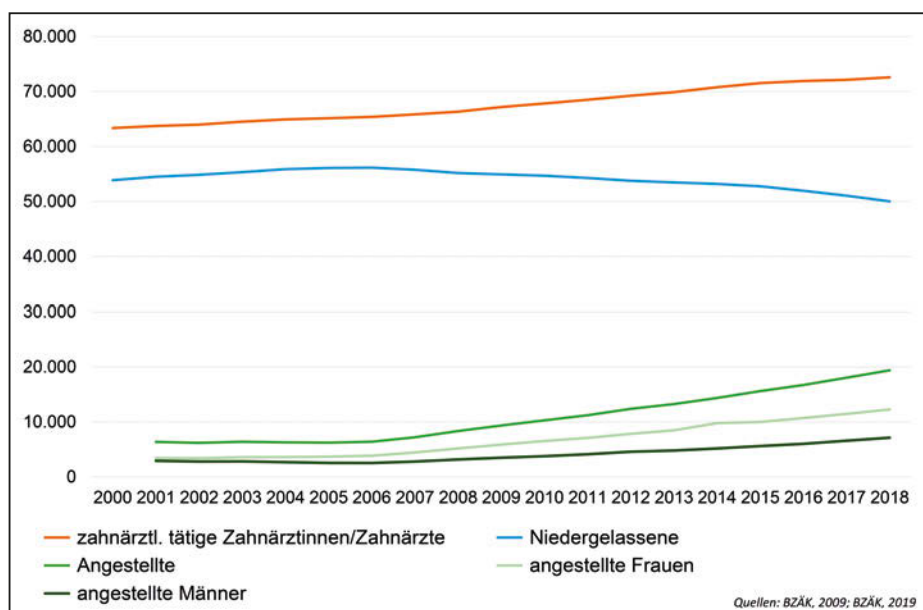
Nur drei Monate später wurde die räumliche Zulassungsbeschränkung für Zahnärztinnen und -ärzte mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) aufgehoben. Seitdem ist die Niederlassung in jedem Gebiet unabhängig vom Versorgungsgrad möglich (§ 103 Abs. 8 SGB V).

Eine weitere Neuerung für die Berufsausübung brachte die seit 2015 bestehende Möglichkeit mit sich, fachgruppengleiche, also auch rein zahnmedizinische, MVZ zu gründen (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-VSG]). In diesen obliegt Zahnärztinnen und -ärzten zwar die fachlich-medizinische Leitung, jedoch im Gegensatz zu anderen Praxisformen nicht notwendigerweise auch die rechtliche und wirtschaftliche Leitung. Auch eine maximale Zulassungsgrenze angestellter beschäftigter Zahnärztinnen und -ärzte je Vertragszahnarzt gilt für sie nicht.

Die Zulassungsgrenze für Angestellte bei Vertragszahnärztinnen und -ärzten in eigener Praxis wurde daraufhin im Jahr 2019 von zwei auf maximal vier Vollzeitbeschäftigte erhöht (§ 9 Abs. 3 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte [BMV-Z]).

<sup>2</sup> Bis Ende 2006 als Gemeinschaftspraxen bezeichnet.

Die erweiterten Möglichkeiten, welche die veränderten Gesetzgebungen mit sich bringen, werden umfangreich genutzt. Dies verdeutlicht auch die seit 2007 deutlich gestiegene Anzahl Angestellter (Abb. 2.1). 2018 waren etwa jede dritte Zahnärztin und jeder fünfte Zahnarzt angestellt tätig (BZÄK 2009; BZÄK 2019).



**Abbildung 2.1:** Anzahl angestellter und niedergelassener Zahnärztinnen und -ärzte von 2000 bis 2018

Gleichzeitig sind immer weniger Zahnärztinnen und -ärzte in eigener Praxis niedergelassen. Die Anzahl aus der Versorgung ausscheidender Niedergelassener (KZBV 2019) war 2018 nahezu doppelt so hoch wie die Anzahl der in diesem Jahr neu Niedergelassenen (2.169 gegenüber 1.214). Für Praxisabgebende kann diese Entwicklung daher mit Schwierigkeiten bei der Veräußerung einhergehen, da sich ggf. kein Nachfolger bzw. keine Nachfolgerin findet (Klingenberger 2018).

Auch hinsichtlich vorhandener Praxisformen verändert sich die Versorgungslandschaft. Seit die Möglichkeit zur Gründung von Z-MVZ besteht, stieg deren bundesweite Anzahl innerhalb von fünf Jahren auf über 1.000. Andere Praxisformen finden sich dagegen seit den frühen 2000er-Jahren kontinuierlich seltener. Während ihre Anzahl sank, blieb das Verhältnis von Einzel- zu gemeinschaftlichen Praxen in diesem Zeitraum konstant (KZBV 2019). Doch in allen Praxisformen wachsen die Organisationsstrukturen. Mit der Möglichkeit zur Anstellung ist nun in der Regel nicht mehr nur ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin in jeder Einzelpraxis tätig, sondern 2019

durchschnittlich 1,4 Zahnärztinnen und -ärzte (KZBV 2020). In Berufsausübungsgemeinschaften sind es 2,6 bis 3 Zahnärztinnen und -ärzte, in MVZ sogar mehr als 7.

Während die Anzahl der Praxen deutschlandweit sinkt, steigt gleichzeitig die Gesamtzahl zahnärztlich Tätiger seit 2000 kontinuierlich (s. o. Abb. 2.1). Dies ist auf eine wachsende Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen zurückzuführen. Denn die Anzahl der männlichen Zahnärzte betrug in den vergangenen Jahren konstant 40.000, allein in der vergangenen Dekade kamen dagegen 6.000 Zahnärztinnen dazu. Waren zur Jahrtausendwende nur etwa ein Drittel aller zahnärztlich Tätigen weiblich, sind es heute bereits über 45 %. Ihr Anteil wird voraussichtlich weiter steigen, denn der Frauenanteil unter Studienanfängern liegt bei 65 % bis 70 % (BZÄK 2019). Von einer „Feminisierung der Zahnärzteschaft“ ist in diesem Zusammenhang oftmals die Rede (vgl. Gross und Schäfer 2011; Buchmann 2010; Wilcke et al. 2016). Auch wenn von dieser Begrifflichkeit im weiteren Verlauf des Buches Abstand genommen wird<sup>3</sup>, kann davon ausgegangen werden, dass die Veränderung der Anteile zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten auch zu Veränderungen im Berufsstand führt. Denn Zahnärztinnen haben mitunter andere Erwartungen als ihre Kollegen, sowohl an ihre zahnärztliche Tätigkeit als auch an die Vereinbarkeit ihres Berufs mit anderen Lebensbereichen. Sie weisen ein anderes Gründungs- sowie ein anderes Behandlungsverhalten auf und spezialisieren sich auf unterschiedlichen Gebieten (Wilcke et al. 2016; Klingenberger und Köhler 2020; Micheelis et al. 2010; Riley et al. 2011).

Dabei sind Veränderungen in den Behandlungsstrukturen vor allem auf veränderte Versorgungsbedarfe zurückzuführen. Zum Teil leiten sich diese aus dem demografischen Wandel ab, der Verschiebungen in der Altersstruktur der Gesellschaft mit sich bringt: Die Gesamtbevölkerung altert. Weniger Kindern und Jugendlichen stehen mehr ältere Menschen gegenüber, die ein immer höheres Lebensalter erreichen (Rothgang und Unger 2017). Doch auch der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin, „vorsorgen statt versorgen“, führt langfristig zu veränderten Versorgungsbedarfen (KZBV und BZÄK 2016). So ist die Karieserfahrung vor allem in jüngeren und mittleren Altersgruppen gesunken und wird voraussichtlich weiter sinken (Jordan und Micheelis 2016). Ältere Menschen profitieren vom längeren Erhalt der eigenen Zähne. Doch da bei ihnen mehr Zähne von Karies betroffen sein können, wird sich die restaurative Zahnheilkunde vermehrt an diese Altersgruppe richten (Jordan et al. 2019). Gleichzeitig werden sich prothetische Behandlungsbedarfe verschieben, da weniger Zähne fehlen (Jordan et al. 2020). Auch schwere parodontale Erkrankungen sind in mittleren Altersgruppen rückläufig. Die Anzahl parodontal behandlungsbedürftiger Menschen in höheren Altersklassen wird dagegen steigen (Schwendi-

<sup>3</sup> Um Missverständnisse zu vermeiden, denn der Begriff Feminisierung ist nicht eindeutig definiert und wird unterschiedlich ausgelegt.

cke et al. 2018). Vor allem die vulnerablen Gruppen bringen besondere Behandlungsbedarfe mit sich. Während die Mundgesundheit Pflegebedürftiger vergleichsweise schlechter ist als bei nicht pflegebedürftigen Älteren, sind bei den Jüngsten der Gesellschaft die Erfolge der Präventionsorientierung noch nicht flächendeckend angekommen (Treuner und Splieth 2013; Jordan und Micheelis 2016). Die veränderten Behandlungsbedarfe zeichnen sich nicht alleine in epidemiologischen Daten ab, sondern werden auch in der Praxis durch Zahnärztinnen und -ärzte subjektiv wahrgenommen (Micheelis et al. 2010).

Mit veränderten Anforderungen an die Versorgung ändern sich zugleich die Möglichkeiten der Versorgung. Neben technischen Innovationen finden wissenschaftliche Fortschritte zunehmend Eingang in Behandlungsabläufe. Leitlinien und evidenzbasierte Zahnmedizin (EbD) gewinnen an Bedeutung. Gleichzeitig entscheiden aufgeklärte Patientinnen und Patienten im Sinne des „Shared Decision Making“ mit. Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (§§ 630a–h BGB) stärkt diesen Ansatz. Diese Fortschritte können den Behandlungsalltag erleichtern und Behandlungsergebnisse verbessern, führen gleichzeitig aber auch zu Veränderungen in Behandlungs- und Praxisstrukturen. Durch den damit einhergehenden Strukturwandel wird gar eine Deprofessionalisierung befürchtet (Micheelis et al. 2010).

Auch in der Zahnärzteschaft selbst macht sich der demografische Wandel bemerkbar. Der Altersdurchschnitt aller zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen und -ärzte ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. 2018 lag er bei 48,7 Jahren (2008: 47,4 Jahre). Besonders die Bundesländer der ehemaligen DDR sind betroffen, dort tätige Zahnärztinnen und -ärzte waren im Schnitt noch einmal älter (BZÄK 2019). Der demografische Wandel spiegelt sich in den berufsständischen Vertretungen wider, in denen mehrheitlich ältere Zahnärztinnen und -ärzte aktiv sind.

### **3 Forschungsfragen und die Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“**

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen stellt sich die Frage, inwiefern Verhaltensweisen und berufliche Vorstellungen junger Zahnärztinnen und -ärzte zu den beschriebenen Entwicklungen beitragen. Gleichzeitig möchten wir wissen, wie sie diesen beruflichen Rahmenbedingungen in ihren ersten Berufsjahren begegnen.

Unklar ist weiterhin, ob die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sichergestellt werden kann. Kommen ausreichend angemessen ausgebildete Zahnärztinnen und -ärzte dort an, wo sie benötigt werden, um diese auch zukünftig zu garantieren?

Darüber hinaus ist offen, wie Zahnärztinnen und -ärzte in den ersten Berufsjahren ihre Standespolitik, durch die sie im Berufsstand vertreten werden, wahrnehmen. Außerdem wird untersucht, unter welchen Umständen junge Zahnärztinnen und -ärzte Interesse an standespolitischem Engagement zeigen.

Über den zahnärztlichen Berufsstand werden regelmäßig Daten erhoben, doch oftmals fokussieren entsprechende Erhebungen auf bereits niedergelassene oder bereits länger im Berufsleben stehende Zahnärztinnen und -ärzte. Über diejenigen, die in Zukunft den zahnärztlichen Berufsstand bilden werden, die angehenden und jungen Zahnärztinnen und -ärzte, war bisher wenig bekannt.

Daher wurde eine Studie über Zahnärztinnen und -ärzte am Beginn ihres Berufslebens, „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), dem gemeinsamen Forschungsinstitut der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), realisiert. Diese Studie soll ermöglichen, die Perspektive der Zahnärztinnen und -ärzte nachzuvollziehen, welche erst kürzlich Teil des Berufsstandes sind. Denn ein Großteil von ihnen wird in den nächsten 40 Jahren Teil der Versorgungsseite sein. Ihre beruflichen Entscheidungen werden damit die zahnmedizinische Versorgungslandschaft in Zukunft prägen.

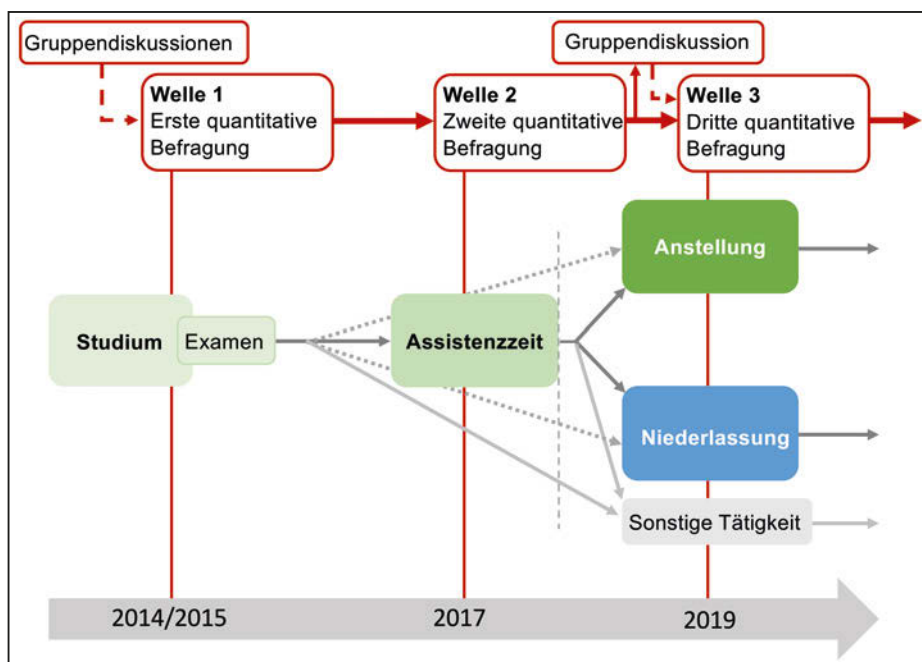
In der Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ wurden Zahnmediziner/-innen in ihren letzten Universitäts- und ersten Berufsjahren begleitet. Dabei wurden sie regelmäßig nach ihren Erfahrungen in dieser Zeit und ihren Vorstellungen und Wünschen für die Zukunft befragt (Abb. 3.1 und 3.2).

Die longitudinale Studie richtete sich zunächst bundesweit an alle Zahnmedizinistudierenden der Kurse des 9. und 10. Semesters (Wintersemester 2014/15). Sie wurde als Vollerhebung durchgeführt. 30 Universitäten bieten einen Studiengang der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an; Studierende aller Standorte beteiligten sich an der ersten quantitativen Erhebung (1.395 von 1.972 Studierenden der 9. und 10. Semester). Zwei Jahre später, 2017, wurden genau diese Studienteilnehmenden erneut befragt, die sich zu diesem Zeitpunkt größtenteils in der Assistenzzeit befanden (635 nahmen teil). Eine dritte Befragungswelle wurde 2019 durchgeführt; zu diesem Zeitpunkt waren die Studienteilnehmenden mehrheitlich im Angestelltenverhältnis beschäftigt und einige wenige bereits niedergelassen (573 beteiligten sich).

In der Studie wurden sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungsmethoden eingesetzt. Die Ergebnisse wurden im Studienprozess miteinander integriert. Die Erhebungen im Detail sowie auch der Auswertungsprozess sind ausführlich im Anhang: Methoden der Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ beschrieben.



**Abbildung 3.1:** Logo der Studie Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte



**Abbildung 3.2:** Verlauf der Studie Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte

Ein zentrales Thema der Befragungen war wiederkehrend das Berufsbild und das Rollenverständnis, welches die jungen Zahnärztinnen und -ärzte in der Eigenwahrnehmung von sich und von ihrer Profession haben. Auch ihre Einstellung zu den zahnärztlichen Körperschaften wurde in diesem Zusammenhang untersucht. Ein zweites Thema waren die Karrierewege sowie die beruflichen Erfahrungen, welche die Befragten in dieser Zeit machten. Es wurde analysiert, wie die berufliche Karriere der Studienteilnehmenden in den ersten Berufsjahren verlief und wie sie sich ihren beruflichen Weg in Zukunft vorstellen. Daten zu ihrer beruflichen Ausbildung, aber auch zum Fort- und Weiterbildungsverhalten während der ersten Berufsjahre wurden erhoben. Als drittes übergeordnetes Thema wurden die Arbeitsbedingungen und -belastungen erfasst, welche die Studienteilnehmenden im Studium und im Berufsleben erfuhren.

Diese Ergebnisse werden mit Ergebnissen anderer Erhebungen und Studien zusammengeführt, um den oben beschriebenen Entwicklungen, aber auch den von Studienteilnehmenden bekundeten Wünschen und Absichten, einen Bezugsrahmen zu geben. Hinzugezogen werden u. a. Statistiken zu den Zahnärztezahlen der BZÄK und der KZBV, zum Investitionsverhalten bei Existenzgründungen (Klingenberger und Köhler 2020) sowie zum Rollenverständnis von Zahnärztinnen und -ärzten zur eigenen Berufsausübung (Micheelis et al. 2010).

Eine Übersicht zu den Studienteilnehmenden der Y-Dent-Studie schließt sich an die Einleitung an. In dieser werden wichtige Rahmendaten zu den jungen Zahnärztinnen und -ärzten vorgestellt.

#### **4 Konsequenzen für den Berufsstand**

Auch in den berufsständischen Vertretungen werden der Wandel in der Zahnmedizin und die damit einhergehenden Veränderungen für den Berufsstand beobachtet und diskutiert. Daraus abgeleitete ziel- und bedarfsgerichtete Konzepte sollen dazu beitragen, die Mundgesundheitsversorgung der Bevölkerung weiterhin sicherzustellen. So werden beispielsweise regelmäßig Mundgesundheitsziele auf Grundlage aktueller epidemiologischer Daten formuliert, zurzeit für 2030 (Ziller et al. 2021). Für Risikogruppen wurden gezielt Konzepte entwickelt, u. a. zur Verbesserung der Mundgesundheit älterer und behinderter Menschen oder zur Reduzierung der frühkindlichen Karies. Und mit der zahnärztlichen Patientenberatung wurde ein Angebot geschaffen, welches das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis stärken und Patientinnen und Patienten durch Informationsvermittlung helfen soll, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (Patienten im Mittelpunkt).

Bei der Konzipierung entsprechender Ziele und Maßnahmen werden Entwicklungen auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens berücksichtigt: die Ebene der Patientinnen und Patienten, die Versorgungsstruk-



turen des Gesundheitssystems mit den beteiligten Organisationen und die sogenannte professionelle Ebene der Zahnärztinnen und -ärzte<sup>4</sup>. Denn um eine an die Bedarfe aktueller Entwicklungen angepasste zahnmedizinische Gesundheitsversorgung zu planen und sicherstellen zu können, ist es unerlässlich, auch Entwicklungen im Berufsstand zu überblicken und deren Fortentwicklung prognostizieren zu können. Als Basis solcher Planungen eignen sich vor allem Studien und Erhebungen, welche den aktuellen Versorgungsstand abbilden. Denn solche „Forschungsergebnisse aus den ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeitsbereichen können [...] wichtige Hinweise für die künftige Planung vermitteln, sowohl für die Standes- wie auch für die Gesundheitspolitik“ (Glaeske 2017, S. 205). Ein Beitrag dazu soll mit der vorliegenden Studie geleistet werden.

Nachdem erste Ergebnisse der Studie bekannt waren, legten die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Hinblick auf den zahnärztlichen Nachwuchs drei übergeordnete Ziele fest, denen sie sich künftig prioritär widmen möchten:

1. Ziel: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen früher in die Niederlassung.
2. Ziel: Die wohnortnahe Versorgung soll gefördert werden.
3. Ziel: Der zahnärztliche Nachwuchs soll für die Standespolitik gewonnen werden.

Mit Umsetzung dieser Ziele soll zum einen die flächendeckende, an Bedarfen orientierte zahnmedizinische Versorgung sichergestellt und zum anderen die zahnärztliche Selbstverwaltung gestärkt werden.

## 5 Inhalte dieses Buches

Einleitend stellt Teil I „Das zahnärztliche Berufsbild“ die sogenannte Generation Y vor. Dabei wird auf die Frage eingegangen, inwiefern Verhaltensweisen und berufliche Vorstellungen auf die Sozialisation der jungen Zahnärztinnen und -ärzte in dieser Generation zurückzuführen sind. Das Rollenverständnis junger Zahnärztinnen und -ärzte von der eigenen Person und ihrer Profession wird analysiert. Außerdem wird dargestellt, wie zufrieden sie mit ihrer Berufswahl sind.

In Teil II „Exkurs: Arbeitssoziologische Einordnung der Einstellungen junger Zahnärztinnen und -ärzte in den gesamtgesellschaftlichen Kontext“ stellt Prof. Dr. Olaf Struck eingangs Ursachen und Umstände gelungener beruflicher Biografien dar. Dabei vergleicht er Karrierewege von Zahnärztinnen

---

<sup>4</sup> Die einzelnen Ebenen und Faktoren und ihre Beziehungen und Wechselwirkungen beschreibt die Versorgungsforschung im sogenannten erweiterten Throughput-Modell (s. a. Schrappe und Pfaff 2017, S. 11 ff.).



und -ärzten in den ersten Berufsjahren mit denen anderer Berufe. Anschließend wird anhand bisheriger Karriereverläufe junger Zahnärztinnen und -ärzte sowie ihren Bekundungen hinsichtlich zukünftiger beruflicher Entscheidungen untersucht, wie sich die zahnmedizinische Versorgung künftig entwickeln könnte. Der Einfluss beruflicher Entscheidungen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte auf die zahnmedizinische Gesundheitsversorgung in der Zukunft wird untersucht. Entscheidungsbeeinflussende Determinanten auf dem beruflichen Weg der Befragten werden vorgestellt. Neben Überlegungen junger Zahnärztinnen und -ärzte zur Niederlassung oder Anstellung werden Präferenzen für ihren Tätigkeitsstandort aufgezeigt. Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern die jungen Zahnärztinnen und -ärzte im Studium und den ersten Berufsjahren auf eine bedarfsgerechte Versorgung vorbereitet werden.

Teil III „Der Stellenwert von Freiberuflichkeit und Standespolitik“ widmet sich in Kapitel 1 zunächst dem Begriff der Freiberuflichkeit und den damit einhergehenden Assoziationen bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten. In Kapitel 2 wird die Wahrnehmung der zahnärztlichen Körperschaften durch junge Zahnärztinnen und -ärzte dargestellt. Darüber hinaus wird ihr Interesse an standespolitischem Engagement untersucht. Abschließend beschreibt Dr. Jasmin Siri in „Politisches Engagement in der Gesellschaft und die Generation junger Zahnärztinnen und Zahnärzte“, welche Schwierigkeiten politische und ehrenamtlich organisierte Organisationen heute haben, Nachwuchs zu gewinnen. Dabei zeigt sie Parallelen zur Zahnärzteschaft auf.

Kenntnisse über die jungen Zahnärztinnen und -ärzte, ihre Wünsche und Pläne, können dazu beitragen, die Erreichbarkeit der drei genannten Ziele einschätzen zu können, um gezielt auf ihre Umsetzung hinzuwirken. Die Informationen ermöglichen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen, Entwicklungen im zahnärztlichen Berufsstand abzuwägen und zukunftsgerichtete Entscheidungen für die zahnmedizinische Versorgung zu treffen, welche gleichzeitig die Bedarfe junger Zahnärztinnen und -ärzte berücksichtigen.

## 6 Literaturverzeichnis

BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2008/2009. Berlin 2009

BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2018/2019. Berlin 2019

BZÄK [Bundeszahnärztekammer], KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung. 1. Aufl., Berlin/Köln 2016

Bruch, H., Kunze, F., Böhm, S.: Generationen erfolgreich führen. Konzepte und Praxiserfahrungen zum Management des demographischen Wandels. Wiesbaden 2010

Buchmann, M.: Auf den Zahn gefühlt: Die Feminisierung der Zahnmedizin. Auswertung einer Interviewstudie mit Hamburger Zahnärztinnen. (MSc Public Health Masterthesis, Universität Bielefeld), Bielefeld 2010

Demszky von der Hagen, A., Voß, G. G.: Beruf und Bildung: Beruf und Profession. In: Böhle, F., Voß, G. G., Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden 2010, 751-803

Glaeske, G.: Ärzte und Zahnärzte. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2017, 201-206

Gross, D., Schäfer, G.: "Feminization" in German dentistry. Career paths and opportunities – A gender comparison. Women's Studies International Forum, 2011, 34, (2), 130-139

Hurrelmann, K., Albrecht, E.: Die heimlichen Revolutionäre. Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim 2014

Jordan, A. R., Micheelis, W.: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln 2016

Jordan, R. A., Krois, J., Schiffner, U., Micheelis, W., Schwendicke, F.: Trends in caries experience in the permanent dentition in Germany 1997-2014, and projection to 2030: Morbidity shifts in an aging society. Scientific Reports, 2019, 9, (1), 1-7, doi:10.1038/s41598-019-41207-z

Jordan, R. A., Stark, H., Nitschke, I., Micheelis, W., Schwendicke, F.: Epidemiological trends, predictive factors, and projection of tooth loss in Germany 1997-2030: part I. missing teeth in adults and seniors. Clin Oral Investig, 2021, 25, (1), 67-76, DOI: 10.1007/s00784-020-03266-9, Epub 21.11.2020

Klingenberger, D.: Die zahnärztliche Niederlassung. Stand der Forschung zur Praxisgründung. Köln 2018

Klingenberger, D. und Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2019 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). Zahnmed Forsch Versorg, 2020, 3, (1), <http://dx.doi.org/10.23786/2020-3-1>

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Jahrbuch 2019. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2019

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Tabelle „Vergleichsdaten von KZBV und der IDZ-Studie Berufsbild junger Zahnärzte“. zusammengestellt am 11.05.2020 von Kristina Salm, Abteilung Statistik, Köln 2020

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information, 2010, (1)

Pundt, J.: Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven, Bern 2006, 7-20

Ramm, M., Multrus, F., Bargel, T., Schmidt M.: Studiensituation und studentische Orientierungen. 12. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen. Langfassung. BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] (Hrsg), Bonn/Berlin 2014, URL: [https://www.bmbf.de/upload\\_filestore/pub/Studierendensurvey\\_Ausgabe\\_12\\_Langfassung.pdf](https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Studierendensurvey_Ausgabe_12_Langfassung.pdf), zuletzt abgerufen 05.11.2020

Raven, U.: Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizinern. Wiesbaden 1989

Riley, J. L. 3rd., Gordan, V. V., Rouisse, K. M., McClelland, J., Gilbert, G. H., Dental Practice-Based Research Network Collaborative, Group: Differences in male and female dentists' practice patterns regarding diagnosis and treatment of dental caries. Findings from The Dental Practice-Based Research Network. Journal of American Dental Association, 2011, 142, (4), 429-440, doi:10.14219/jada.archive.2011.0199

Rothgang, H., Unger, R.: Demografischer Wandel. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2017, 340-345

Schmidt, C.: Die Generation Y erobert die Arbeitswelt. Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe, 2014, 39, (4), 8-9

Schmidt, C., Möller, J., Windeck, P.: Vier Generationen unter einem Dach. Deutsches Ärzteblatt, 2013, 110, (19), A928-A933

Schrappe, M., Pfaff, H.: Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2017, 1-68). Stuttgart 2017

Schwendicke, F., Krois, J., Kocher, T., Hoffmann, T., Micheelis, W., Jordan, A. R.: More teeth in more elderly: Periodontal treatment needs in Germany 1997-2030. Journal of Clinical Periodontology, 2018, 45, (12), 1400-1407, doi:10.1111/jcpe.13020

Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. 6., neu bearb. u. erw. Aufl., München/Jena 2005

Treuner, A., Splieth, C.: Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. Zahnärztliche Mitteilungen, 2013, 103, (17A), 44-50

Weiper, R.: Generation Y kommt in die Praxis – oder auch nicht. Die Zahnarzt Woche, 11.11.2014, (45)

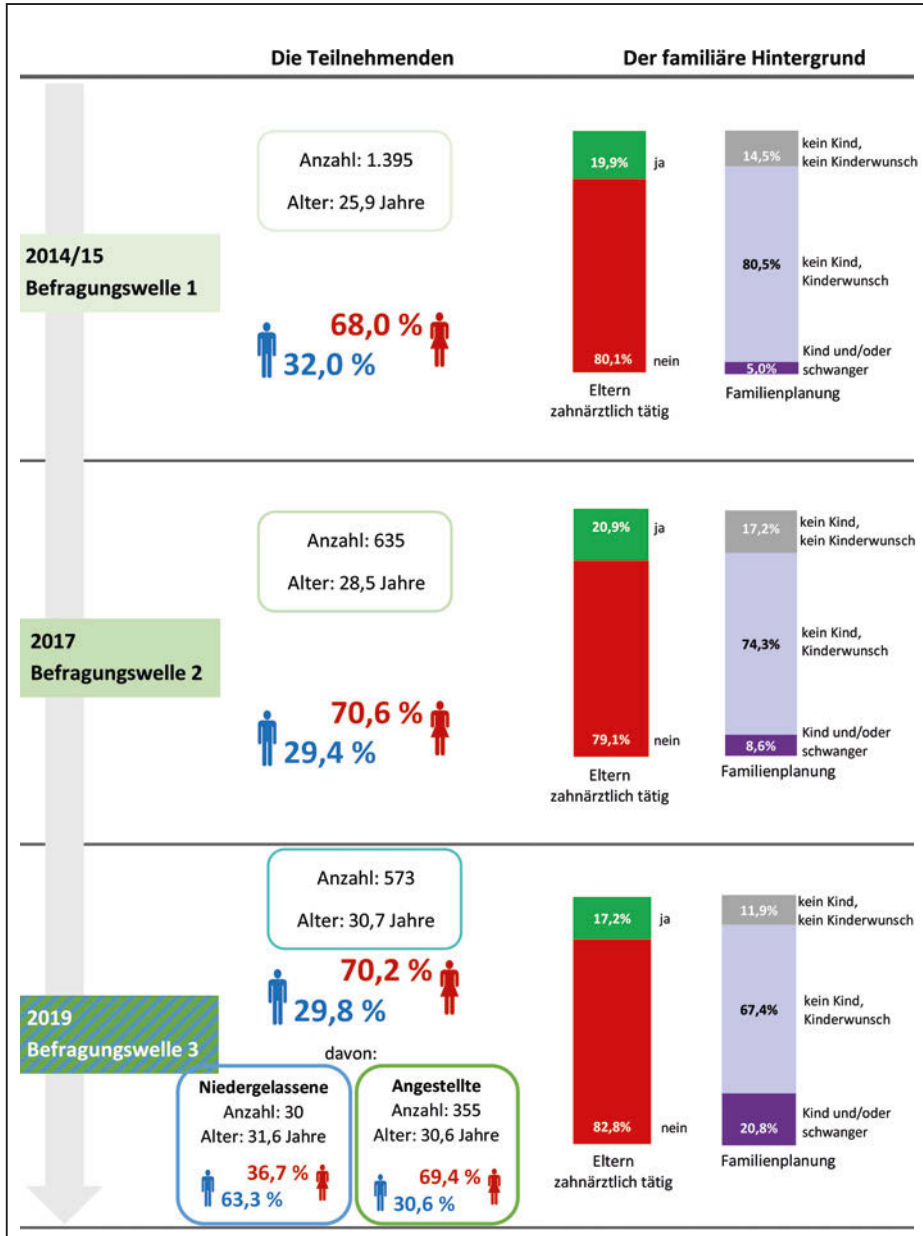
Wilcke, A. J., Buchmann, M., Reißmann, D. R., Pohontsch, N., Aarabi, G., Heydecke, G.: „Feminisierung“ der Zahnmedizin: Herausforderungen an einen Wandel des Berufsbildes. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 2016, 71, (3), 217-224, doi:10.3238/dzz.2016.0217-0224

Ziller, S., Oesterreich D., Jordan, A. R.: Die Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030. Zahnmed Forsch Versorg 2021, 4, (1)

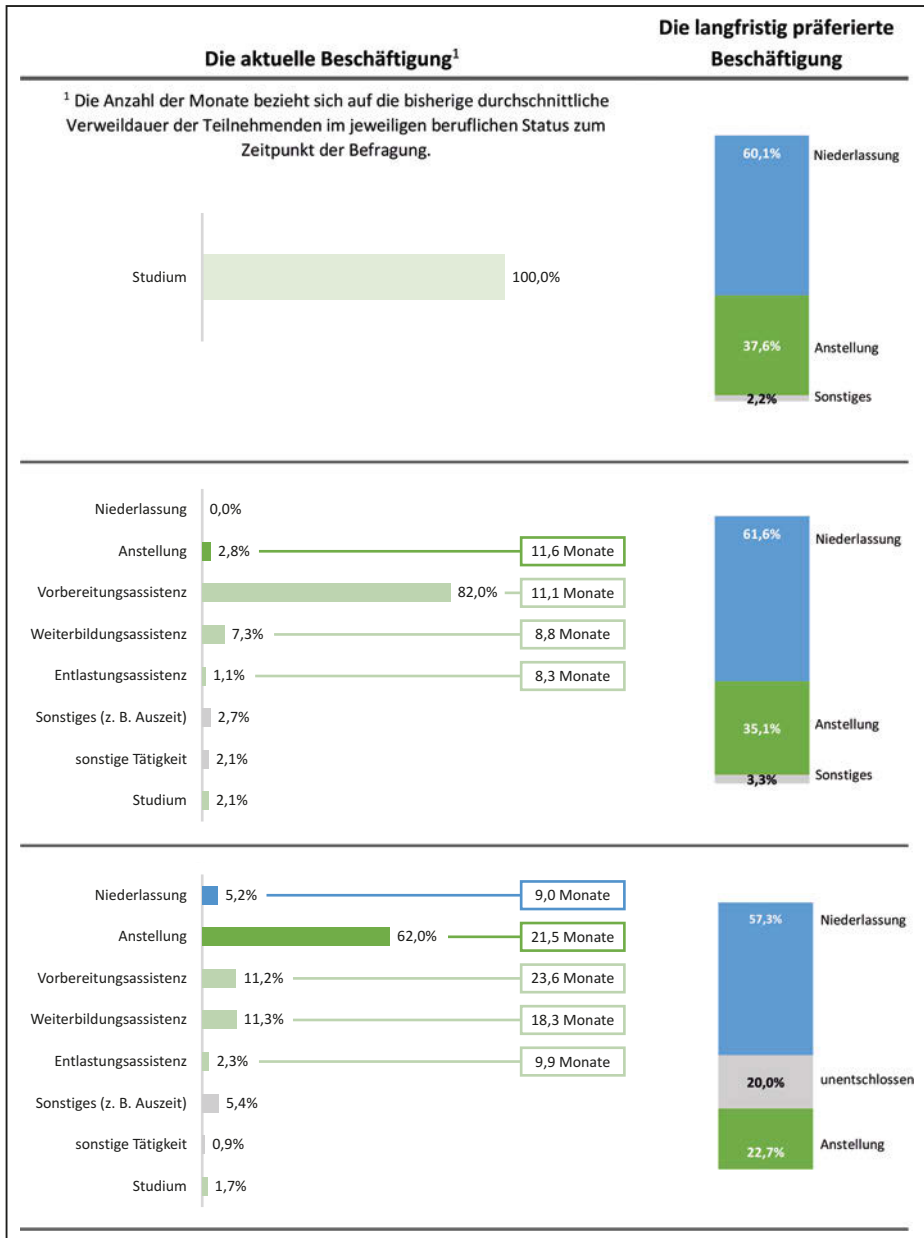
## **Übersicht: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Studie**

---

Siehe folgende Doppelseite



**Übersicht:** Die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Studie





# Teil I: Das zahnärztliche Berufsbild

---

Während ihrer Ausbildung und in den ersten Berufsjahren werden junge Zahnärztinnen und -ärzte Teil der Zahnärzteschaft und prägen diese durch ihr eigenes Rollenbild sowie ihre beruflichen Vorstellungen im Verlauf des weiteren Berufslebens mit. In Teil I des vorliegenden Buches werden die befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte vorgestellt, um ihren Entscheidungen und Einstellungen, die in folgenden Buchteilen präsentiert werden, einen Bezugsrahmen zu geben.

Im ersten Kapitel werden unterschiedliche Generationen von Zahnärztinnen und -ärzten betrachtet, besonders auch die sogenannte Generation Y, welcher die junge Zahnärztinnen und -ärzte dieser Studie angehören. Dabei soll erörtert werden, inwiefern sich diese Generationen hinsichtlich ihrer beruflichen Einstellungen voneinander abgrenzen lassen. Das zweite Kapitel widmet sich neben der historischen Entwicklung der Zahnärzteschaft und ihrer Genese in die Profession vor allem dem heutigen Selbstbild junger Zahnärztinnen und -ärzte und ihrer beruflichen Sozialisation. Ob diese jungen Zahnärztinnen und -ärzte in ihrer ausgeübten Profession beruflich zufrieden sind, wird abschließend im dritten Kapitel betrachtet.

## Kapitel 1: Generationen in der Zahnärzteschaft

Im Folgenden wird dargestellt, wie groß der Einfluss der Generationenzugehörigkeit auf berufliche Einstellungen junger Zahnärztinnen und -ärzte ist und welche anderen Effekte auf entsprechende Einstellungen wirken können.

### 1.1 Was macht Generationen aus?

Als eine Generation wird eine Gruppe Menschen bezeichnet, die einerseits einer ähnlichen Altersgruppe angehören und andererseits durch ähnliche historische Ereignisse geprägt sind. Die gemeinsame Partizipation dieser „historisch-sozialen Einheit“ an Erlebnissen und Ereignissen vereint Individuen zu Generationen. Vor allem in der formativen Periode, im Alter zwischen etwa 10 und 30 Jahren, prägen Werte und Erfahrungen deutlicher, werden Fähigkeiten leichter erworben als in anderen Lebensphasen. Aber



auch ähnlich gelagerte Einflüsse im späteren Leben führen zu ähnlichen Einstellungsmustern, über die sich Generationen voneinander abgrenzen lassen (Mannheim 1964 [1928]; Becker 2008).

Vor allem populärwissenschaftlich wird der Begriff der Generation gerne aufgegriffen. Etwa alle 15 Jahre wird eine neue Generation „ausgerufen“. Ihr werden Verhaltensmuster und Einstellungsmuster zugeschrieben, die sie durch prägende Ereignisse in ihrer Jugend entwickelt haben sollen. Über diese wird sie gegenüber anderen Generationen abgegrenzt (Hurrelmann und Albrecht 2014). Die jungen Zahnärztinnen und -ärzte, deren Einstellungen und Wünsche im vorliegenden Buch beschrieben werden, gehören der sogenannten „Generation Y“ an.

Doch wer ist die Generation Y? Sie sei geprägt durch die Ereignisse von 9/11, die Einführung des Euro, Internet und Social Media, Laptops und Handys sowie das Voranschreiten der Globalisierung (Schmidt et al. 2013; Hurrelmann und Albrecht 2014). Wandel anstoßen würde sie gewaltfrei und unbemerkt, indem sie Veränderungen einfach als selbstverständlich lebt. Der Generation Y wird nachgesagt, besonders freiheitsliebend, dabei aber sehr auf sich konzentriert zu sein (Hurrelmann und Albrecht 2014; Schulenburg 2016). Freizeit habe für sie einen besonders hohen Stellenwert. An ihrer Arbeit würden sie vor allem Spaß haben wollen, sie „leben beim Arbeiten“. Dabei sei unklar, ob sie trotz entsprechender Ausbildung einen „passablen“ Beruf finden würden (Schmidt et al. 2013; Hurrelmann und Albrecht 2014).

Davon abgegrenzt wird die der Generation Y vorausgegangene Generation X. Benannt wurde die Generation X nach dem von Douglas Coupland 1991 herausgegebenen gleichnamigen Roman, in welchem dieselbe mit den für sie angeblich typischen Charakteristika beschrieben wird. Prägend sollen für sie – vor allem in Deutschland – die Wiedervereinigung gewesen sein sowie die Einführung des Privatfernsehens. Trotz ihrer Karriereorientierung würden sie auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance achten und „arbeiten, um zu leben“ (Schmidt et al. 2013).

Der Generation X wiederum geht die Generation der Babyboomer voran. Der Begriff Babyboomer geht zurück auf die in Deutschland ab Mitte der 1950er-Jahre steigenden Geburtenraten. Die Babyboomer sollen geprägt sein durch das Leben in der deutschen Teilung, aber auch durch die Mondlandung sowie die wirtschaftliche Stagnation in den 1970er-Jahren und die erste Ölkrise. Babyboomern wird nachgesagt, im ständigen Wettbewerb um Positionen und Karriere zu kämpfen. Die eigene Freizeit habe für sie einen geringen Wert, da sie „leben, um zu arbeiten“ (Schmidt et al. 2013).

Einen erheblichen Einfluss auf die Einteilung in entsprechende Generationen haben Medien, welche neue Generationen identifizieren und benennen. Diese würden in der Gesellschaft, die auftretenden Mustern mit den Generationen einen Bezugsrahmen geben möchte, bereitwillig aufgegrif-

fen (Becker 2008). Angesichts der Anzahl regelmäßiger ausgerufenen Generationen wird daher bereits die Frage aufgeworfen, ob man „Generationen noch ernst nehmen kann“ (Bohnenkamp 2011, S. 9).

Es entsteht der Eindruck, dass neue Generationen nach einem gleichmäßigen Zeitrhythmus proklamiert werden (Schröder 2018). Dabei ist der bestimmende Prozess bei der Entstehung einer Generation nicht ein gleicher, periodischer Zeitabstand, sondern vielmehr eine auf gemeinsamen Erfahrungen beruhende gesellschaftlich-geistige Haltung. Erzeugen prägnante historische Ereignisse in regelmäßigen Abständen Einstellungsänderungen, können Generationen ebenso regelmäßig entstehen. Treten dagegen Einstellungsänderungen unregelmäßig auf, sind auch Abstände zwischen Generationen größer oder kleiner (Mannheim 1964 [1928]).

An der Generationenforschung wird zudem methodische Kritik geübt, da sie oftmals weder Einstellungen über einen längeren Zeitraum beobachtet, noch die Einstellungen einer Generation direkt mit denen einer anderen vergleicht. Vermeintliche Unterschiede könnten daher in der Regel nicht empirisch belegt werden. Eigenschaften und Einstellungsmuster, welche den einzelnen Generationen zugeschrieben werden, behaupten zum Teil auch Gegenteiliges für ein und dieselbe Generation (Schröder 2018). Dabei sind Einstellungsmuster beispielsweise hinsichtlich des Berufs, des Politikinteresses oder auch der Wichtigkeit der Ehe/Partnerschaft oftmals sehr ähnlich zwischen den Menschen unterschiedlicher Generationen. So kommen denn auch neuere Untersuchungen zu dem Schluss, dass es kaum Unterschiede zwischen aktuellen sogenannten Generationen gibt (Novotny et al. 2016; Schröder 2018).

## **1.2 Unterschiede in den Einstellungen von Zahnärztinnen und Zahnärzten**

Zu Beginn der vorliegenden Studie im Jahr 2014 wurde angenommen, dass junge Zahnärztinnen und -ärzte, die der sogenannten Generation Y angehören, mit zentralen Vorstellungen ihrer Generation den Berufsstand in Zukunft prägen könnten. Diese Einstellungen, die nicht unbedingt im bisherigen Selbstverständnis des zahnärztlichen Berufsstands geankert sind, würden das zahnärztliche Berufsbild möglicherweise nachhaltig ändern. Sollte diese Annahme zutreffen, müssten sich die zwischen 1981 und 2000 Geborenen der Generation Y (Einteilung nach Bruch et al. 2010) in ihren Einstellungen deutlich von zwei anderen Generationen berufstätiger Zahnärztinnen und -ärzte abheben: der Generation X (1966 bis 1980) sowie der Babyboomer-Generation (1956 bis 1965). Zu allen drei Generationen liegen Daten über Einstellungen (angenehme sowie unangenehme Seiten des Berufs, Einschränkung der Autonomie) aus der vorliegenden sowie weiteren Studien des IDZ vor (Bergmann-Krauss et al. 2005; Micheelis et al. 2010; Kettler und Klingenberg 2016).

Angesichts der geäußerten Kritik an der Einteilung in diese drei Generationen – der Generation Y, der Generation X und der Babyboomer-Generation – stellt sich jedoch die Frage, inwieweit Unterschiede in den Einstellungen von Zahnärztinnen und -ärzten tatsächlich ausschließlich auf ihre Generationenzugehörigkeit zurückzuführen sind oder ob nicht auch andere Effekte beobachtete Differenzen verursachen könnten.

Denn ursächlich für Unterschiede im Einstellungs- und Verhaltensmuster von Zahnärztinnen und -ärzten kann eine Reihe von Effekten sein. Der Kohorten-, der Alters-, der Perioden- und auch die Sozialisationseffekte können einzeln oder auch gleichzeitig wirken und nicht immer lässt sich statistisch trennscharf abgrenzen, wodurch die Differenzen zu begründen sind (Schnell et al. 2013; Schröder 2018).

Der *Kohorteneffekt*<sup>1</sup> ist ein Indikator für Unterschiede zwischen Generationen. Differenzen im Verhalten oder auch in den Einstellungen sind dabei auf unterschiedliche Geburtsjahrgänge, die bestimmten Generationen zugeordnet werden, zurückzuführen. Liegt ein Kohorteneffekt vor, dann würden in diesem Fall die Ansichten bezüglich der Vor- und Nachteile der zahnärztlichen Tätigkeit zwischen Geburtsjahrgängen abweichen. Das Antwortverhalten der Geburtsjahrgänge, welche der Generation Y zugeordnet werden, wäre anders als das Antwortverhalten derjenigen, die der Generation X oder den Babyboomern zuzurechnen sind. Diese Unterschiede wären immer präsent, unabhängig davon, wie alt die Zahnärztinnen und -ärzte zum Zeitpunkt der Befragung sind und in welchem Jahr die Befragung stattfand. Um einen Kohorteneffekt zu bestimmen, müssten also Teilnehmende verschiedener Kohorten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrem Leben nach ihrer Einstellung befragt werden. Ändert sich die Einstellung innerhalb einer Generation auch über einen längeren Zeitraum (Jahre bis Jahrzehnte) nicht, sind jedoch Einstellungsunterschiede zu anderen Generationen nachweisbar, liegt ein Kohorteneffekt vor.

Der *Alterseffekt* dagegen beschreibt Unterschiede, die auf das Lebensalter zurückzuführen sind. Einstellungs- und Verhaltensveränderungen sind bei ein und derselben Person in unterschiedlichen Lebens- und Altersphasen zu beobachten und treten bei anderen Personen etwa im gleichen Alter auf. Ein Alterseffekt liegt vor, wenn beispielsweise Zahnärztinnen und -ärzte mit Ende 20, also etwa um die Zeit ihres Berufseinstiegs, andere Ansichten bezüglich der Vor- und Nachteile ihrer Tätigkeit haben als Zahnärztinnen und -ärzte, die mit Mitte 40 etwa die Hälfte ihres Berufslebens erreicht haben oder mit Mitte 60 kurz vor der Rente stehen. Zahnärztinnen und -ärzte, die im Jahr 1990 im Alter von 30 Jahren (Babyboomer-Generation) befragt worden sind, würden zu diesem Zeitpunkt ähnlich antworten

---

<sup>1</sup> Kohorten werden gebildet aus Personen, bei denen in einem ähnlichen Zeitraum ähnliche Ereignisse aufgetreten sind. Bei Geburtskohorten, die hier betrachtet werden, ist dieses Ereignis der Zeitraum ihrer Geburt (vgl. Schnell et al. 2013).

wie Zahnärztinnen und -ärzte, die im Jahr 2000 im Alter von 30 (Generation X) oder auch im Jahr 2020 im Alter von 30 (Generation Y) dieselben Fragen gestellt bekommen. Ändert sich die Einstellung im Laufe des Lebens jedoch, weil ein Alterseffekt vorliegt, würden zum letztgenannten Zeitpunkt, im Jahr 2020, die Babyboomer (in unserem Beispiel inzwischen 60 Jahre alt) und die Generation X (nun 50 Jahre) anders antworten als die Befragten der Generation Y.

Anhand der vorhandenen Daten lassen sich der Kohorteneffekt und der Alterseffekt nicht voneinander abgrenzen, d. h. eine Bereinigung des Kohorteneffektes um den Alterseffekt ist nicht möglich, da die Datenlage es nicht zulässt, Teilnehmende verschiedener Generationen im gleichen Lebensalter miteinander zu vergleichen. Statistisch sicherer darstellen, wie stark der Kohorteneffekt und wie stark der Alterseffekt jeweils einzeln für sich ist, lassen sich diese Effekte erst in einigen Jahren: Würden die Studienteilnehmenden der Y-Dent-Studie in 10 Jahren noch immer so antworten wie in den aktuellen Studien und sich damit vom Antwortverhalten der Generation X und der Babyboomer unterscheiden, könnten wir eindeutig von einem Generationeneffekt sprechen. Ändern sie jedoch ihr Antwortverhalten, kann von einem Alterseffekt ausgegangen werden. Zum aktuellen Zeitpunkt jedoch müssen wir auf Basis der vorliegenden Daten davon ausgehen, dass sowohl die Kohorte (Generation) als auch das Alter (Lebensphase) einen gewissen Einfluss auf das Antwortverhalten und damit auch auf die Einstellungsmuster von Zahnärztinnen und -ärzten haben.

Denn zwischen den Generationen, beziehungsweise Kohorten lässt sich ein Unterschied im Antwortverhalten beobachten. Auf einen Großteil der Fragen antworten Studienteilnehmende der Generation Y, der Generation X und der Babyboomer signifikant unterschiedlich. In Tabelle I.1.1 (S. 38) ist angegeben, für welche Aussagen zu angenehmen und unangenehmen Seiten des Berufs sowie zur Autonomie signifikant unterschiedliche Antworten zwischen den Zahnärztinnen und -ärzten verschiedener Generationen gegeben wurden (markiert durch Häkchen). Doch nicht nur unterschiedliche Kohorten, auch Studienteilnehmende verschiedener Altersgruppen antworten gleichzeitig abweichend voneinander. Wie oben beschrieben, lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob es sich um einen Kohorteneffekt, um einen Alterseffekt oder um beides handelt. Doch obwohl sich die Effekte nicht trennscharf abgrenzen lassen, lässt sich dennoch festhalten, dass auf die Einstellungen der betrachteten Zahnärztinnen und -ärzte die Generationenzugehörigkeit und/oder das Alter einen Einfluss haben.

Neben dem Kohorten- und dem Alterseffekt können zwei weitere Effekte zu einem Einstellungs- und Verhaltenswandel der Befragten beitragen, der Periodeneffekt sowie Sozialisationseffekte.

Beim *Periodeneffekt* werden Unterschiede auf bestimmte (soziokulturelle) Ereignisse zurückgeführt. Aufgrund dieser Ereignisse kommt es im Zeitverlauf zu Differenzen im Verhalten oder der Einstellung, welche vor dem Ereignis anders ist als anschließend. Liegt ein Periodeneffekt vor, sind Zahnärztinnen und -ärzte aller Generationen und jeden Alters betroffen. Ihre Einstellung und das Antwortverhalten bezüglich der Vor- und Nachteile ihrer Tätigkeit wäre unabhängig vom Alter und der Generationenzugehörigkeit zu einem Zeitpunkt vor dem einschneidenden Ereignis anders als zu einem Zeitpunkt nach diesem Ereignis.

Ob ein Periodeneffekt vorliegt, kann anhand der vorliegenden Daten statistisch nicht bestimmt werden. Ein einschneidendes Ereignis für die zahnärztliche Berufsausübung wäre beispielsweise die ab 2007 bestehende Möglichkeit der erleichterten Anstellung für Zahnärztinnen und -ärzte. Zwar lassen sich in jährlich erhobenen Daten wie beispielsweise der Zahnarztstatistik vor und nach 2007 Unterschiede im Verhalten beobachten, denn die Zahlen Angestellter stiegen nach 2007 (BZÄK 2019): Dies könnte jedoch einerseits daran liegen, dass vermehrt Jüngere oder Angehörige der Generation Y eine Anstellung bevorzugten und sie aufgrund dessen die Anstellung wählten (Alterseffekt oder Kohorteneffekt), andererseits ist auch denkbar, dass die Möglichkeit zur Anstellung allgemein nach 2007 häufiger genutzt wurde (Periodeneffekt). Dass dies mehrheitlich durch Jüngere und Angehörige der Generation Y geschah, könnte in diesem Fall damit erklärt werden, dass sie überwiegend noch nicht an eine eigene Praxis gebunden waren. Ursache und Wirkung lassen sich weder aus vorliegenden Statistiken anderer Quellen bestimmen, noch aus den erhobenen Daten der Y-Dent-Studie. Denn die Befragungen begannen erst nach diesem einschneidenden Ereignis – um Effekte zu beobachten, hätten longitudinale Daten vor und nach 2007 vorliegen müssen.

*Sozialisations-effekte* beschreiben Unterschiede, die auf verschiedene Sozialisationsprozesse zurückzuführen sind. Die Sozialisation eines Menschen beschreibt einen Lernprozess, in dem Individuen dazu befähigt werden, Teil der Gesellschaft zu sein und sich in eine soziale Ordnung zu integrieren. Während dieses Prozesses werden Normen, Werte und Handlungsmuster der Gesellschaft erfasst, deren Teil dieser Mensch wird. Durch die Verarbeitung der Einflüsse lernt das Individuum entsprechend zu handeln und trägt dadurch selbst zur Sozialisation bei (Abels und König 2016). Sozialisationsprozesse finden ein Leben lang statt; im Folgenden werden Effekte zweier prägender Phasen betrachtet: Einerseits der primären Sozialisation im Elternhaus und andererseits der beruflichen Sozialisation.

Der *familiäre Sozialisationseffekt* erklärt Unterschiede, die auf die Sozialisation im Elternhaus zurückzuführen sind. Liegt ein Effekt der familiären Sozialisation vor, dann unterscheiden sich die Einstellungen von Zahnärztinnen und -ärzten mit ein oder zwei zahnärztlichen Elternteilen von der

Einstellung derjenigen Zahnärztinnen und -ärzte, die im Elternhaus keinen direkten familiären Bezug zur Zahnmedizin haben. Durch die zahnärztlich tätigen Eltern werden bereits in jungen Jahren im Kontext der Familie professionsspezifische Einstellungsmuster internalisiert<sup>2</sup>, die andere deutlich später im Lebenslauf erfahren.

Unter den Studienteilnehmenden ist der beschriebene Effekt der familiären Sozialisation zu beobachten (Tab. I.1.1). Studienteilnehmende, von denen mindestens ein Elternteil Zahnarzt oder Zahnärztin ist, antworten signifikant anders als Studienteilnehmende, die keine zahnärztlich tätigen Eltern haben.

Der *berufliche Sozialisationseffekt* verdeutlicht Unterschiede, die im beruflichen Status begründet liegen. Ein Effekt der beruflichen Sozialisation liegt vor, wenn Studierende, Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte, Angestellte sowie Niedergelassene in ihren Einstellungen voneinander abweichen. Im Prozess der beruflichen Sozialisation werden berufliche Normen und generative Regelsysteme der Profession internalisiert (s. a. Teil I, Kap. 2); Einstellungen können sich im Laufe dieses Prozesses verändern.

Ein beruflicher Sozialisationseffekt lässt sich auch im Rahmen der Y-Dent-Studie erkennen, denn der berufliche Status beeinflusst das Antwortverhalten (Tab. I.1.1). Die Einstellungen der Teilnehmenden in verschiedenem beruflichen Status (Studierende – Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte – Angestellte – Niedergelassene) unterscheiden sich signifikant voneinander.

Die folgende Tabelle I.1.1 gibt eine Übersicht, welche Einstellungsmerkmale durch welche Effekte beeinflusst werden. Dabei steht die Anzahl der Häkchen nicht für die Stärke des Effekts. Denn beschrieben ist mit den untersuchten Aspekten nur ein kleiner Teil der Einstellungen, die Zahnärztinnen und -ärzte zu ihrem Beruf haben. Vielmehr sollen die Ergebnisse beispielhaft verdeutlichen, dass eben verschiedene Effekte einen Einfluss auf die Einstellungen haben und nicht alleine die Generationenzugehörigkeit.

Die Einstellungen und auch Entscheidungen, die junge Zahnärztinnen und -ärzte auf ihrem beruflichen Weg treffen, werden nicht allein durch Haltungen geprägt, die sie als sogenannte „Generation Y“ mit sich bringen. Vielmehr prägen eine Reihe verschiedener Effekte die Einstellungen und Entscheidungen junger Zahnärztinnen und -ärzte: Neben der Generationenzugehörigkeit beeinflussen auch das Alter der Befragten und der berufliche Status Einstellungsmerkmale. Darüber hinaus hat die primäre Sozialisation in der Familie einen Effekt auf berufliche Auffassungen. Denn wer bestimmte Verhaltensweisen durch zahnärztlich tätige Eltern schon früh

<sup>2</sup> Auch als „antizipatorische Sozialisation“ bezeichnet.

<b>Tabelle I.1.1: Kohorteneffekt, Effekt der familiären Sozialisation und Effekt der beruflichen Sozialisation auf Einstellungen von Zahnärztinnen und -ärzten zu ihrer Berufsausübung</b>			
	<b>Kohorten- effekt (Generation)</b>	<b>Effekt der familiären Sozialisation*</b>	<b>Effekt der beruflichen Sozialisation (Status)</b>
<b>Angenehme Seiten des Berufs</b>			
Selbstständigkeit	✓ <sup>1</sup>	✓	✓
Sicherer Beruf	✓	⊙ <sup>1</sup>	✓
<b>Unangenehme Seiten des Berufs</b>			
Staatliche Reglementierung	✓	✓	✓
Zeitdruck	✓	✓	✓
Ärger mit Gutachterwesen	⊙	✓	✓
Schlechte Patientenmitarbeit	✓	⊙	✓
<b>Einschränkungen der beruflichen Autonomie</b>			
Mangelnde Kalkulierbarkeit zeitlicher Belastung	⊙	✓	⊙
Wenig Zeit für den einzelnen Patienten	✓	✓	✓
Probleme bei Vereinbarkeit von Beruf und Familie	✓	⊙	✓
Abhängigkeit von Vorgesetzten	⊙	✓	✓
Einschränkung durch den zahnärztlichen Leistungskatalog	✓	⊙	✓
Dominanz durch das System der Krankenkassen	✓	⊙	✓
Finanzieller Druck*	⊙	⊙	✓
Belastung durch Bürokratie	✓	✓	✓
Erwartungshaltung der Patienten*	✓	⊙	✓
* Informationen zu diesem Merkmal liegen nur für die Y-Dent-Studie sowie einer Querschnittserhebung aus 2015 (Kettler und Klingenberg 2016) vor.			
<sup>1</sup> Ein Haken bedeutet, dass für dieses Merkmal ein statistisch signifikanter Unterschied im Antwortverhalten der Teilnehmenden unterschiedlicher Generationen, familiärer Sozialisation oder beruflichen Status vorliegt. Ein durchgestrichener Kreis bedeutet, dass für dieses Merkmal kein entsprechender statistisch signifikanter Unterschied vorliegt.			

als selbstverständlich erfahren hat, übernimmt diese auch eher für den eigenen Lebens- und Karriereentwurf (s. a. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.3).

Da eben die in diesem Buch dargestellten Einstellungen, Wünsche und Verhaltensweisen der Befragten nicht allein durch ihre Generationenzugehörigkeit erklärt werden können, wird zu ihrer Beschreibung im Folgenden nicht von der Generation Y gesprochen, sondern von jungen Zahnärztinnen und -ärzten.



## Kapitel 2: Die zahnärztliche Profession und ihr Berufsbild

Im Laufe ihrer beruflichen Sozialisation werden die jungen Zahnärztinnen und -ärzte Teil des zahnärztlichen Berufsstandes. Dieser wird als „vergleichsweise homogen“ beschrieben. Normen und Einstellungen würden demnach einheitlicher vertreten und wahrgenommen, als dies bei anderen Berufsgruppen der Fall sein mag (Eli und Shuval 1982; Micheelis et al. 2010). Worüber aber definiert sich die zahnärztliche Profession? Und wie verstehen junge Zahnärztinnen und -ärzte sich in ihrer beruflichen Rolle, welches Berufsbild prägen sie? Diese Fragen werden im folgenden Kapitel eruiert.

### 2.1 Das zahnärztliche Berufsbild in der historischen Entwicklung

Bevor wir uns dem heutigen Selbst- und Berufsbild von Zahnärztinnen und -ärzten zuwenden, betrachten wir zunächst die historische Entwicklung des zahnärztlichen Berufsstandes. Denn zentrale Elemente, welche den vergleichsweise jungen Berufsstand geprägt haben, erweisen sich als Konstanten im zahnärztlichen Berufsbild.

Bis in das 19. Jahrhundert hinein übernahmen sogenannte Zahnbrecher sowie Wundärzte, die vor allem Extraktionen durchführten, die zahnmedizinische Versorgung. Verbindliche Ausbildungsstandards existierten nicht. Erst 1825 wurden „Zahnbehandler“ als eigenständige Berufsgruppe mit Prüfungsanforderungen benannt (Groß 2015a; Groß 2020). Mitte des 19. Jahrhunderts praktizierten etwa 250 approbierte Zahnbehandler in Deutschland (Groß 2015b), die den für die gesamte Heilkunde approbierten Ärzten oftmals untergeordnet waren. Zahnärztliche Prüfungen wurden von Ärzten durchgeführt und Ärzte wurden mit zahnärztlichen Fachgutachten beauftragt (Groß 2015c). Dieser Zustand blieb nach Einführung des Krankenversicherungssystems im Jahr 1883 weiter bestehen. Denn die Beurteilung, ob ein Patient oder eine Patientin kassenpflichtig zahnmedizinisch behandlungsbedürftig war, oblag Ärzten. So konnte sich zunächst nicht die gleiche Bindung zwischen Patienten und Patientinnen und Zahnarzt entwickeln wie zwischen Patienten und Patientinnen und Arzt (Groß 2016a).

Ab 1873 wurde Zahnbehandlern dann der Zugang zu Universitäten gewährt. Doch waren sie zunächst den philosophischen Fakultäten angegliedert, konnten keinen medizinischen Doktorgrad erlangen und mussten keine Matura (Abitur) vorweisen; daher standen sie weiterhin in geringerem Ansehen als Ärzte (Groß 2015a). Frauen wurden erst ab 1894 zum Studium zugelassen und das zunächst nur als Gasthörerinnen; erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts nach und nach auch regulär. Das Bild des approbierten Zahnarztes war daher anfänglich männlich geprägt. Eine Möglichkeit, dennoch zahnärztlich tätig zu sein, bot sich für Frauen eher als nichtappro-



bierte Zahnbehandlerinnen (Groß 2016b). Denn neben den approbierten Zahnärzten waren eine ganze Reihe nichtapprobierter Zahnbehandler tätig, sogenannte Zahnkünstler, oftmals auch Barbieri und Menschen ohne jegliche Ausbildung, die sich ab 1908 offiziell als Dentisten bezeichneten (Groß 2015b). Auch aufgrund dieses „Dualismus in der Zahnheilkunde“ konnten Zahnärzte nicht das gleiche Sozialprestige erlangen wie ihre ärztlichen Kollegen, denn der Bevölkerung fiel es schwer, zwischen approbierten Zahnärzten und nichtapprobierten Dentisten zu unterscheiden. Approbierte Zahnärzte versuchten daher, den ärztlich-klinischen Aspekt ihres Berufs in den Vordergrund zu rücken und sich auf diese Weise von den eher handwerklich orientierten Dentisten abzusetzen (Groß 2015d).

Ein Schritt zur Angleichung an die Ärzteschaft wurde mit der Gründung des ersten rein berufspolitischen zahnärztlichen Vereins in 1891, dem „Vereinsbund Deutscher Zahnärzte“ (VbDZ), bewirkt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts bildeten sich die ersten Zahnärztekammern. Noch waren sie in ihren Aufgaben nicht mit den heutigen Zahnärztekammern vergleichbar; die Selbstkontrolle, die ein Merkmal von Freien Berufen ist, war ihnen weitgehend nicht gegeben (Groß 2016c). Die Akademisierung des Zahnarztberufs und eine Hebung des Ausbildungsstandards wurden 1909 entscheidend vorangetrieben: Das Studium der Zahnheilkunde setzte ab diesem Zeitpunkt die Maturität voraus und die Studierenden wurden der medizinischen Fakultät zugeordnet. Den neu eingeführten Dokortitel Dr. med. dent. konnte man ab 1919 erlangen, habilitieren konnten sich Zahnärzte ab 1923 (Groß 2015a; Groß 2015d). Die Anzahl der Zahnärzte verdoppelte sich daraufhin zwischen 1920 und 1925 auf über 9.000. Durch die Möglichkeit, einen Dokortitel zu führen, konnten sich die approbierten Zahnärzte besser als bisher von den Dentisten abheben (Groß 2015c). Dennoch sollte es weitere Jahre dauern, bis man auch bei Zahnärzten von einer Profession sprechen konnte, denn der Dualismus approbierter Zahnärzte und Dentisten existierte weiterhin (Groß 2016d). Er endete in der Bundesrepublik Deutschland erst, als 1952 die Dentisten in die Zahnärzteschaft eingegliedert wurden (Groß 2015b). Fortbildungskurse ermöglichten es den Dentisten, ebenfalls als Zahnärzte tätig zu werden (Groß 2015d). In der DDR wurde der Dualismus bereits 1949 beendet und Dentisten konnten eine Approbation als Zahnarzt erlangen (Groß 2016d). In der Bundesrepublik Deutschland stieg die Anzahl der Zahnärzte und -ärztinnen insgesamt weiter auf über 31.000 in 1958 (Groß 2016d). Weiterhin und auch das gesamte 20. Jahrhundert hindurch war ein Großteil der Zahnärzteschaft männlich; 1956 lag der Frauenanteil bei 13 %, 1988 bei 25 % und 1992 nach Zusammenführung der beiden deutschen Staaten bei 33 % (Groß 2016b).

Während in der DDR im Laufe der Zeit immer weniger Zahnärztinnen und -ärzte niedergelassen in eigener Praxis tätig waren, wurde dies in der Bundesrepublik Deutschland zur Regel; der selbstständige Zahnarzt in der Einzelpraxis prägte dort das gesellschaftliche Bild (Groß 2016d). Nachdem

1955 zahnärztliche Leistungen im Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) beschrieben und 1962 der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) geschaffen wurde, konnte sich die „Kassenpraxis“ etablieren (Groß 2016a; Groß 2016c). Die Selbstverwaltung der Zahnärzteschaft wurde befördert durch die Gründung des „Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte“ (BDZ), der Vorgängerorganisation der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), im Jahr 1953 sowie der Einführung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zwei Jahre später – beides Fortschritte in der Entwicklung der Zahnärzteschaft als Profession (Groß 2016c; Groß 2016d).

## **2.2 Die Zahnärzteschaft als Profession und der Prozess der beruflichen Sozialisation**

Heute wird die Zahnmedizin zu den Professionen gerechnet. Professionen zeichnen sich aus durch die Ausrichtung auf das Gemeinwohl, durch Autonomie und durch Ansehen. Sie erbringen, wahren und fördern wesentliche Werte der Gesellschaft und sind dem Dienstleistungsbereich zuzuordnen (Raven 1989; Dewe 2006; Pundt 2006; Demszky von der Hagen und Voß 2010). Professionen gehören zu den sogenannten Freien Berufen (s. Teil III, Kap. 1). Für die akademischen Expertenberufe gilt generell, dass Fachwissen sowohl während der Ausbildung als auch in der Berufsausübung in systematisierter und organisierter Weise erworben wird und dabei festgelegten Standards unterliegt. Der persönlichkeitsbildende Charakter der Profession zeichnet sich durch über das Fachwissen hinausgehende Kompetenzen aus. Aus dem überlegenen Sachverstand heraus, der sogenannten Expertenautorität, folgt die gesellschaftliche Anerkennung. Von den Berufen grenzen sich die Professionen u. a. durch ihre Grundausrichtung ab: Aufgabenziele der Profession sind ganzheitlicher orientiert; Angehörige von Professionen fühlen sich zu ihrer Tätigkeit berufen und identifizieren sich daher enger mit dieser (Bollinger 1981).

Einige Entwicklungen der letzten Jahre riefen Befürchtungen hervor, dass es zu einer Deprofessionalisierung des zahnärztlichen Berufsstandes kommen könne. So werden etwa Vergewerblichungs- und Ökonomisierungstendenzen, bei denen zahnmedizinische Therapieentscheidungen von wirtschaftlichen Interessen überlagert werden, als Abkehr von der Profession gedeutet (Borgetto und Kälble 2007; Micheelis et al. 2010). Auch werden Bedenken geäußert, inwieweit Autonomie und Expertenautorität noch gegeben seien, wenn Behandlungserfahrungen der Zahnärztinnen und -ärzte beispielsweise durch Leitlinien und patientenzentrierte Entscheidungsfindung abgewertet würden. Durch entsprechende Prozesse, die auf den Berufsstand wirken, könne es letztlich auch zu einem veränderten Rollenverständnis der Zahnärztinnen und -ärzte kommen (Sackett et al. 1996; Vogd 2002; Scheibler 2004; Micheelis et al. 2010). Sollten zu viele Merkmale einer Profession in der Zahnmedizin nicht mehr gegeben sein, wäre

die Zahnmedizin künftig keine Profession mehr. Ein relativ einheitliches Rollenverständnis als Berufsstand und auch als Profession wird jedoch durch den Prozess der beruflichen Sozialisation bewirkt.

Im Prozess der beruflichen Sozialisation werden angehende Zahnärztinnen und -ärzte Teil der zahnärztlichen Profession und damit zu Mitgliedern des Berufsstands. In diesem Prozess prägen Einflüsse und Erfahrungen die Einstellung wie bereits die primäre Sozialisation im Elternhaus (Bammé et al. 1983; Raven 1989; Greif 2009). Die während des Sozialisationsprozesses stattfindende Auseinandersetzung mit Arbeitsanforderungen und Arbeitsbedingungen der Profession formt die Persönlichkeit bereits während des Studiums (Sozialisation in die Profession) und auch darüber hinaus während des Berufslebens (Sozialisation in der Profession).

Zunächst erfolgt im Studium die Aneignung von zahnmedizinischem Wissen und Fertigkeiten. Auch die Interaktionskompetenzen sowie die Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen, umzusetzen und zu verantworten, extreme Belastungen auszuhalten und Affekte kontrollieren zu können, werden in diesem Prozess geschult. Methoden, Lösungswege und Orientierungen, welche die Profession auszeichnen, werden im Prozess der beruflichen Sozialisation verinnerlicht (Siegrist 2005; Dewe 2006). Gleichzeitig findet eine Verinnerlichung von Normen und Werten des Berufsstandes statt, in dem auch seine Regelsysteme erfasst werden (Raven 1989; Siegrist 2005). In dieser prägenden Phase haben neben der eigenen Persönlichkeit sowohl Idealvorstellungen als auch Vorbilder aus dem beruflichen Umfeld Einfluss auf das Rollenbild, so etwa in der Praxis tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte oder Professorinnen und Professoren (Siegrist 2005).

## **2.3 Das Berufsbild von Zahnärztinnen und Zahnärzten im 21. Jahrhundert**

### **2.3.1 Fremd- und Selbstwahrnehmung von Zahnärztinnen und Zahnärzten**

In der Wahrnehmung der Gesellschaft wird die Zahnärztin, der Zahnarzt, nach wie vor geachtet. In einer Umfrage von 2019 liegen Ärzte und Ärztinnen auf Rang 2 der Liste der meist angesehensten Berufe in Deutschland (forsa 2019) und auch wenn Zahnärztinnen und -ärzte in der Regel ein etwas geringeres Ansehen genießen als Allgemeinmediziner, ist die Wertschätzung des zahnärztlichen Berufsstands in der Bevölkerung seit Jahren stabil positiv (Micheelis und Süßlin 2012; Wolf und Ramseier 2012). Das Gefühl, als Zahnärztin oder -arzt respektiert zu werden, hat eine positive Auswirkung auch auf das emotionale Wohlbefinden im Beruf (Ramseier und Wolf 2012). Zahnärztinnen und Zahnärzten werden dabei unterschiedliche Eigenschaften zugeschrieben: Zahnärztinnen werden als eher fürsorglich und menschlich mit viel Mitgefühl beschrieben, sie seien weniger

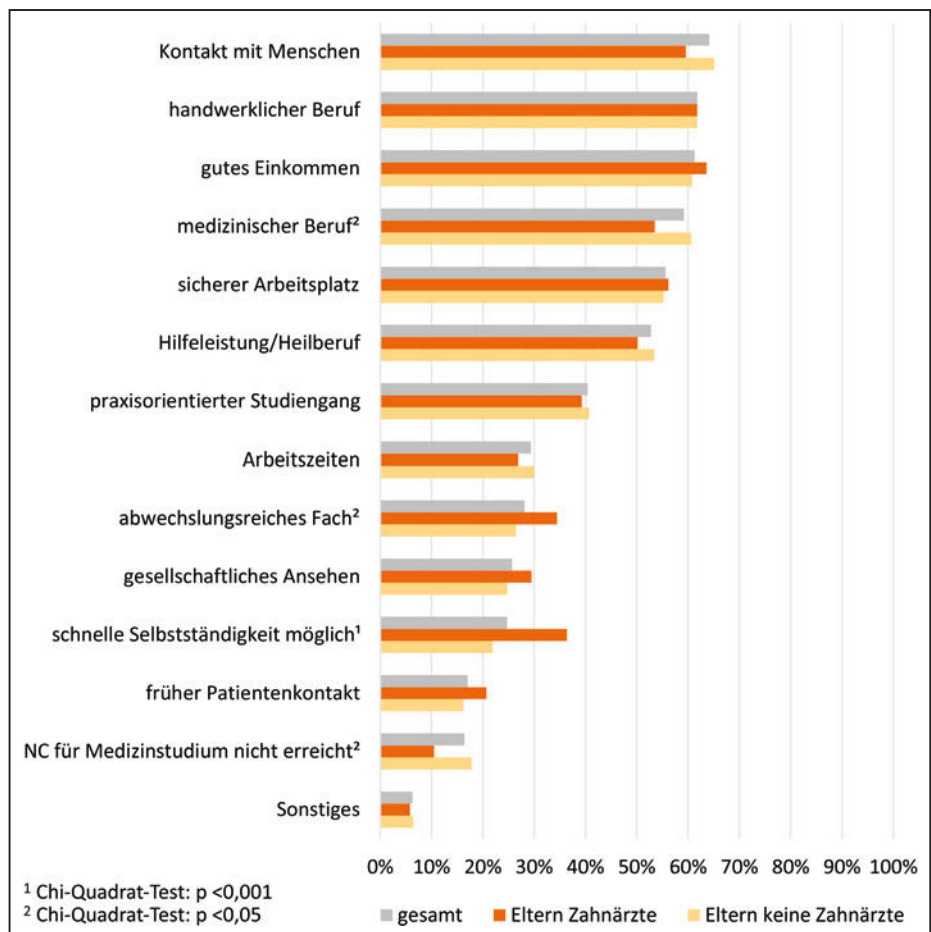
in Eile, besser im Umgang mit ängstlichen Patienten/Patientinnen und nähmen sich mehr Zeit für die Kommunikation mit ihren Patienten/Patientinnen. Zahnärzten wird dagegen nachgesagt, durchsetzungsfähiger und kompetenter zu sein, gleichzeitig auch weniger beeinflussbar und geschäftsorientierter, wobei sie sich ihrem Beruf mehr widmen würden als ihrer Familie (Wolf und Ramseier 2012). Grundsätzlich ist das Image der Zahnärztinnen und -ärzte in der Bevölkerung besser, als es aus der Zahnärzteschaft heraus wahrgenommen wird (Wolf und Ramseier 2012). Es wird vermutet, dass der Versuch, höhere Achtung zu erlangen, mit der Weiterentwicklung der zahnärztlichen Tätigkeit durch fachliche Weiterbildung oder Spezialisierung einhergeht (Härten und Kultermann 2000; Micheelis et al. 2010). In diesem Trend wird jedoch die Gefahr gesehen, dass vor allem bei einer Fokussierung auf ästhetische Trends die Zahnmedizin zur Dienstleistung innerhalb einer Konsumgesellschaft wird und der Therapieaspekt, die gesundheitliche Komponente der Behandlung, vernachlässigt wird (Wolf und Ramseier 2012). Wie genau aber nehmen sich Zahnärztinnen und -ärzte selber wahr?

Das Berufsbild der Zahnärztinnen und -ärzte und die Motive, sich für diese Profession zu entscheiden, stehen in enger Beziehung zueinander. Während sich in den Motiven eher die traditionellen Aspekte der Profession widerspiegeln, zeichnen sich im Berufsbild der Zahnärztinnen und -ärzte Veränderungen der Profession ab. Ein grundlegendes Motiv, welches sich bei Zahnärztinnen und -ärzten wiederfindet, ist der handwerkliche Aspekt der zahnärztlichen Tätigkeit. Dieser spiegelt das traditionelle Rollenbild des Zahnarztes wider – die Restaurierung oder den Ersatz des einzelnen Zahnes – und bildet durch seine Überschaubarkeit eine Stütze. Demgegenüber steht die Weiterentwicklung, die mit medizinischen Aspekten assoziiert ist – der Fokus liegt hier nicht mehr auf dem einzelnen Zahn, sondern auf dem Patienten und der Patientin als Mensch. Der Prototyp des modernen Zahnarztes und der modernen Zahnärztin ist medizinisch orientiert. Dies führt mitunter, gerade auch bei älteren Zahnärztinnen und -ärzten, zu Sorgen, mit Entwicklungen und Anforderungen nicht mithalten zu können. Entwicklungen wie veränderte Anforderungen beispielsweise durch neue Möglichkeiten der Behandlung oder eine veränderte Arzt-Patienten-Beziehung können auch das Berufsbild und die Rolle verändern, in welcher Zahnärztinnen und -ärzte ihr Selbstverständnis begründen. Zahnärztinnen und -ärzte reagieren darauf sehr unterschiedlich: Einige bewältigen diese Anforderungen sehr erfolgreich und schätzen gerade den ganzheitlich-medizinischen Ansatz. Andere blicken zwar auch optimistisch in die Zukunft, begegnen jedoch der Veränderung, indem sie sich auf andere Bereiche konzentrieren. Die Veränderung muss nicht in einer fachfremden Tätigkeit resultieren, auch eine Verlagerung des Fokus beispielsweise auf betriebswirtschaftliche Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit wird beobachtet. Einige Zahnärztinnen und -ärzte wiederum berufen sich umso mehr auf traditionelle Aspekte der Profession, führen Familientraditionen fort oder bauen ihre (fein-)handwerklich-zahnärztlichen Tätigkeiten aus. Wieder

andere sind durch die Anforderungen stark belastet und müssen sich bemühen, ihren Arbeitsalltag zu bewältigen (Härten und Kultermann 2000). Im Umgang mit den veränderten Anforderungen an die Profession wurde bereits in den frühen 2000er-Jahren ein Trend zu Spezialisierungen beobachtet. Darüber hinaus wurde gleichzeitig der Wunsch nach vereinfachten Anstellungsmöglichkeiten geäußert, um der Vielzahl der Anforderungen, sowohl (zahn-)medizinischer als auch gesetzgeberischer und gesellschaftlicher Natur, weiterhin gerecht werden zu können (Härten und Kultermann 2000; Micheelis et al. 2010). Daher wichen Zahnärztinnen und -ärzte in der Konsequenz vermehrt auf Tätigkeitsformen aus, die eine Reduzierung durch Arbeitsteilung ermöglichten, wie beispielsweise gemeinschaftlich geführte Praxisformen (Härten und Kultermann 2000) – das traditionelle Bild des (männlichen) Zahnarztes als Einzelkämpfer, welches sich in den 1950er- und 60er-Jahren in der BRD etablierte, begann sich damit am Anfang des 21. Jahrhunderts zu wandeln.

### **2.3.2 Das Berufsbild und die Selbstwahrnehmung junger Zahnärztinnen und Zahnärzte**

Auch bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten spielt in den Motiven für ihre Berufswahl die (fein-)handwerkliche Komponente der Tätigkeit mehrheitlich eine große Rolle (Abb. 1.2.1). Nahezu ebenso wichtig ist ihnen dabei der medizinische Aspekt. 40 % der Studierenden gaben sowohl an, sich für Zahnmedizin entschieden zu haben, weil es ein handwerklicher Beruf sei, als auch weil es ein medizinischer Beruf sei. Bei Studierenden, die kein zahnärztliches Elternteil haben, spielt mehr noch als bei ihren Kommilitonen und Kommilitoninnen der medizinische Aspekt eine Rolle bei der Berufswahl. Zahnärztinnen und -ärzte, deren Eltern auch zahnärztlich tätig sind, schätzen dagegen vor allem den Abwechslungsreichtum ihrer zukünftigen Tätigkeit sowie die Möglichkeit, schnell in die Selbstständigkeit gehen zu können. Vor allem Zahnmedizinistudentinnen ist jedoch der Kontakt mit Menschen für ihre spätere Tätigkeit noch wichtiger, viele Studenten dagegen konnte das (erwartete) hohe Einkommen überzeugen (Ergebnis nicht grafisch dargestellt).



**Abbildung I.2.1:** Gründe, aus denen sich Zahnmedizin studierende für die Zahnmedizin entschieden haben – Angaben Studierender (n = 1.386) in 2014/15 sowie von Studierenden mit mindestens einem zahnärztlichen Elternteil (n = 275) und Studierenden ohne zahnärztliche Eltern (n = 1.107)

Die von den befragten Studierenden angegebenen Gründe für ihre Wahl des zahnmedizinischen Studiums können zu vier Motivgruppen zusammengefasst werden (Tab. I.2.1)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Zur Bestimmung der vier Faktoren wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Details dieser Analyse sind in der Masterarbeit „Antizipatorisches Berufsbild und Sozialisation von Studierenden der Zahnheilkunde – ein nationaler Survey“ aufgeführt (Kettler 2016, S. 24 f.).

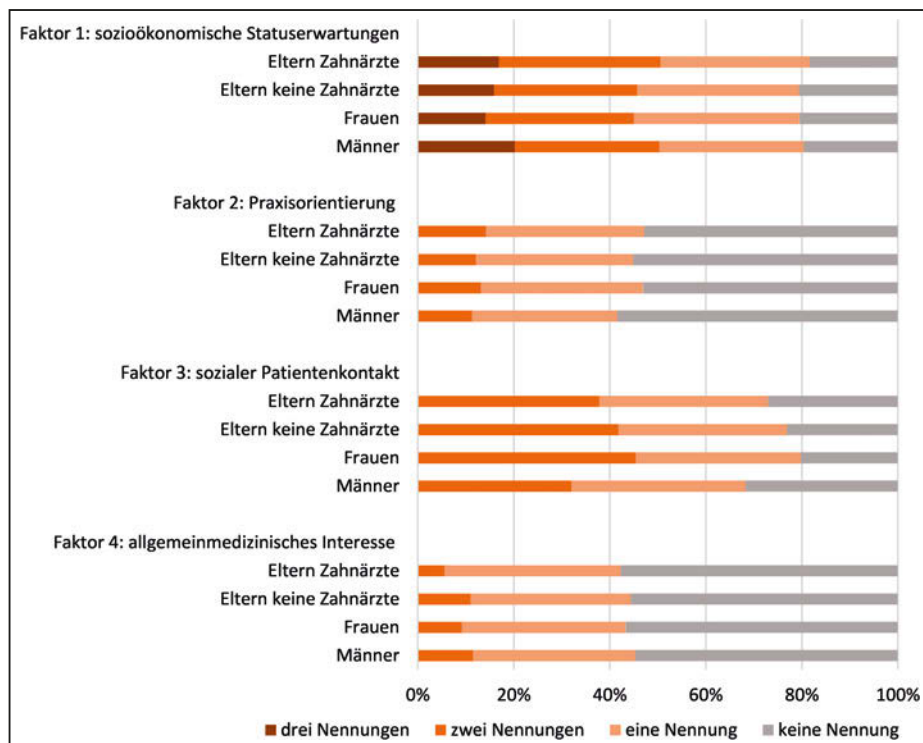
<b>Tabelle I.2.1: Gründe, aus denen sich Studierende für das Zahnmedizinstudium entschieden haben – Motivgruppen</b>				
Faktor	1: Sozioökonomische Statuserwartungen	2: Praxisorientierung	3: Sozialer Patientenkontakt	4: Allgemeinmedizin. Interesse
Motive	gesellschaftliches Ansehen  gutes Einkommen  sicherer Arbeitsplatz	früher Patientenkontakt  praxisorientierter Studiengang	Hilfeleistung/ Heilberuf  Kontakt mit Menschen	NC für Medizin nicht erreicht  kein „handwerklicher Beruf“

Auch wenn sich die Anzahl der Nennungen in den vier Motivgruppen auf den ersten Blick in verschiedenen Gruppen – Studierende mit und ohne zahnärztliche Eltern, Zahnärztinnen und Zahnärzte – sehr ähnlich verteilt, werden dennoch auch hier feine Unterschiede im Berufsbild deutlich. Vor allem angehenden Zahnärztinnen ist die soziale Komponente ihrer Tätigkeit wichtig, während angehende Zahnärzte die Profession eher noch aufgrund der damit einhergehenden sozioökonomischen Statuserwartungen gewählt haben (Abb. I.2.2). In anderen Erhebungen konnte ebenfalls das mit der Tätigkeit verbundene hohe Ansehen vor allem Männer überzeugen, Zahnarzt zu werden (Ramseier und Wolf 2012).

Ähnliche Gründe für die Entscheidung zum Zahnmedizinstudium werden auch in anderen Erhebungen angegeben: Es sei ein interessanter Beruf, man helfe Menschen und arbeite mit seinen eigenen Händen. Die Tätigkeit im Gesundheitswesen, die gute Bezahlung und auch die sichere Arbeitsstelle sowie die Möglichkeit, selbstständig tätig zu sein, sprechen für die Zahnmedizin (Ramseier und Wolf 2012). Dass aus sozialen Gründen ein Zahnmedizinstudium gewählt wird, war bereits in den 1970er-Jahren zu beobachten. Schon damals war Studierenden die Patientenorientierung sowie die Möglichkeit, anderen zu helfen, sowohl im Studium als auch über die Jahre im Beruf sehr wichtig (Eli und Shuval 1982). Der medizinische Aspekt der Zahnheilkunde scheint dagegen als Motiv für die Studienwahl eher in jüngerer Zeit an Bedeutung gewonnen zu haben. So war bei im Jahr 2000 interviewten Zahnärztinnen und Zahnärzten allgemeinmedizinisches Interesse noch ein nachrangig genannter Grund für die Studienwahl (Härlen und Kultermann 2000). Die in Abb. I.2.1. unter dem Begriff „Allgemeinmedizinisches Interesse“ zusammengefassten Motive verdeutlichen, dass hier primär das Interesse an Medizin allgemein im Vordergrund steht und weniger der handwerkliche Anteil am zahnmedizinischen Beruf zur Studienwahl motiviert hat.

Im Studium und begleitend in die ersten Berufsjahre hinein wurde untersucht, wie sich junge Zahnärztinnen und -ärzte in ihrer Profession selbst wahrnehmen. Die Befragten sehen sich oftmals als Vertrauensperson und als ganzheitliche Zahnbehandler/-innen (Abb. I.2.3). Die in 2019 bereits niedergelassenen jungen Zahnärztinnen und -ärzte verstehen sich hinge-



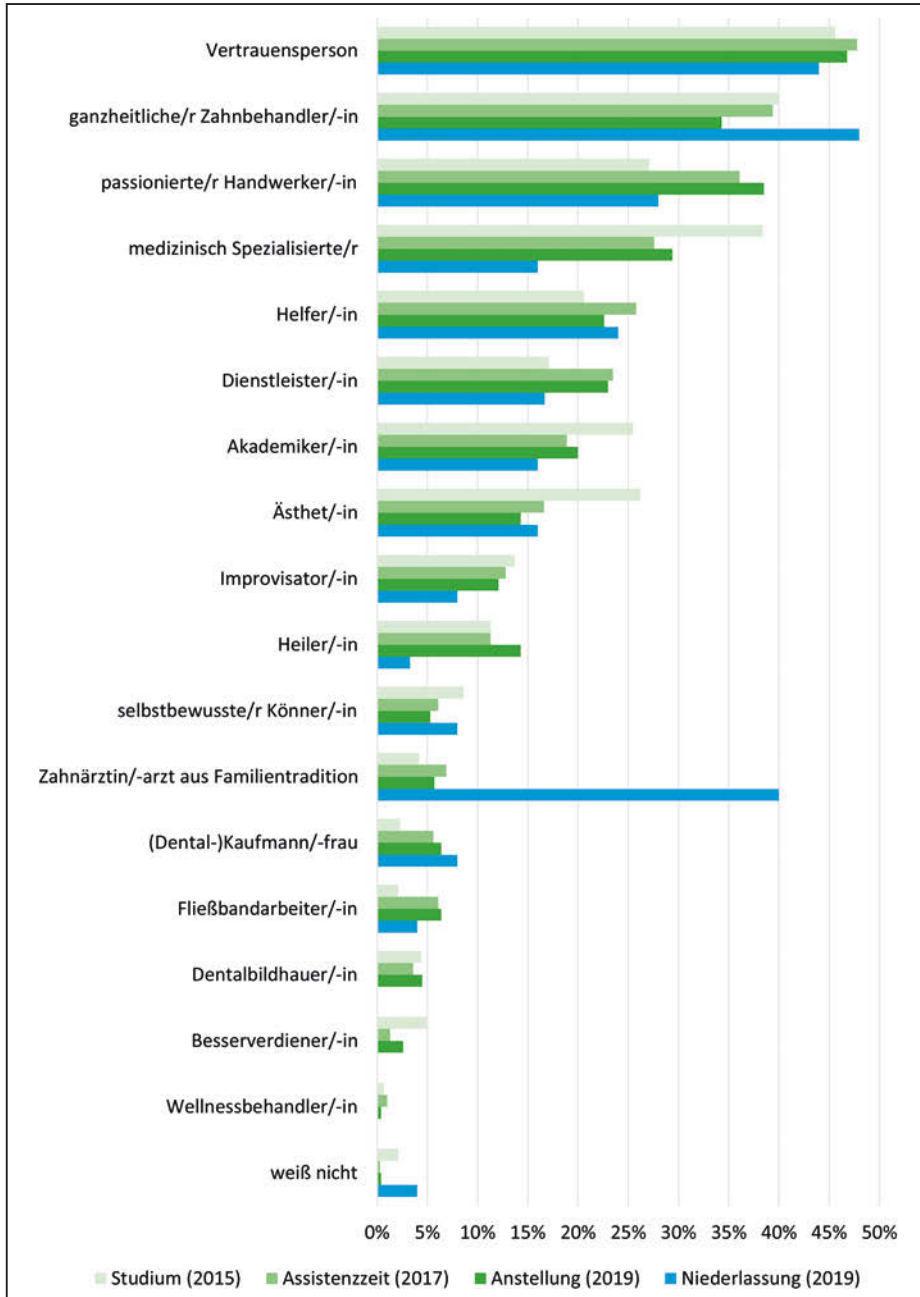


**Abbildung I.2.2:** Gründe, aus denen sich Zahnmedizinstudierende für die Zahnmedizin entschieden haben – Motivgruppen und Anzahl der Nennungen von Kategorien aus den jeweiligen Gruppen

gen häufig als Zahnärztin oder -arzt aus Familientradition, die Hälfte von ihnen hat zahnärztlich tätige Eltern. Weitere häufig genannte Facetten des zahnärztlichen Selbstbilds veränderten sich dagegen mit fortschreitender Berufserfahrung, wie die Eigenwahrnehmung als passionierte/r Handwerker/-in oder als medizinisch Spezialisierte/r. Während letztere noch bei den Motiven für die Studienwahl und dann auch in der Selbstwahrnehmung am Ende des Studiums eine große Rolle spielt, verliert sie über verschiedene berufliche Statuspassagen hinweg an Bedeutung.

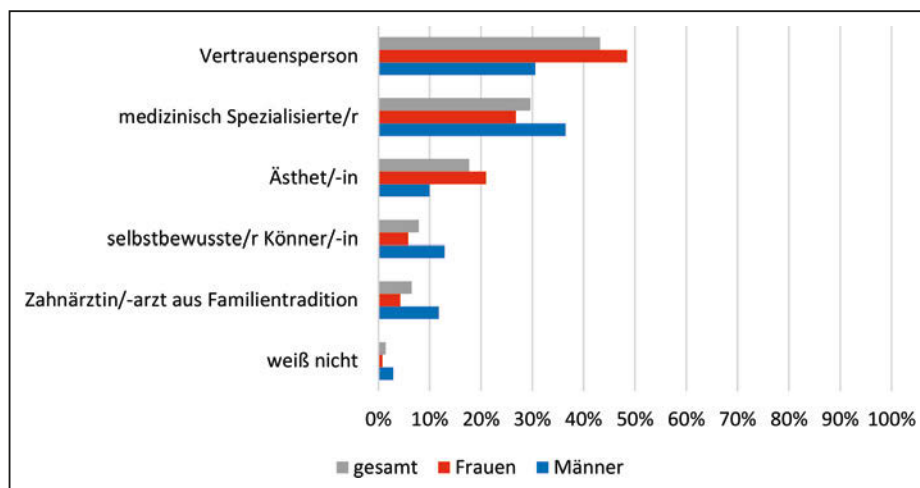
Dabei ist es nicht ungewöhnlich, dass sich Aspekte des Berufsbilds nach Berufseintritt und im weiteren Verlauf des Erwerbslebens verändern. Teilweise weichen gerade ambitionierte Vorstellungen sachlichen, „realistischeren“ Dimensionen (Dippelhofer-Stiem 2001). Auch bei einer Befragung unter Medizinstudierenden waren die real bei Ärztinnen und Ärzten festgestellten Persönlichkeitseigenschaften weniger ambitioniert als die von den angehenden Ärzten und Ärztinnen an das Idealbild gestellten Erwartungen (Schrauth et al. 2009).





**Abbildung I.2.3:** Selbstbild junger Zahnärztinnen und -ärzte im Studium in 2014/15 (n = 423), der Assistenzzeit in 2017 (n = 392), der Anstellung in 2019 (n = 265) und der Niederlassung in 2019 (n = 25) – Angaben der Teilnehmenden, die an allen drei Befragungen teilgenommen haben – Nennung der jeweils drei zutreffendsten Punkte

In einigen Aspekten unterscheidet sich die Eigenwahrnehmung als Zahnärztin bzw. Zahnarzt zwischen den befragten Frauen und Männern (Abb. I.2.4). Während Zahnärztinnen, wie auch schon bei den Beweggründen für die Wahl ihrer Profession, eher soziale Aspekte der Tätigkeit wichtig sind, spielt bei den Zahnärzten auch nach dem Berufseintritt der medizinische Aspekt eine größere Rolle.



**Abbildung I.2.4:** Selbstbild junger Zahnärztinnen (n = 400) und Zahnärzte (n = 170) im Jahr 2019 im Vergleich – Darstellung der signifikant voneinander abweichenden Angaben

Der soziale Aspekt im Berufsbild ist nicht neu, denn die Zahnmedizin ist schon lange auf das Gemeinwohl ausgerichtet. Doch hat möglicherweise durch den steigenden Frauenanteil die soziale Komponente des Berufsbilds weiter an Bedeutung gewonnen. Medizinische Aspekte im Berufsbild haben, nachdem sie vor 20 Jahren vermeintlich an Bedeutung verloren hatten, im Berufsbild junger Zahnärztinnen und -ärzte bei der Wahl des Studienfachs und auch im Selbstbild am Ende des Studiums wieder einen hohen Stellenwert, nehmen jedoch im weiteren Verlauf des Berufslebens zugunsten handwerklicher Aspekte an Bedeutung ab. Damit prägen insgesamt sowohl soziale Motive als auch medizinische und handwerkliche Komponenten das Berufsbild junger Zahnärztinnen und -ärzte wesentlich.

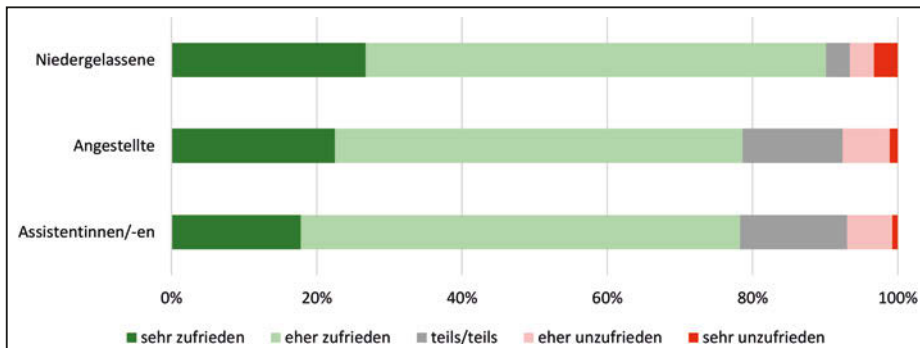
### Kapitel 3: Berufliche Zufriedenheit in den ersten Berufsjahren

Die berufliche Zufriedenheit von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten wird u. a. durch ihr professionelles Selbstverständnis, vor allem aber auch durch ihre konkreten Arbeitsbedingungen beeinflusst. Eine hohe Arbeitsautonomie sowie geringer Leistungs- und Einkommensdruck wirken sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten

aus. Negativ beeinflusst wird die Arbeitszufriedenheit hingegen u. a. durch Mengenvorgaben, Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitsdruck oder Ressourcenrestriktionen. Die berufliche Zufriedenheit wiederum wirkt sich auf das Wohlbefinden des einzelnen Zahnarztes und der einzelnen Zahnärztin sowie der Verbindung zur Arbeitsstelle aus, darüber hinaus aber auch auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Werden Arbeitsbedingungen als belastend empfunden, kann dieser Zustand in unzureichenden Arbeitsergebnissen resultieren (Gothe et al. 2007).

In den Befragungen junger Zahnärztinnen und -ärzte wurde ihre subjektive Zufriedenheit in den ersten Berufsjahren mit der ausgeübten Tätigkeit sowie der Arbeitsstelle untersucht.

Nahezu 80 % der jungen Zahnärztinnen und -ärzte der Y-Dent-Studie sind im Jahr 2019 mit ihrem Beruf zufrieden (Abb. I.3.1). Vor allem zu diesem Zeitpunkt bereits niedergelassene Zahnärztinnen und -ärzte weisen eine hohe Berufszufriedenheit auf. Von den 30 bereits Niedergelassenen würden 26 die Entscheidung zur Niederlassung rückblickend so (eher) wieder treffen. Auch Angestellte sowie Assistenten und Assistentinnen sind mehrheitlich zufrieden. Die geringen Unterschiede, die sich in der Zufriedenheit zwischen den Zahnärztinnen und -ärzten verschiedener beruflicher Status abzeichnen, sind statistisch nicht signifikant.



**Abbildung I.3.1:** Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte mit ihrem Beruf in 2019 – Antworten von Niedergelassenen, Angestellten und Assistentinnen und Assistenten (Vorbereitung sowie Weiterbildung)

Die Berufszufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte ist auch im Vergleich mit anderen ärztlichen Fachrichtungen hoch. Bei einer in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführten Befragung gaben 73 % der Hausärztinnen und -ärzte an, mit ihrer Tätigkeit zufrieden zu sein (Löffler et al. 2015). Deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen waren bundesweit glücklich mit ihrer Tätigkeit – nur 47 % waren zufrieden (Teney et al. 2017).

Aus der Literatur ergeben sich Hinweise darauf, dass Zahnärzte mit ihrer Tätigkeit zufriedener sind als Zahnärztinnen (Ayers et al. 2008). Gothe et al.

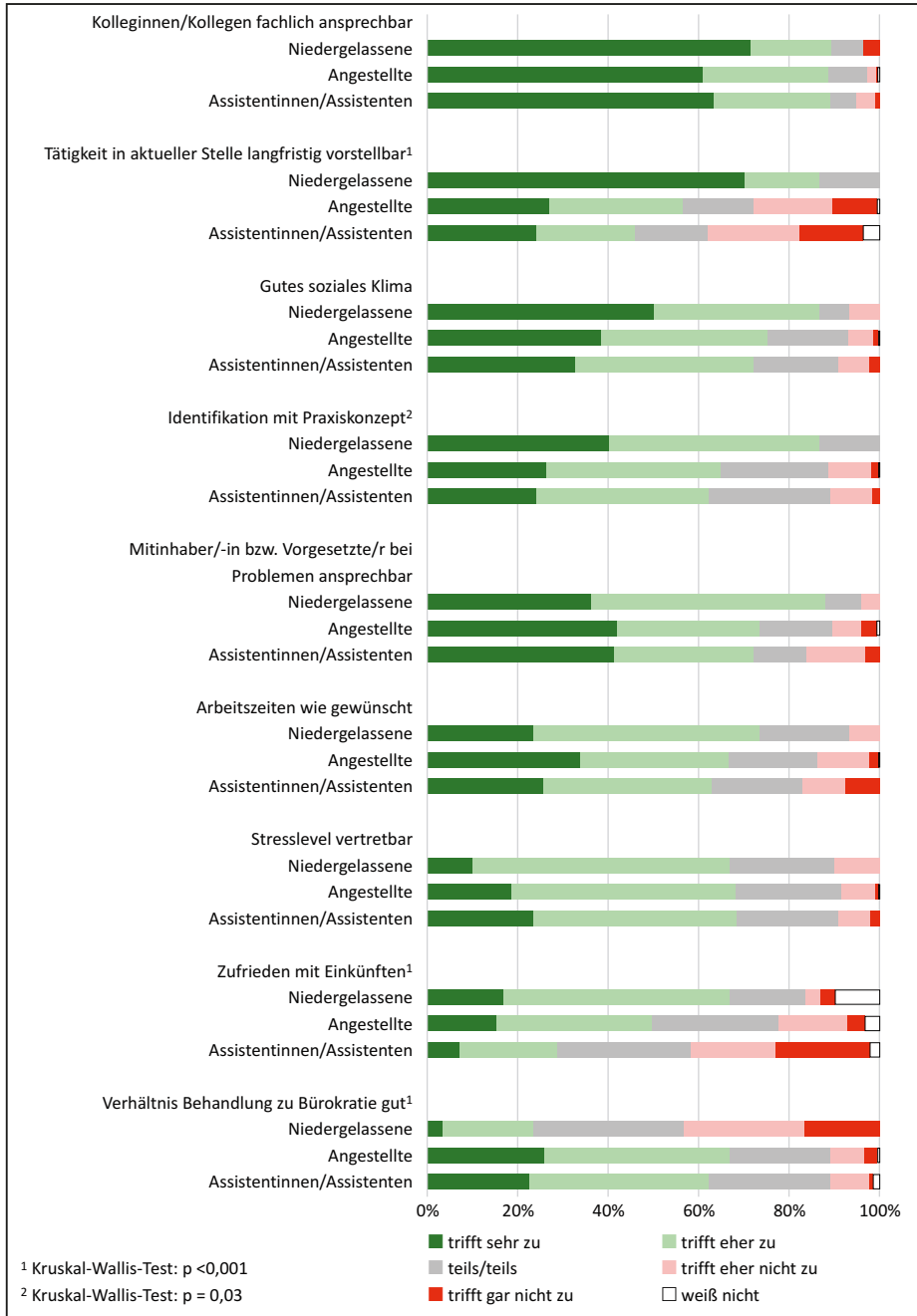
(2007) führt Unterschiede in der beruflichen Zufriedenheit auf unterschiedliche Ansprüche an die Arbeitsstelle zurück. Er wiederum beobachtete, dass Ärztinnen bezüglich der erreichten Sicherheit und Stabilität in einer Festanstellung oftmals zufriedener als in der Selbstständigkeit seien (Gothe et al. 2007). Signifikante Unterschiede sowohl in der allgemeinen beruflichen Zufriedenheit als auch in der Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle konnten in der vorliegenden Studie zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht beobachtet werden.

### **3.1 Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und Zahnärzte mit ihrer Arbeitsstelle**

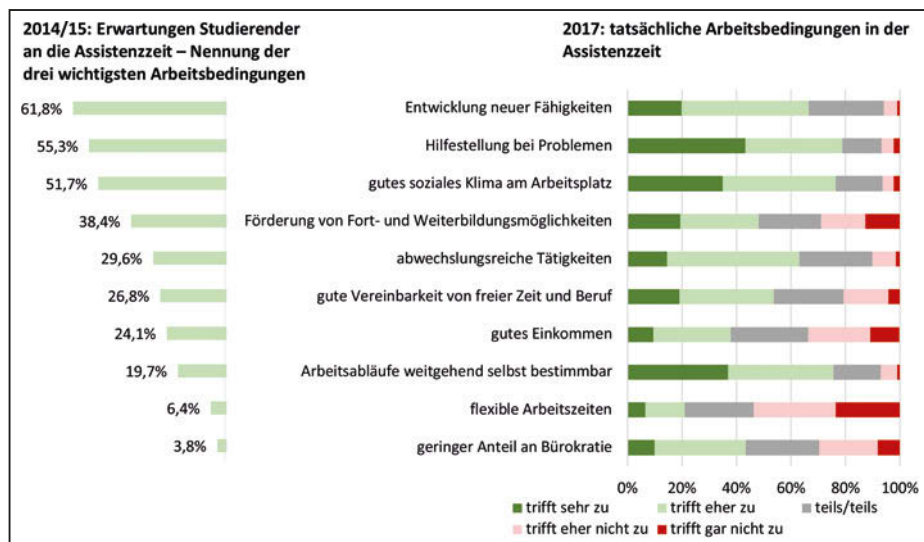
Auch die Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Arbeitsstelle (2019) ist unter den befragten Zahnärztinnen und -ärzten durchgängig hoch (Abb. I.3.2). Etwa die Hälfte der Angestellten und Assistentinnen und Assistenten kann sich sogar vorstellen, dort langfristig tätig zu sein. Zum Zeitpunkt der Befragung waren Angestellte durchschnittlich 21,5 ( $\pm$  14) Monate angestellt, Assistentenzahnärztinnen und -ärzte durchschnittlich 23,6 ( $\pm$  10) Monate. Niedergelassene dagegen waren den Schritt in die Selbstständigkeit im Durchschnitt erst 9 ( $\pm$  6) Monate zuvor gegangen. Dabei sind die in eigener Praxis Niedergelassenen in fast allen Aspekten zufriedener als ihre angestellt tätigen Kolleginnen und Kollegen. Einzige Ausnahme ist das Verhältnis zwischen Verwaltungstätigkeit und Behandlungstätigkeit, welches Niedergelassene signifikant häufiger als unangemessen bezeichnen.

Wie auch die in der Y-Dent-Studie befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte erlebten Zahnärztinnen und -ärzte aller Altersgruppen einer bundesweiten Umfrage zufolge die Atmosphäre in ihrem Praxisteam mehrheitlich positiv. Darüber hinaus gaben sie an, vor allem mit den Freiheiten bei der Wahl ihrer Arbeitsmethoden sowie dem Abwechslungsreichtum ihrer Aufgaben zufrieden zu sein. Weniger glücklich dagegen waren sie mit ihren Arbeitsstunden und dem Einkommen (Goetz et al. 2012).

Auch Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte sind mit ihrem Gehalt weniger zufrieden; nur jede/r Fünfte von ihnen ist mit der Einkommenssituation in den ersten Berufsjahren glücklich. Doch gibt nur jede/r Vierte am Ende des Studiums an, dass ihnen das Einkommen in der Assistenzzeit besonders wichtig sei. Wichtiger sind jungen Zahnärztinnen und -ärzten am Ende ihres Studiums für die Zeit unmittelbar nach dem Berufseinstieg vor allem die Möglichkeit, neue Fähigkeiten zu entwickeln, bei Problemen Hilfestellung zu erhalten sowie ein gutes soziales Klima am Arbeitsplatz (Abb. I.3.3). Zwei Jahre später, während ihrer Assistenzzeit, geben dieselben Studienteilnehmenden mehrheitlich an, die nötige Hilfestellung bei Fragen und Problemen zu erhalten, auch das soziale Klima auf ihrer Arbeitsstelle ist bei fast allen Befragten gut. Neue Fähigkeiten entwickeln können dagegen nicht alle Befragten im gewünschten Umfang.



**Abbildung I.3.2:** Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzten mit den Arbeitsbedingungen ihrer Arbeitsstelle in 2019 – Antworten von Niedergelassenen, Angestellten und Assistentinnen und Assistenten (Vorbereitung sowie Weiterbildung)



**Abbildung I.3.3:** Welche Erwartungen haben Studierende in 2014/15 an ihre Assistenzzeit (Nennung der drei wichtigsten Arbeitsbedingungen)? Welche Arbeitsbedingungen sind in der Assistenzzeit (2017) gegeben? Antworten von 504 Studienteilnehmenden, die an den Befragungswellen 1 und 2 teilgenommen haben und 2017 in der Assistenzzeit waren

Genau wie die von Goetz et al. (2012) befragten Zahnärztinnen und -ärzte sind auch die Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte mit dem Einkommen sowie den Arbeitszeiten oftmals unzufrieden. Beide Aspekte wirken sich nachweislich negativ auf die berufliche Gesamtzufriedenheit aus (Goetz et al. 2012; Al-Junaid et al. 2017; Ulrich et al. 2019), besonders die Unzufriedenheit mit dem Gehalt oder auch der Art der Vergütung kann eine niedrige Arbeitszufriedenheit verursachen. Dabei ist im Umkehrschluss nicht alleine das Einkommen Garant für eine hohe Arbeitszufriedenheit. Damit eine hohe Gesamtzufriedenheit gegeben ist, müssen weitere als positiv empfundene Faktoren, wie etwa gute Zusammenarbeit mit Kollegen, hinzukommen (Gothe et al. 2007).

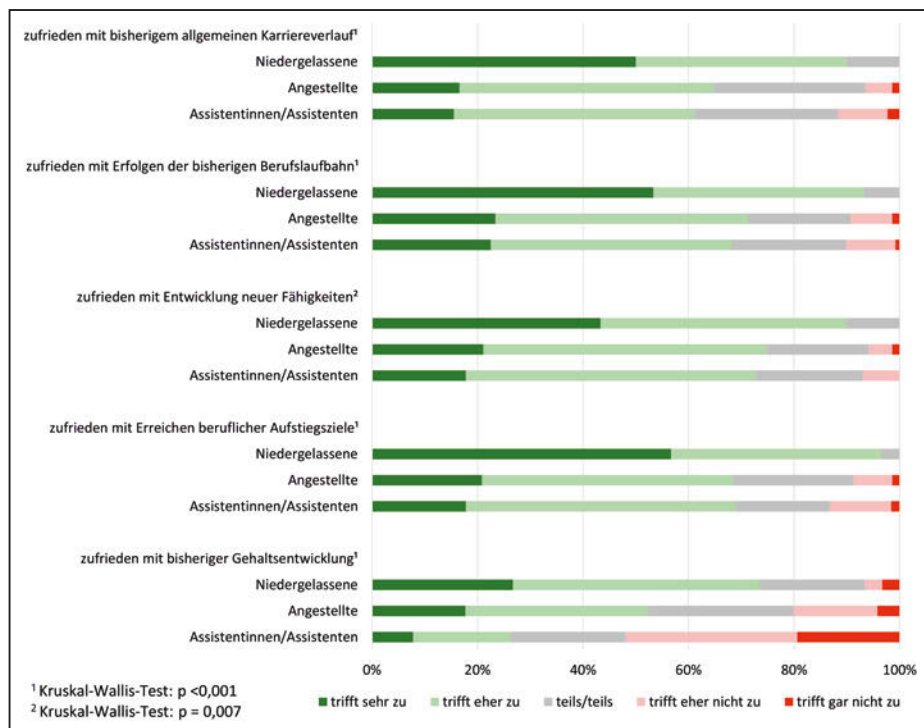
So wirkt sich auch bei den befragten Assistenz Zahnärztinnen und -ärzten die Unzufriedenheit mit dem Gehalt nicht allzu negativ auf die sehr gute allgemeine Zufriedenheit aus, nahezu 80 % geben an, eher oder sehr zufrieden mit ihrem Beruf zu sein (s. Abb. I.3.1). Auch bei Berufseinsteigern anderer Gesundheitsberufe wurde Unzufriedenheit mit dem Gehalt bei gleichzeitiger Zufriedenheit in vielen anderen beruflichen Dimensionen festgestellt (Ulrich et al. 2019). Wie Abbildung I.3.2 verdeutlicht, steigt die Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte sowohl mit dem Einkommen als auch mit den Arbeitszeiten mit jedem weiteren durchlaufenen beruflichen Status.

Dennoch sollte die Entwicklung der Zufriedenheit mit Einkommen und Arbeitsstunden weiter beobachtet werden – auch im Hinblick darauf, dass beide Aspekte in anderen Erhebungen bei bereits länger im Beruf tätigen Zahnärztinnen und -ärzten teilweise zu Unzufriedenheit führten (Goetz et al. 2012).

### **3.2 Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Karriereerfolgen**

Die Zufriedenheit mit Karriereerfolgen reflektiert den Verlauf der eigenen Berufslaufbahn sowie die im Laufe des Berufslebens gesammelten Erfahrungen, während die berufliche Zufriedenheit in erster Linie Arbeitsbedingungen widerspiegelt. Die Zufriedenheit mit den eigenen Karriereerfolgen korreliert dabei in der Regel positiv mit der beruflichen Zufriedenheit. Unterschieden wird zwischen objektivem und subjektivem Karriereerfolg. Objektive, „tatsächliche“ berufliche Erfolge sind messbar. Sie repräsentieren in der Regel soziale Normen von Erfolg, wie beispielsweise erfolgte Statuspassagen in der Zahnmedizin oder das Erreichen einer höheren Einkommensstufe. Der subjektive, „wahrgenommene“ Karriereerfolg wird dagegen auf Individualebene anhand der bisherigen beruflichen Entwicklungen und Erfahrungen beurteilt. Die Beurteilung erfolgt anhand persönlicher Standards und Ziele, welche zwischen Individuen variieren können. Hoher subjektiver Erfolg kann zu höherem objektiven Erfolg führen: Menschen, die mit ihren Karriereerfolgen subjektiv zufrieden sind, erreichen mit der Zeit höhere Einkommensstufen und einen höheren beruflichen Status (Abele et al. 2010).

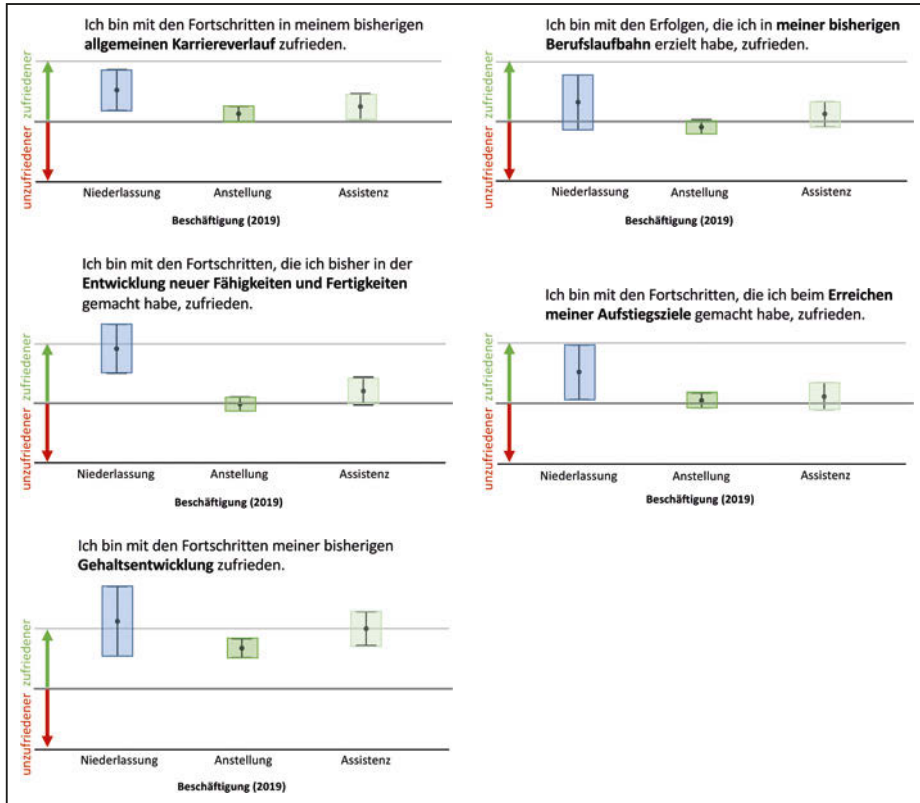
Die subjektive Zufriedenheit mit den beruflichen Fortschritten nach dem Berufseintritt junger Zahnärztinnen und -ärzte in den ersten Berufsjahren wurde mithilfe der sogenannten Karrierezufriedenheitsskala (Career Satisfaction Scale; vgl. Greenhaus et al. 1990; Spurk et al. 2011) untersucht. Je mehr beruflicher Status bereits durchschritten ist, desto zufriedener sind junge Zahnärztinnen und -ärzte (Abb. I.3.4). Der Unterschied zwischen dem beruflichen Status ist statistisch signifikant, am zufriedensten mit den beruflichen Fortschritten sind die etwa vier Jahre nach ihrer Approbation bereits niedergelassenen jungen Zahnärztinnen und -ärzte.



**Abbildung I.3.4:** Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte mit ihrer bisherigen Berufslaufbahn in 2019 – Antworten von Niedergelassenen, Angestellten und Assistenten (Vorbereitung sowie Weiterbildung)

Auch im direkten Vergleich der Zufriedenheit jeder einzelnen Zahnärztin und jedes einzelnen Zahnarztes mit den jeweiligen beruflichen Fortschritten über einen Zeitraum von zwei Jahren, von 2017 auf 2019, sind diejenigen Befragten, die sich in dieser Zeit niedergelassen haben, mit vielen Aspekten signifikant zufriedener als sie es noch in der Assistenzzeit waren (Abb. I.3.5). Signifikant zufriedener als zwei Jahre zuvor sind Angestellte und Assistenten vor allem mit ihrer Gehaltsentwicklung.





**Abbildung I.3.5:** Veränderung der individuellen Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte mit ihrer bisherigen Berufslaufbahn im Zeitverlauf 2017 bis 2019 – Antworten von in 2019 Niedergelassenen, Angestellten und Assistenten und Assistentinnen (Vorbereitung sowie Weiterbildung). Dargestellt ist der Mittelwert der Veränderung mit zugehörigem 95 %-Konfidenzintervall

Auch bei den befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzten wird ein positiver Zusammenhang zwischen der beruflichen Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitsstelle und der Zufriedenheit mit den eigenen Karriereerfolgen deutlich. Von den Assistentinnen und Assistenten, die 2017 in Bezug auf ihre Arbeitsbedingungen angaben, ein gutes Einkommen zu erzielen, sind auch 70 % hinsichtlich ihres Karriereerfolgs mit ihren bisherigen Fortschritten bei der Gehaltsentwicklung sehr zufrieden (Korrelationskoeffizient nach Spearman: 0,78). Mit der Möglichkeit der Entwicklung neuer Fähigkeiten auf der Arbeitsstelle waren 55 % derjenigen zufrieden, die auch in ihrem bisherigen Karriereverlauf mit der Entwicklung neuer Fähigkeiten sehr zufrieden waren (Korrelationskoeffizient nach Spearman: 0,63).

Die vergleichsweise höhere Zufriedenheit bei Niedergelassenen im Vergleich zu Angestellten sowie Assistenten und Assistentinnen sollte den-

noch mit Vorsicht interpretiert werden. Denn die in 2019 niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzte waren bereits zwei Jahre zuvor, als sie noch nicht niedergelassen waren, zufriedener als ihre befragten Kolleginnen und Kollegen. Auch ist bekannt, dass bei Zahnärztinnen und -ärzten, die mit ihrem Beruf zufriedener sind, die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass sie sich niederlassen (s. Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.1). Daher ist eine hohe berufliche Zufriedenheit zwar auch, jedoch vermutlich nicht ausschließlich, auf den beruflichen Status zurückzuführen.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass junge Zahnärztinnen und -ärzte bereits kurz nach ihrem Berufseinstieg verhältnismäßig zufrieden mit ihrem Beruf sind. Auch wenn nicht alle Erwartungen an die Assistenzzeit erfüllt werden, können viele Vorstellungen verwirklicht werden. Dies schlägt sich neben der allgemeinen beruflichen Zufriedenheit auch in der Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle nieder. Im weiteren beruflichen Verlauf wird darüber hinaus auch der eigene berufliche Erfolg bereits in frühen Berufsjahren durch die jungen Zahnärztinnen und -ärzte positiv bewertet.

#### **Kapitel 4: Das zahnärztliche Berufsbild – Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

Die dargestellten Erkenntnisse über die Einflüsse, welche Ein- und Vorstellungen junge Zahnärztinnen und -ärzte prägen, über ihr Selbstverständnis und auch über die positive Grundhaltung zu ihrer Tätigkeit bilden eine Basis für die Nachvollziehbarkeit der in den folgenden Teilen dieses Buches dargestellten beruflichen Entscheidungen und Präferenzen der Befragten.

Die beruflichen Einstellungen und Entscheidungen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die in diesem Buch betrachtet werden, sind nur zum Teil von den Einstellungen ihrer Generation geprägt. Sie unterscheiden sich nicht zwangsläufig von denen älterer Zahnärztinnen und -ärzte und (vermeintlicher) Vorgängergenerationen. Ihre Einstellungsmerkmale werden im Laufe des (Berufs-)Lebens neben der Generationenzugehörigkeit durch das Lebensalter beeinflusst. Auch einschneidende Ereignisse, im zahnmedizinischen Bereich der letzten Jahre vor allem Gesetzgebungen, die neue Möglichkeiten eröffnen, wirken sich auf Einstellungen aus. Ein solches Ereignis, welches einen Effekt auf die gesamte Zahnärzteschaft haben könnte, ist die aktuelle „Corona-Krise“. Hier wird sich im weiteren Verlauf der nächsten Jahre zeigen, ob sich dadurch beispielsweise Präferenzen oder Einstellungen für die zukünftige Tätigkeit ändern.

Auch Sozialisationsprozesse in der Familie können berufliche Einstellungen prägen. So übernehmen Menschen, die bestimmte Verhaltensweisen schon früh als selbstverständlich erfahren haben, diese auch selbstverständlicher für den eigenen Lebens- und Karriereentwurf an (s. a. Teil II,

Exkurs, Abschn. 1.3). Darüber hinaus hat auch der berufliche Status, ganz unabhängig von Generation oder Alter, einen großen Einfluss auf Einstellungen: Niedergelassenen sind andere Arbeitsbedingungen wichtig als Angestellten, Assistenten und Assistentinnen oder Studierenden.

Festhalten lässt sich, dass Einstellungen, aber auch Verhaltensweisen im Berufsleben und Entscheidungen, die im weiteren beruflichen Verlauf junger Zahnärztinnen und -ärzte beobachtet werden, nicht allein durch die Zugehörigkeit zur „Generation Y“ erklärbar sind, sondern dass eine Vielzahl verschiedener Effekte, die alle zahnärztlichen Generationen und Altersgruppen betreffen, auf ihre Einstellungen und Entscheidungen wirken.

Dass Vorstellungen der sogenannten Generation Y sich im zahnärztlichen Berufsbild niederschlagen würden, ist bisher nicht zu beobachten. Über das Selbstbild sollten Veränderungen der beruflichen Rolle erkennbar sein (Härten und Kultermann 2000), doch sind im Selbstbild junger Zahnärztinnen und -ärzte bislang kaum gänzlich neue Aspekte zu finden.

Der soziale Aspekt spielt in den Motiven für die Berufswahl sowie auch in der Selbstwahrnehmung junger Zahnärztinnen und -ärzte eine zentrale Rolle. Bereits vor 20 Jahren wurde ein entsprechender „zahnärztlicher Prototyp“ beschrieben, der sozial handelt und sich dem Patienten oder der Patientin als ganzem Menschen widmet (Härten und Kultermann 2000). Auch viele junge Zahnärztinnen und -ärzte verstehen sich als ganzheitliche Zahnbehandlerin beziehungsweise ganzheitlicher Zahnbehandler. Dieser „Prototyp des modernen Zahnarztes“ (Härten und Kultermann 2000, S. 27) ist neuen Anforderungen gegenüber aufgeschlossen und legt Wert auf medizinische Aspekte der Zahnheilkunde. Dabei stehen im Fokus dennoch primär die Mundhöhle und die Zähne. Im Gegensatz zur ganzheitlichen Ausrichtung nehmen sich „medizinisch Spezialisierte“ eher als (Fach-)Ärzte wahr. War man vor 20 Jahren noch davon ausgegangen, dass sich immer mehr Zahnärztinnen und -ärzte als eben solche sehen und deutete der Trend nach der ersten Befragung Studierender auch in diese Richtung, scheint er sich doch nicht als Trend zu verstetigen. Denn im weiteren Berufsverlauf nehmen noch vor dem medizinischen Aspekt des zahnärztlichen Selbstbildes soziale, handwerkliche und ganzheitliche Komponenten eine bedeutsamere Rolle ein.

Sowohl der handwerkliche als auch der medizinische Aspekt sind bereits im Berufsbild zahnmedizinisch Tätiger des 19. Jahrhunderts zu finden. Damals noch seltener in einer Person vereint, versuchten doch die approbierten Zahnbehandler, die ihre Ausrichtung eher medizinisch verstanden, sich darüber von den Dentisten abzugrenzen, denen die eher handwerkliche Komponente zugeschrieben wurde. Inzwischen finden sich beide Facetten geeint im Selbstbild wieder, wobei die handwerkliche Komponente nun eher dem traditionellen Berufsbild zugeschrieben wird und die medizinische Komponente einer fortschrittlicheren Ausrichtung. Im Selbst-

bild wiederum nimmt bei Studierenden die handwerkliche Komponente noch eine untergeordnete Rolle ein, gewinnt dann jedoch im weiteren beruflichen Verlauf an Bedeutung. Eine solche Weiterentwicklung des eigenen Berufsbilds gerade in der Zeit um den Berufseintritt ist nicht ungewöhnlich und wird auch bei anderen Berufsgruppen beobachtet (Dippelhofer-Stiem 2001; Schrauth et al. 2009).

Im Selbstverständnis haben sich somit zentrale Aspekte des Berufsbilds über die Jahre wenig verändert, im Berufsbild junger Zahnärztinnen und -ärzte finden sich kaum gänzlich neue Trends. Auch bei Medizinstudierenden ist zu beobachten, dass das Arztideal über einen Zeitraum von 25 Jahren recht konstant ist (Schrauth et al. 2009). Damit scheint die berufliche Sozialisation auch auf das Selbstbild junger Zahnärztinnen und -ärzte zu wirken. In der Außenwahrnehmung dagegen wird vermutlich das Bild des männlichen Zahnarztes in der Einzelpraxis dem Bild einer vermehrt auch weiblichen Zahnärztin, die oder der gemeinschaftlich tätig ist, weichen.

Sind nun aber die Merkmale einer Profession für die Zahnmedizin auch weiterhin gegeben? Der soziale Aspekt des Berufsbilds, der bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten so vorherrschend ist, spiegelt die Ausrichtung des zahnärztlichen Berufsstandes auf das Gemeinwohl wider, einem der zentralen Merkmale von Professionen. Auch Ansehen genießt die Zahnärzteschaft nach wie vor in der Gesellschaft (Micheelis und Süßlin 2012; Wolf und Ramseier 2012). Als Akademiker/-in nimmt sich nur jede/r Fünfte nach dem Eintritt ins Berufsleben wahr, doch ist das Expertenwissen als Merkmal von Professionen weiterhin vorhanden. Dieses wird systematisiert erworben, auch wenn es patientenzentrierter vermittelt werden mag, als es noch vor 20 oder 30 Jahren der Fall gewesen ist. Die Persönlichkeit wird nachweislich durch den Prozess der beruflichen Sozialisation geprägt: Zahnärztinnen und -ärzte haben in ihrem jeweiligen beruflichen Status sehr ähnliche Einstellungen übernommen. Auch organisieren sich Zahnärztinnen und -ärzte weiterhin selbst, daran hat sich seit der Entstehung berufspolitischer Vereine Ende des 19. Jahrhunderts nichts geändert. Befürchtete Trends, wie die Abkehr von zentralen zahnmedizinischen Wertvorstellungen der Profession zugunsten eines vermehrt wirtschaftsgeleiteten Handelns sind aus dem Rollenverständnis junger Zahnärztinnen und -ärzte heraus bislang nicht erkennbar. Aus dem Selbstverständnis und dem Berufsbild junger Zahnärztinnen und -ärzte heraus scheint daher keine Deprofessionalisierung zu befürchten zu sein.

In der Ausübung ihrer Profession sind junge Zahnärztinnen und -ärzte zu Beginn ihres Berufslebens zufrieden. Eine hohe Zufriedenheit kurz nach dem Berufseinstieg ist nicht selbstverständlich. So sind in einigen Gesundheitsberufen gerade Berufseinsteiger/-innen unzufriedener mit ihrem Arbeitsplatz als ihre berufserfahreneren Kolleginnen und Kollegen. Erklärt wird diese Unzufriedenheit einerseits mit dem Rollenwechsel und der dadurch gestiegenen Verantwortung und andererseits unzureichender Begleitung und Unterstützung in der Zeit nach dem beruflichen Einstieg

(Ulrich et al. 2019). Auf Unterstützung in der beruflichen Einstiegsphase scheinen die meisten Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte nicht verzichten zu müssen: 79 % der Befragten geben an, Hilfe am Arbeitsplatz zu erhalten. Auch erfolgt die Ausbildung durch das Studium in der Zahnmedizin im Vergleich zu anderen Berufen recht passgenau (s. a. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.5), wodurch möglicherweise die erste Statuspassage vom Studium in den Beruf sanfter erfolgen kann als in anderen (Gesundheits-)Berufen.

Um einer sinkenden Zufriedenheit möglichst rechtzeitig vorbeugen zu können, sollten dennoch Arbeitsbedingungen, die weniger positiv wahrgenommen werden, beobachtet und gegebenenfalls optimiert werden. Dies betrifft zunächst Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, umso mehr, als dass in einigen Disziplinen beim Berufseintritt aus Sicht junger Zahnärztinnen und -ärzte Aufholbedarf besteht (siehe auch Teil II, Kapitel 3.2). Darüber hinaus könnte sich ein Abbau des bürokratischen Aufwands positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken, da die im Praxisalltag anfallende Bürokratie von jungen Zahnärztinnen und -ärzten aktuell als unangenehme Pflicht wahrgenommen wird. Auch könnte sich als sinnvoll erweisen, die Zufriedenheit mit dem Gehalt weiterhin zu beobachten, da sich die Höhe des Einkommens nachweislich auf die berufliche Gesamtzufriedenheit auswirkt (Goetz et al. 2012; Ulrich et al. 2019).

Die hohe berufliche Zufriedenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte weiterhin zu erhalten, kann auch der zahnärztlichen Versorgung zugute kommen. Denn eine hohe berufliche Zufriedenheit wirkt sich positiv auf die Versorgungsqualität aus und verringert die Anzahl der Abgänge aus der Versorgung (Löffler et al. 2015).

## Literaturverzeichnis

Abele, A. E., Spurk, D., Volmer, J.: The construct of career success: measurement issues and an empirical example. *Zeitschrift für ArbeitsmarktForschung*, 2010, 43, (3), 195-206. DOI: 10.1007/s12651-010-0034-6

Abels, H., König, A.: Sozialisation. Über die Vermittlung von Gesellschaft und Individuum und die Bedingungen von Identität. Wiesbaden 2016

Al-Junaid, S. M., Hodges, S. J., Petrie, A., Cunningham, S. J.: Career satisfaction and work-life balance of specialist orthodontists within the UK/ROI. *British Dental Journal*, 2017, 223, (1), 53-58. DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.585

Ayers, K. M. S., Thomson, W. M., Rich, A. M., Newton, J. T.: Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *Journal of Dentistry*, 2008, 36, (5), 343-350. DOI: 10.1016/j.jdent.2008.01.012

Bammé, A., Holling, E., Lempert, W.: Berufliche Sozialisation. Ein einführender Studententext. München 1983

Becker, H. A.: Karl Mannheims „Problem der Generationen“ – 80 Jahre danach. *Zeitschrift für Familienforschung*, 2008, 20, (2), 203-221

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information, 2005, (2)

Bohnenkamp, B.: Doing Generation. Zur Inszenierung von generationeller Gemeinschaft in deutschsprachigen Schriftmedien. Bielefeld 2011

Bollinger, H. H., Joachim: Auf dem Weg von der Profession zum Beruf: Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. Soziale Welt, 1981, 32, (4), 440-464

Borgetto, B., Kälble, K.: Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim und München 2007

Bruch, H., Kunze, F., Böhm, S.: Generationen erfolgreich führen. Konzepte und Praxiserfahrungen zum Management des demographischen Wandels. Wiesbaden 2010

BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2018/2019. Berlin 2019

Demszky von der Hagen, A., Voß, G. G.: Beruf und Bildung: Beruf und Profession. In: Böhle, F., Voß, G. G., Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden 2010, 751-803

Dewe, B.: Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: J. Pundt (Ed.), Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. 1. Aufl., Bern 2006, 23-35

Dippelhofer-Stiem, B.: Antizipatorische Sozialisation: Prozesse und Folgen für die Einmündung in den Beruf. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 2001, 21, (4), 356-370

Eli, I., Shuval, J. T.: Professional socialization in dentistry. A longitudinal analysis of attitude changes among dental students towards the dental profession. Social Science and Medicine, 1982, 16, (9), 951-955

Forsa: dbb Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst, 2019. Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bürger. Im Auftrag von dbb beamtenbund und tarifunion, Online: [[https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2019/forsa\\_2019.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2019/forsa_2019.pdf)], Berlin 2019

Goetz, K., Campbell, S. M., Broge, B., Dörfer, C. E., Brodowski, M., Szecsenyi, J.: The impact of intrinsic and extrinsic factors on the job satisfaction of dentists. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2012, 40, (5), 474-480. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2012.00693.x

Gothe, H., Köster, A.-D., Storz, P., Nolting, H.-D., Häussler, B.: Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur. Dtsch Arztebl, 2007, 104(20), A 1394-1399

Greenhaus, J. H., Parasuraman, S., Wormley, W. M.: Effects of Race on Organizational Experience, Job Performance Evaluations, and Career Outcomes. Academy of Management Journal, 1990, 33, (1), 64-86. DOI: 10.2307/256352

Greif, S.: Berufliche Sozialisation. In: Häcker, H. O., Stapf, K.-H. (Hrsg.), Dorsch – Psychologisches Wörterbuch. 15., überarb. u. erw. Auflage, Göttingen 2009, 129-130

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (1). Der Dentist setzt sich durch. Zahnärztliche Mitteilungen, 2015a, 105, (21A), 2578-2582

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (2). Der Lösung der „Dentistenfrage“. Zahnärztliche Mitteilungen, 2015b, 105, (22A), 2704-2708

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (3). Die schwierige Akademisierung. Zahnärztliche Mitteilungen, 2015c, 105, (23A), 2842-2846

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (4). Das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Zahnärzteschaft. Zahnärztliche Mitteilungen, 2015d, 105, (24A), 2956-2959

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (5). Im geteilten Deutschland. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016a, 106, (2A), 144-147

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (6). Die Frauenfrage. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016b, 106, (3A), 246-250

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (8). Die Krankenkassenfrage. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016c, 106, (6A), 632-638

Groß, D.: Die Entwicklung des Zahnarztberufs (8). Genese des zahnärztlichen Verbandswesens. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016d, 106, (8A), 900-906

Groß, D.: Der lange Weg zur modernen Zahnheilkunde. Wie sich der Zahnarztberuf in den letzten 60 Jahren entwickelt hat – Teil 1. Bayerisches Zahnärzteblatt, 2020, 56, (9), 26-28

Härten, I., Kultermann, G.: Auf dem Weg in die Zukunft. Zahnarzt zwischen Tradition und Innovation. ESPE Dental (Hrsg.), Seefeld 2000

Hurrelmann, K., Albrecht, E.: Die heimlichen Revolutionäre. Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim 2014

Kettler, N.: Antizipatorisches Berufsbild und Sozialisation der Studierenden der Zahnheilkunde – ein nationaler Survey. Masterarbeit, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf 2016

Kettler, N., Klingenberg, D.: Was junge Zahnärzte heute wollen. IDZ-Studie zum Berufsbild. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016, 106, (24), 2918-2923

Löffler, C., Höck, J., Hornung, A., Kundt, G., Drewelow, E., Völker, S., Altiner, A.: Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. Das Gesundheitswesen, 2015, 77, (12), 927-931. DOI:10.1055/s-0034-1387743

Mannheim, Karl (1928): Das Problem der Generationen. In: Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk, eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff, Neuwied/Berlin 1964, 509-565

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information, 2010, (1)

Micheelis, W., Süßlin, W.: Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011. IDZ-Information, 2012, (1)

Novotny, R., Blickle, P., Stahnke, J., Venohr, S.: Generation Gibtsnicht. Vermächtnis-Studie. Zeit online, 03.03.2016, URL: [<https://www.zeit.de/gesellschaft/2016-03/generationen-jugend-alter-sex-drogen-arbeit-kinder-vermaechtnis-studie>], zuletzt abgerufen 17.11.2020



Pundt, J.: Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In: Pundt J. (Hrsg.), Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. 1. Aufl., Bern 2006, 7-2

Ramseier, C. A., Wolf, C. A.: Das Image der Zahnmedizin. Teil 2: Der ideale Zahnarzt. Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, 2012, 122, (3), 219-224

Raven, U.: Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizinerinnen. Wiesbaden 1989

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., Richardson, W. S.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996, 312, (7023), 71-72, DOI:10.1136/bmj.312.7023.71

Scheibler, F.: Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. 1. Aufl., Bern 2004

Schmidt, C., Möller, J., Windeck, P.: Vier Generationen unter einem Dach. Deutsches Ärzteblatt, 2013, 110, (19), A928-A933

Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung München: Oldenbourg, 2013

Schrauth, M., Kowalski, A., Weyrich, P., Begenau, J., Werner, A., Zipfel, S., Nikendei, C.: Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2009, 59, (12), 446-453. DOI:10.1055/s-0029-1202343

Schröder, M.: Der Generationenmythos. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2018, 70, (3), 469-494

Schulenburg, N.: Führung einer neuen Generation. Wie die Generation Y führen und geführt werden sollte. Wiesbaden 2016

Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. 6. Aufl., München, Jena 2005

Spurk, D., Abele, A. E., Volmer, J.: The Career Satisfaction Scale: Longitudinal measurement invariance and latent growth analysis. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 2011, 84, (2), 315-326. DOI:10.1111/j.2044-8325.2011.02028.x

Teney, C., Bürkin, K., Becker, R., Möser, S., Lenkewitz, S.: Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen. Forschungsbericht, Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Open Access: [<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53305-4>], Bremen 2017

Ulrich, G., Homberg, A., Karstens, S., Goetz, K., Mahler, C.: Die Arbeitszufriedenheit von Berufseinsteigern in den Gesundheitsberufen. Das Gesundheitswesen, 2019, 81, (2), 99-105. DOI:10.1055/s-0043-107873

Vogd, W.: Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus System- und interaktionstheoretischer Perspektive. Zeitschrift für Soziologie, 2002, 31(4), 294-315

Wolf, C. A., Ramseier, C. A.: Das Image der Zahnmedizin. Teil 1: Ergebnisse einer Literaturrecherche. Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, 2012, 122, (2), 121-126





## Teil II: Die zahnärztliche Versorgung

---

### Exkurs: Arbeitssoziologische Einordnung der Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte in den gesamtgesellschaftlichen Kontext

**Olaf Struck**

Die Arbeitssoziologie beschäftigt sich mit der Arbeit und ihrem Wandel. Übergänge ins Berufsleben sind aus arbeitssoziologischer Perspektive besonders spannend: Zum einen prägt der Übergang in das Berufsleben mit hoher Wahrscheinlichkeit den weiteren beruflichen Verlauf und damit Einkommens- und Lebenschancen von Menschen. Zum anderen lassen sich anhand von Übergängen wichtige Einflussgrößen für Karrieren am Arbeitsmarkt erforschen, darunter etwa die Bedeutung der sozialen Herkunft, der (hoch-)schulischen Ausbildung und auch der konjunkturellen und der demografischen Situation während des beruflichen Einstiegs.

Generell kann man sagen, dass Übergänge in das Berufsleben durch Bewältigung hoher Komplexität gekennzeichnet sind. Es sind Entscheidungen zwischen unterschiedlichen Bildungswegen und vielen, sehr verschiedenartigen Berufen zu treffen. Hierbei fühlen sich viele Menschen unsicher, die eigenen Ziele und Wünsche im Kontext ihrer sozialen Umwelt und den sich hier bietenden Möglichkeiten zu bestimmen, und diese dann in einer beruflichen Ausbildung, in einem Studium und später in einer beruflichen Tätigkeit umzusetzen.

Im Folgenden werden in einem ersten Abschnitt Wege in den Beruf nachvollzogen. Der Blick ist dabei insbesondere auf strukturelle, soziodemografische und familiäre Ursachen für gelingende Übergänge im Bildungssystem und fachlich adäquate und statusgerechte Wege in den Beruf gerichtet. Betrachtet werden zunächst die grundlegenden Merkmale für Bildungsverläufe und Berufseinstiege allgemein, wobei die Situation von Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern hierzu jeweils kurz ins Verhältnis gesetzt wird. Nachfolgend wird der Blick im Abschnitt 2 noch einmal spezieller auf Eintritte in eine selbstständige Tätigkeit und deren Ursachen gerichtet. Die Selbstständigkeit war und ist in der ambulanten Zahnmedizin immer noch die häufigste Form der Berufsausübung.

Insgesamt werden herkunftsabhängige Mechanismen deutlich, die an den verschiedenen Schwellen im Bildungssystem und im Übergang in den Beruf selektiv wirken. Mit Blick auf Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner zeigt sich zudem, dass diese auf ihrem Weg ins Berufsleben einen Sonderweg beschreiten. Dieser zeigt sich u. a. in einer in anderen universitären Fächern sehr unüblichen praxisnahen universitären Ausbildung und einer vergleichsweise homogenen Berufsperspektive, die in der Regel in wenige zahnmedizinische Erwerbsformen mündet. Zudem wird deutlich, dass mit zunehmendem Frauenanteil unter den behandelnden Zahnärzten auch die Option der Berufsausübung in eigener Praxis einen veränderten Stellenwert erhält.

## **1 Der Weg in den Beruf**

Empirische Untersuchungen verdeutlichen, dass die Phasen der Berufs- und Studienwahl sowie des Übergangs von der Ausbildung in das Berufsleben von jungen Menschen oftmals als stark beanspruchend erlebt werden (Nierobisch 2010; Griebel 2004): Erstens sind schwierige und komplexe Entscheidungen zu treffen. Es herrscht bei jungen Menschen zumeist noch Ungewissheit über die infrage kommenden Berufslaufbahnen. Persönliche, in der eigenen Lebenspraxis noch wenig erprobte und gefestigte Präferenzen müssen mit Informationen über die Arbeitswelt abgeglichen werden. Diese Informationen stehen generell jedoch nur selektiv zur Verfügung. Zweitens bestimmen frühe Entscheidungen die Richtung und auch die Stärke des Fundaments für die weitere Karriereentwicklung (Blossfeld 1990). Wie schon das Elternhaus und die Schule, sind auch eine berufsfachliche Ausbildung und ein Studium wichtige Steuerzentralen für die weiteren Teilhabechancen für den Erwerbsverlauf und für den Lebensverlauf insgesamt. Die Positionen und Rollen, die Menschen in der Familie, in der Berufsausbildung und dann schließlich im Beruf erlangen und zugewiesen bekommen, prägen die jeweils weiteren Schritte und Übergänge im Lebensverlauf mit.

Viele Menschen sind sich dieser prägenden Situation, die spätestens in den letzten Jahren der Schulzeit beginnt, bewusst. Vor allem junge Menschen spüren den Druck, unter den Bedingungen von Optionsvielfalt und Ungewissheit zu lernen und sich gut zwischen fachlich spezialisierten Bildungs- und Ausbildungsinhalten, Bildungs- und Ausbildungsarten und später Erwerbsformen sowie Arbeits- und Karrierebedingungen in Unternehmen zu entscheiden. Insbesondere der (hoch)schulisch vorbereitete Übergang in das Berufsleben fällt dann in eine ohnehin besonders ereignisreiche und strukturprägende Lebenssituation. Eine Phase, in der zudem nicht selten Orte gewechselt und häufig eigene Familien gegründet werden. Und es ist eine Phase, die durch wesentliche Einkommenssteigerungen gekennzeichnet ist (Fuller 2008, S. 158).

Hierbei sind junge Menschen unterschiedlich auf diese Lebenssituation vorbereitet. Im Folgenden werden zunächst Ungleichheiten beim Übergang in ein Studium und in den Beruf betrachtet. Danach werden strukturelle und familiäre Grundlagen erfolgreicher Wege und Bildungskarrieren von der Schule in den Beruf vorgestellt. Neben der Frage des dadurch bestimmten Niveaus eines beruflichen Einstiegs (vertikale Dimension) bestehen zugleich auch Unterschiede in der Wahl beruflicher Fachrichtungen (horizontale Dimension). Hierauf wird in zwei weiteren Abschnitten eingegangen. Am Ende des ersten Kapitels wird spezieller auf die Zahnmedizin Bezug genommen.

## 1.1 Ungleichheit beim Übergang in Studium und Beruf

Die empirischen Befunde der Arbeitssoziologie verdeutlichen: Ungleiche Bildungschancen sind eine wesentliche Ursache für unterschiedliche Erwerbsverläufe. Ungeachtet des Ausbaus des Bildungssystems und der gestiegenen Zahl höherer Bildungsabschlüsse sind die Bildungschancen nach wie vor sehr stark von der sozialen Herkunft abhängig. Betrachten wir die herkunftsabhängigen fortbestehenden Ungleichheiten, dann zeigt sich: Von 100 Kindern aus Akademikerhaushalten nehmen 79 ein Studium auf, 45 erlangen einen Master und 10 promovieren. Von 100 Kindern von Nicht-Akademikern nehmen dagegen nur 27 Kinder ein Studium auf, 8 erlangen einen Master und ein Kind promoviert (Stifterverband für die deutsche Wissenschaft 2017). Dabei ist insbesondere der Abschluss eines Studiums im Vergleich zu anderen Bildungsabschlüssen ein besonderer Garant für einen erfolgreichen Erwerbsverlauf (Bundesagentur für Arbeit 2019, S. 7) und für die Erzielung von Bildungsrenditen (Stüber 2017). Doch worin liegen die Ursachen von Ungleichheit?

Eine wesentliche Ursache ist, dass Bildung allgemein bzw. ein für eine Berufstätigkeit passgerechtes ausgebildetes spezifisches Humankapital die Produktivität erhöht. Humankapital ist das auf Ausbildung und Erziehung beruhende Leistungspotenzial von Arbeitskräften. Auf deren Produktivität sind Arbeitgeber (oder Selbstständige) angewiesen. Dementsprechend werden Absolventen eines Studiums umso besser ins Erwerbsleben eintreten können, „je höher und je passgenauer ihr Qualifikationsniveau ausfällt“ (Dietrich und Abraham 2018, S. 90). Dies wiederum bedeutet, dass hierbei jene Studiengänge, die Fertigkeiten und Fähigkeiten sehr praxisnah ausbilden, adäquate berufliche Platzierungen am Arbeitsmarkt besonders gut unterstützen.

Generell ist allerdings zu konstatieren: Ein eher reibungsloser Übergang vom Studium in den Beruf war und ist aufgrund der zumeist recht allgemein und breit qualifizierenden universitären Studiengänge nicht selbstverständlich. Eine zunehmende Anzahl an Universitätsabsolventen sowie eine abnehmende Nachfrage am Arbeitsmarkt in Zeiten wirtschaftlichen

Abschwungs haben den Übergang vom Studium in den Beruf lange Zeit erschwert: „Ein Vergleich der Absolventenstudien aus den 70er-, 80er- und 90er-Jahren lässt erkennen, dass die Übergangsphase in den Beruf immer aufwendiger, komplexer und auch langwieriger geworden ist [...]. Die Zahl der Bewerbungen wird höher, zwischenzeitige Gelegenheitsjobs und – meist kürzere – Phasen der Arbeitslosigkeit werden häufiger“, resümiert der Wissenschaftsrat (1999, S. 22 f.).

Diese allgemeine Aussage galt jedoch immer schon deutlich weniger für stärker praxisorientierte Studiengänge. So haben Abschlüsse im Maschinenbau, der Informatik und in der (Zahn-)Medizin statusangemessene Übergänge über die Jahrzehnte hinweg überdurchschnittlich gut ermöglicht. Dabei wird dann besonders in der Zahnmedizin die „Verknüpfung von Theorie und Praxis“ oder die „Vorbereitung auf den Beruf“ von Studierenden im Vergleich zu Studierenden anderer Fächer als besonders hoch bewertet (Fabian et al. 2016, S. 90 ff.). Dies ist auch ein Grund dafür, dass Studierende nach diesem Studium in qualifikationsangemessene berufliche Tätigkeiten einmünden.

Heute gilt zudem, dass Akademikerinnen und Akademiker insgesamt weit überwiegend ausbildungsadäquat beschäftigt sind, auch wenn ein Risiko unterwertiger Beschäftigung nach einem Studium für einen Teil der Frauen, zumeist aufgrund der Übernahme von Kinderbetreuungsaufgaben, und für Personen mit geringerer Bildungsherkunft und Migrantenstatus fortbesteht (Kracke 2016).

## **1.2 Strukturelle Grundlagen erfolgreicher Wege von der Schule in den Beruf**

Neben der fachlichen Ausrichtung und der Praxisnähe (wir kommen darauf noch zurück) bestehen soziodemografische und wirtschaftliche Strukturmerkmale, die sich auf verschiedene Bildungs- und Berufseintrittskohorten unterschiedlich auswirken. Das bedeutet, unterschiedliche Kohorten haben es einfacher oder schwerer bei ihren Übergängen in die Erwerbstätigkeit. Wesentliche Ursachen hierfür sind einerseits insbesondere konjunkturelle oder wirtschaftlich strukturelle Bedingungen zum Zeitpunkt des beruflichen Einstieges sowie andererseits soziodemografische Bedingungen und hier insbesondere die Zahl der altersgleichen Konkurrentinnen und Konkurrenten am Arbeitsmarkt sowie die Zahl altersbedingter Abgänge.

Aus demografischen Gründen hat die derzeitige Kohorte der Berufseinstiegerinnen und Berufseinstieger vergleichsweise günstige Bedingungen. Geburtenschwache Jahrgänge treffen auf eine Situation eines weitgehend ungebrochenen längerfristigen Wirtschaftswachstums bei gleichzeitig beginnender Verrentung der zahlenmäßig starken Kohorte der 1955-1969 geborenen Babyboomer. Die aktuelle kleine Geburtskohorte gerät in einen

Ein- und Aufstiegszog durch Altersübergänge der sehr großen Jahrgänge. Diese einmalig guten Bedingungen für berufliche Einstiege und dann auch für vergleichsweise erleichterte Aufstiege in freiwerdende Positionen zeichnet die Kohorte der nach 1985 Geborenen aus.

Diese Bedingungen haben Auswirkungen auf die Umsetzungschancen von Lebenszielen. Junge Geburtskohorten haben (unabhängig davon, ob sie unsachlich als X-, Y-, Z-Generation bezeichnet werden) keine substanziell anderen Werteinstellungen oder Lebensziele als ältere Geburtskohorten der sogenannten Nachkriegs- oder der darauffolgenden Babyboomer-Kohorte (Schröder 2018; Struck 2004). Allerdings lassen sich teilweise kohorten- und altersübergreifend allgemeine Trends beobachten, so etwa eine seit einigen Jahren verstärkte Bedeutung einer verbesserten Work-Life-Balance. Diese versuchen aber seit einiger Zeit, alle Geburtskohorten umzusetzen; es handelt sich um einen Periodeneffekt. Was sich dabei allerdings zwischen Geburtskohorten unterscheidet, sind verbesserte oder verschlechterte Bedingungen für die Umsetzung von Einstellungen und Zielen. Diese ergeben sich aufgrund von wirtschaftlichen oder demografischen Struktureffekten, die wiederum auf einzelne Gruppen in den jeweiligen Kohorten am Arbeitsmarkt unterschiedlich wirken. Im Ergebnis haben dann Mitglieder aktueller Berufseinstiegsgruppen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit dringend am Arbeitsmarkt gesucht sind, bessere Chancen, die über alle Geburtskohorten hinweg veränderten Werteinstellungen und Lebensziele, zu verwirklichen, als es vielen jungen Menschen beispielsweise vor 40 Jahren möglich war, als geburtenstarke Jahrgänge ihre Berufslaufbahn in einer konjunkturellen Abschwungphase begannen und es eine höhere Jugend- und Akademikerarbeitslosigkeit gab.

### **1.3 Humankapital und familiäre Sozialisation**

Neben den durch Konjunkturzyklen sowie durch wirtschaftlich, technisch und arbeitsmarktstrukturell allgemein beeinflussten Berufschancen ist auch die Herkunftsfamilie bedeutsam. Das hier geübte kulturelle Handeln, ihre sozialökonomische Position sowie deren soziales Umfeld sind wichtige Einflussgrößen für die Differenzen einer erfolgreichen Gestaltung des Weges zunächst durch das Bildungssystem und später dann auch für den Übergang in den Beruf (Blickle 2019; Bourdieu 1983; Boudon 1974; Struck 2019 auch zu dem Folgenden).

Eltern und Familienmitglieder sind Vorbilder und bieten kulturelles Kapital in der Lernumwelt von Kindern an. Durch die Sprache und den alltäglichen (Nicht-)Zugang zu Wissen und Wissensträgern werden Wahrnehmungs-, Denk-, Kommunikations- und Handlungsschemata geprägt. Diese wiederum beeinflussen sowohl direkt Lernleistungen als auch die Wahl der Schulform und Ausbildungsorte. Über eine hohe Aufmerksamkeit im Lernumfeld für das Lernen sowie für Lernerfolge werden zusammen mit engen

Bindungen und intensiver Kommunikation Selbstwirksamkeitserfahrungen und (Selbst-)Vertrauen von Kindern gestärkt. Diese wiederum prägen das weitere Leben (ebd.). Zudem bieten Eltern ökonomische Ressourcen und die Familie und ihr Umfeld ein soziales Netzwerk, das wiederum Perspektiven und Zugangschancen zu Informationen, Wissen oder auch zu beruflichen Positionen bieten kann (Burt 1992; Granovetter 1973). Die Herkunftsmerkmale sind es, die Übergänge im Bildungssystem (Ditton 2016; Georg 2008; Müller et al. 2002) und später in den Beruf gestalten helfen.

Untersuchungen über die Auswirkungen von Bildungssystemen mit dem Humankapitalansatz (Becker 1964) in Verbindung mit der Rational-Choice-Perspektive<sup>1</sup> (Braun und Gautschi 2011; Coleman 1995) und den Kapitalarten der Herkunftsfamilie (sozial, ökonomisch und kulturell) verdeutlichen (Bourdieu 1983), dass besonders drei Faktoren eine besondere Bedeutung für den Eintritt in ein Studium zuzumessen ist (Hillmert und Jacob 2002): Erstens wird ein Studium bei relativ hoher subjektiv empfundener Erfolgswahrscheinlichkeit gewählt (ebd.). Wichtig ist auch, dass diese Erfolgswahrscheinlichkeit mit Vertrauen in die eigenen Lernleistungen, höher ausgebildetem Humankapital sowie Informationen zu und einem Habitus der Vertrautheit mit höheren Bildungswegen und (akademischen) Berufen, etwa durch Familienangehörige und deren sozialem Umfeld assoziiert ist (Bourdieu 1983; Hartmann 2004; Morgan et al. 2013). Zweitens muss dabei zugleich ein relativ langer Zeithorizont sowohl für die Lern- und Ausbildungsphase als auch für die Amortisationszeit der Bildungsinvestitionen bestehen (Hillmert und Jacob 2002), der u. a. mit der Sicherheit über die Verfügung hinreichender ökonomischer Ressourcen einhergeht. Diese werden in der Regel wiederum von der Herkunftsfamilie aufgebracht. Herkunftsfamilien sind in unterschiedlichem Maße in der Lage, auftretende Kosten (etwa Verdienstaufschläge, lange Ausbildungszeiten oder teure Studienorte) zu tragen (Boudon 1974; Breen und Goldthorpe 1997). Drittens ist das erwartete Einkommensniveau relevant (Hillmert und Jacob 2002) und damit neben der Einkommenshöhe wiederum auch die erwartete Wahrscheinlichkeit, ein hohes Einkommen zu erzielen.

Auch wenn schulische und staatlich finanzielle Förderung sowie gezielte Informationen über Bildungswege die bestehende soziale Selektion mindern können, sind besonders die sozialen und bildungskulturellen Hintergründe in Familien wesentliche Bedingungen für gelingende Übergänge im Bildungssystem und darüber vermittelt dann auch im Erwerbssystem.

---

<sup>1</sup> Diese theoretischen Ansätze gehen zum einen von der Annahme aus, dass Handlungen auf für ein Individuum rationalen Handlungsentscheidungen basieren. Zum anderen wird festgestellt, dass gesellschaftliche Phänomene grundlegend nur über Analysen individueller Handlungen erklärt werden können.

## 1.4 Studien- und Berufswahl

Über diese Effekte erklären sich vertikale, d. h. auf Einkommen oder sozialem oder kulturellem Status beruhende, Ungleichheiten, etwa für die Entscheidung, überhaupt ein Studium aufzunehmen. Sie bestimmen aber auch feinere (horizontale) Unterschiede etwa in der Wahl des Studienfaches (Becker et al. 2010; Davies und Guppy 1997; Jacob und Klein 2013; Reimer und Pollak 2005). So wählen Studienberechtigte aus der oberen Dienstklasse bzw. Kinder von Akademikern deutlich überdurchschnittlich oft Studienrichtungen wie Medizin oder Rechtswissenschaft. Und ebenso ist dann ein herkunftsabhängiger Habitus auch für Studierende in Fächern mit hohem Prestige oder auch Numerus clausus, aber besonders auch für Erfolge bei Übergängen in sehr hohe Berufspositionen, etwa in der Wirtschaft, in juristischen und medizinischen Berufen, bedeutsam (Bourdieu 1983; Hartmann 2004). Auf der Basis habitueller Ähnlichkeiten mit den Akteuren im Berufsfeld unterstützen ein sozialisierter „Stallgeruch“ und die im Umfeld vertrauten Handlungen „wie selbstverständlich“ den Zugang und dann auch die Ausübung des Berufes.

Wenn es um die Erklärung inhaltlicher Entscheidungen und Neigungen (Heine und Spangenberg 2004, S. 200 f.) für ein Studienfach oder einen Beruf geht, dann wird zudem auf Sozialisationstheorien zurückgegriffen. Sozialisationstheorien stellen Prägungen von Präferenzen und Selbstkonzepte in den Mittelpunkt, wobei in der Regel angenommen wird, dass Vorlieben für bestimmte Berufe insbesondere durch Eltern (ebd.; Jonsson et al. 2009), aber teilweise auch durch andere einflussreiche Personen in der Familie oder im engeren Umkreis geprägt werden. Diese Personen vermitteln spezifisches Wissen über die von ihnen ausgeübten Berufe sowie auch Statusbewusstsein. Noch grundlegender werden aber besonders im Elternhaus früh Kompetenzen (Watermann und Baumert 2006) sowie Interessen und Werthaltungen entwickelt. Nach Holland (1996) sind dies etwa (a) handwerklich-technische, (b) forschende, (c) künstlerische, musische, (d) soziale Interessen oder auch Interesse an (e) Führung oder (f) verwaltenden Tätigkeiten, jeweils gepaart mit einem jeweiligen Anspruchsniveau bzw. Strebsamkeit (Judge und Kammeyer-Mueller 2012). Diese Interessen und Werthaltungen korrespondieren häufig mit den allgemeinen Kompetenzerfordernissen der beruflichen Tätigkeiten der Eltern.

Junge Menschen orientieren ihre Berufsziele an diesen ausgebildeten Interessenschwerpunkten und den hierin gewonnenen Kompetenzen (Holland 1996; Blickle 2019 auch zu dem Folgenden). Hierbei sind es dann allerdings nicht die „objektiven“ Fertigkeiten und Fähigkeiten allein, sondern auch die Selbsteinschätzung der Wirksamkeit der eigenen Fähigkeiten in der beruflichen Domäne, die über die Berufswahl oder das berufliche Einsatzgebiet entscheiden (Abele-Brehm und Stief 2004; Dobrow Riza und Heller 2015; Savickas 2002).



Dabei müssen solche Entscheidungen zum beruflichen Betätigungsfeld keineswegs dauerhaft sein. Sehen Menschen die Möglichkeiten, ihr berufliches Selbstkonzept (dazu auch Super 1963) umzusetzen als gefährdet an, dann orientieren sie sich um (Blickle 2019). In einer in diesem Zusammenhang zitierten Studie von Sieverding (1992) wird anhand einer Befragung von 450 Berliner Medizinstudierenden deutlich, dass insbesondere Frauen, die ein Medizinstudium abgeschlossen hatten, der Auffassung waren, für eine an das Studium anschließende Facharztausbildung in einer Klinik sei es erforderlich, ehrgeizig und leistungsorientiert, instrumentell und selbstsicher sowie aggressiv, dominant, cool, egoistisch, hart und offensiv aufzutreten. Ihren Präferenzen und ihrem Selbstkonzept entsprach dies jedoch nicht, sie wollten in der Klinik freundlich, hilfreich und herzlich sein. Über diese Differenz erklärt Sieverding dann, warum relativ viele Absolventinnen keine weitere Facharztausbildung in einer Klinik anstreben.

## 1.5 Übergänge in den Beruf

Sehr gut auf Einstiege in die berufliche Tätigkeit bereiten berufsfachliche Ausbildungen junge Menschen vor. Dies geschieht durch die Verbindung praktischen Lernens im Unternehmen mit schulischen, stärker auch theoretischem Lernen in Berufsschulen. Der Erfolg insbesondere auch der sogenannten Dualen Ausbildung verdeutlicht sich in den hohen Übernahmezahlen nach einer berufsfachlichen Ausbildung und einer im europäischen Vergleich außergewöhnlich geringen Jugendarbeitslosigkeit.

Bei den Übergängen zwischen Studium und Beruf ist die Situation differenzierter, denn Studiengänge unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bindung an konkrete Berufstätigkeiten. Es gibt Studiengänge, darunter besonders Examensfächer wie (Zahn-)Medizin oder Lehramtsstudiengänge, die Studierendenkollektive auf ein klares Berufsbild bzw. auf fest definierte Berufe vorbereiten. Dies gelingt – folgt man den Analysen der DZHW-Absolventenuntersuchung von 2016 – in diesen Ausbildungen gut. Mit dem höchsten Prozentwert von 95 % geben Humanmediziner etwa 10 Jahre nach Abschluss des Studiums an, ihr Studium sei volläquivalent zum Beruf. Im Gymnasial- und Berufsschullehramt sind es ebenfalls weit überdurchschnittliche 85 % (Euler et al. 2018, S. 83). Studierende dieser Fachrichtungen haben ihre berufliche Orientierung bereits bei der Studiengangentscheidung weitgehend abgeschlossen. Diese Studiengänge weisen eine vergleichsweise festgelegte Struktur und vorgegebene fachliche Inhalte auf. Die fachlichen Grundlagen werden in der Universität gelegt und die praktische Anwendung bzw. die Vorbereitung auf die Berufspraxis erfolgt über Praktika und Referendariat oder Assistenzzeiten. In der besonders praxisorientierten Zahnmedizin erfolgt die vergleichsweise starke Verbindung von Fachinhalten und Fachpraxis in berufspraktischen Kursen im Rahmen der universitären Ausbildung. Die Komplexität von Anforderungen, darunter auch soziale und ökonomische Kompetenzen und eine ver-

änderte Eigenverantwortung, die eine berufliche Ausübung mit sich bringt, kann während eines Studiums allerdings letztlich auch in diesen noch vergleichsweise nahe an der berufsfachlichen Praxis ausbildenden Studiengängen nur eingeschränkt simuliert werden.

Dabei sind diese eng an der Berufspraxis orientierten Studiengänge bedeutsame Sonderfälle, denn in der weit überwiegenden Mehrzahl der Studiengänge steht nicht die Nähe zu einem Beruf im Vordergrund, sondern die Übertragbarkeit fachlichen, theoretischen und methodischen Wissens auf sehr unterschiedliche Tätigkeitsbereiche. So orientiert etwa ein Studium der Betriebswirtschaftslehre, der Ingenieurwissenschaften oder der Rechtswissenschaft auf mehrere, allerdings immer noch fachlich vergleichbare Tätigkeitsfelder. Dabei sind jedoch während des Studiums Schwerpunktsetzungen für eine spätere berufliche Ausdifferenzierung notwendig. Konkrete berufliche Orientierungen hinsichtlich der Frage der fachlichen Spezialisierung oder auch der Frage der Art des Arbeitgebers werden erst im Verlauf des Studiums getroffen.

Eine noch deutlich größere Zahl von Studiengängen weist eine noch sehr viel größere Vielfalt an möglichen Tätigkeitsfeldern auf. In den Sprach- und Kulturwissenschaften, der Philosophie oder auch mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächern sind während des gesamten Verlaufs des Studiums fachliche Qualifikationen individuell und häufig in Kombination von Qualifikationen verschiedener Fächer durch die Studierenden selbst zusammenzustellen. Damit erwerben sie ein eher individuelles Berufsprofil. Vielfach sind zusätzliche Aktivitäten und Erfahrungen auch außerhalb des Studiums notwendig. Mit dem Eintritt in die Berufspraxis müssen die im Studium erworbenen fachlichen, theoretischen und methodischen Kompetenzen in Tätigkeitsbereiche hineintransferiert werden, die den studierten Disziplinen fernstehen. Hier besteht ein sehr hohes Maß an Selbstverantwortung für die Entwicklung und Ausgestaltung der eigenen beruflichen Perspektive während des Studiums sowie zumeist auch im Verlauf der beruflichen Tätigkeiten. Teilweise gelingt es dann auch nicht, entsprechend der Hochschulqualifikation beschäftigt zu sein. In den Sprach- und Kulturwissenschaften sind dies immerhin noch 72 %, in der Pädagogik lediglich 64 % und in Biologie 62 %. Bei den damals noch vorhandenen Magisterabschlüssen gelang dies nur 40 % (ebd.).

## 1.6 Übergänge in der Zahnmedizin

Berufliche Übergänge in der Zahnmedizin sind durch gewisse Besonderheiten gekennzeichnet, die sie teilweise mit anderen Examensfächern (Medizin, Rechtswissenschaft) teilen. Mit der Berufswahl Zahnmedizin bestehen, wie auch in anderen Fächern, die auf Professionsberufe vorbereiten und zudem mit hohem Numerus clausus verbunden sind, zunächst einmal eine Reihe erfolgreich zu überwindender Selektionsstufen. Die

Überwindung der Selektionsstufen geht mit besonderen Anforderungen einher. Sie wird erleichtert durch intellektuelle Fähigkeiten und Handlungs-routinen, die im familiären und sozialen Umfeld erworben wurden, und vorherige positive Selbstwirksamkeitserfahrungen. Dies bedeutet, bei Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin handelt es sich hinsichtlich der allgemeinen Bedingungen für Bildungs- und Arbeitsmarktübergänge in akademische Berufe um eine herkunftsspezifische Positivauswahl, da sie in ihrer Biografie schon vergleichsweise viele und schwere Selektionsprozesse erfolgreich überwunden haben.

Diese Gruppe hat sich in der Regel in (grober) Kenntnis des angestrebten Berufes für eine universitäre und damit wissenschaftsbasierte Ausbildung entschieden, die klar und eindeutig auf ein festes Berufsbild orientiert ist. Hinzu kommt, trotz möglicher Defizite, was eine tatsächliche Vorbereitung auf die Berufspraxis in einer (selbstständig geführten) Praxis angeht, dass in dem Studium in ungewöhnlich starkem Maße fachliche sowie auch praktisch angewendete medizinische Kenntnisse erworben werden, deren unmittelbarer praktischer Anwendungsbezug mit keiner anderen hochschulischen Ausbildung vergleichbar ist. Und nicht zuletzt bieten annähernde Vollbeschäftigung (Bundesagentur für Arbeit 2019) und eine berufsständisch geschützte Schließung gegenüber Konkurrenz anderer Berufsgruppen dieser selektiven Gruppe der Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin vergleichsweise hervorragende berufliche Perspektiven.

Ähnlich wie in anderen medizinischen Disziplinen sowie aktuell auch in IT- und vielen Ingenieurberufen haben Absolventen der Zahnmedizin vergleichsweise gute Voraussetzungen, zu Beginn ihrer beruflichen Karriere sowohl fachlich und ökonomisch Fuß fassen als auch allgemeine Lebensziele (etwa Zeitsouveränität) realisieren zu können. Mit einer Ausweitung von Vollbeschäftigung oder eines Fachkräftemangels auf andere Berufsgruppen wird dies vermutlich zukünftig auch noch weiteren Berufseinsteigern möglich sein. Gruppen am Arbeitsmarkt, für die Vollbeschäftigung herrscht oder die, wie die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, explizit zu Mangelberufen gerechnet werden ([www.mangelberufe.de/akademiker](http://www.mangelberufe.de/akademiker)), haben eine besonders gute Verhandlungsposition zur Umsetzung nicht nur ihrer unmittelbar beruflichen Interessen.

Besonders in der Zahnmedizin treffen in der beruflichen Frühphase jedoch auch noch weitere spezifische Bedingungen zusammen, die aus einem hohen Frauenanteil resultieren. Das Medizinstudium zählt zu den bekanntesten und beliebtesten Studienfächern (Nierobisch 2010, S. 108; Krüsmann 2017, S. 1), besonders auch für Frauen. Der Anteil weiblicher Studierender in der Medizin ist seit den 1970er-Jahren besonders deutlich gestiegen und übersteigt seit 1999 und weiter stetig zunehmend die Zahl der Männer (Statistisches Bundesamt 2020a). Dies ist zurückzuführen auf einen vergleichsweise strengen Numerus clausus, gepaart mit besseren Schulleistungen von Frauen (Klingenheben et al. 2019). Zugleich versu-

chen Frauen häufig einen beruflichen Karriereweg zu wählen, der es ihnen ermöglicht, berufliche Interessen und Familie miteinander zu vereinbaren. Allerdings gilt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Arztberuf als besonders schwer (Fuß et al. 2008). In einer qualitativen Studie gaben junge Zahnärztinnen an, dass sie das Studium der Zahnmedizin bewusst gewählt haben, um über den in der Regel vergleichsweise frühen Schritt in die ambulante Versorgung der häufigen Schichtarbeit sowie den häufigen Überstunden, die für die Mehrzahl anderer medizinischer Disziplinen im Krankenhaus bestehen, zu entgehen (Wilcke et al. 2016). Die Zahl der weiblichen Studierenden auch in der Zahnmedizin übersteigt seit dem Jahr 2000 die Zahl der Männer und beläuft sich nach Angaben der Bundeszahnärztekammer im Wintersemester 2018/19 auf einen Anteil von etwa 65 % (BZÄK 2019; Statistisches Bundesamt 2020b). Vor diesem Hintergrund werden in der zahnärztlichen Profession seit einigen Jahren die Folgen einer „Feminisierung der Zahnmedizin“ (Wilcke et al. 2016; Klingenheben et al. 2019) diskutiert, darunter ein Wunsch nach mehr Teilzeitarbeit oder festen und planbaren Arbeitsrhythmen. Auch diese Folgen haben ihre Ursachen letztlich in einer Situation von Vollbeschäftigung der Berufsgruppe, die ihre Ansprüche an eine familiengerechte Lebens- und Berufsgestaltung, wie etwa reduzierte Arbeitszeit, vergleichsweise gut umsetzen kann und auch umsetzt (Klingenheben et al. 2019). Knapp 19 % der aktiv tätigen weiblichen und männlichen Zahnärzte und Kieferorthopäden arbeiteten 2018 in Teilzeit. 2012 lag der Anteil noch ein Drittel darunter bei 12,7 % (Statistisches Bundesamt 2020c). Der Anteil in Teilzeit Beschäftigter in anderen Medizinberufen ist vergleichbar (infas 2018).

Seit 1.1.2007 eröffnet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Zahnärztinnen und Zahnärzten die Möglichkeit, nach einer Assistenzzeit nicht direkt eine eigene Praxis zu gründen, sondern im Angestelltenverhältnis als Zahnarzt zu arbeiten. Viele Zahnmediziner nutzen diese Option (BZÄK 2019). Teilweise bilden sie sich medizinisch-fachlich fort, teilweise machen sie sich auch mit dem komplexen Themenfeld der Gründung vertraut oder bauen eine Finanzierungsgrundlage auf. Eine Mehrheit der Zahnärzte strebt weiterhin eine Niederlassung in eigener Praxis an (Kettler und Klingenberg 2016). Gleichwohl ist aber auch zu berücksichtigen, dass die Phase eines Aufbaus einer Praxis mit erheblichen zeitlichen Beanspruchungen einhergeht. In der Lebensphase um die 30 Jahre fallen zeitlich sehr häufig eine noch nicht abgeschlossene berufliche Positionierung und eine Phase der frühen Elternschaft zusammen. In der vielfach gelebten häuslichen Arbeitsteilung bedeutet dies besonders für Frauen eine in dieser Lebensphase besonders hohe doppelte Beanspruchung. Die Phase einer Praxisgründung beansprucht in der Regel ebenfalls viel Zeit und die volle Aufmerksamkeit, etwa um hohe finanzielle und rechtliche Verantwortung tragen und um Risiken vermeiden zu können. Vor dem Hintergrund, dass der Anteil der Frauen unter den Absolventen der Zahnmedizin gestiegen ist und dieser Anteil den der Männer heute deutlich übersteigt, kann man erwarten, dass eine Gründung erst in einer Phase der relativen beruflichen

und familiären Sicherheit erfolgt. Zudem ist zu erwarten, dass Frauen aufgrund einer häufigeren größeren Verantwortungsübernahme für Kinder etwas später gründen als Männer. Wir werden im folgenden Abschnitt „2. Der Weg in die berufliche Selbstständigkeit“ darauf zurückkommen.

## 1.7 Zwischenfazit

Fassen wir zusammen: Insgesamt hat sich der Anteil der Akademiker an den Erwerbstätigen in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht. Dabei bleibt der Zugang zu Studienfächern und Berufen jedoch zwischen sozialen Herkunftsgruppen ungleich verteilt. Hierbei sind einerseits die Abwägung der erwarteten Kosten und des erwarteten Nutzens und dessen Eintrittswahrscheinlichkeit von Bedeutung. Kosten sind ein zunächst entgangenes Einkommen. Der Nutzen wird durch den zu erwartenden Studienerfolg sowie durch antizipierte berufliche, soziale und ökonomische Renditen sowie Anerkennung bestimmt. Die Eintrittswahrscheinlichkeit hängt insbesondere ab von dem in der familiären Sozialisation stark beeinflussten individuellen Leistungspotenzial, der erworbenen Selbstwirksamkeit, den berufsinhaltlichen Präferenzen sowie der erlebten kulturellen Distanz zu einem Studium. Hierbei bewahren Juristinnen und Juristen sowie (Zahn-)Medizinerinnen und (Zahn-)Mediziner sehr häufig einen hohen elterlichen oder familiären Status (Becker et al. 2010). Dies geschieht in diesen Professionen häufiger als in anderen Berufen auch darüber, dass sie – wie zuvor Mitglieder der Familie (Klingenberger 2018, S. 43) – eine Selbstständigkeit in einer eigenen Praxis aufnehmen. Wichtiger ist aber, dass im familiären Umfeld überhaupt Tatkraft und Initiative gelebt werden.

Zudem lässt sich festhalten, dass derzeit für junge Akademikerinnen und Akademiker, im Vergleich zu mittel- und geringqualifizierten Gruppen, hervorragende Berufschancen am Arbeitsmarkt bestehen. Entsprechend können Erwerbspersonen auch in (zahn-)medizinischen Berufen ihre Interessen, etwa nach Work-Life-Balance, Weiterbildung, Arbeitszeiten, Arbeitsort oder Verdienst aktuell besser umsetzen, als dies früher angehenden Zahnärzten in ihrer Einstiegszeit möglich war.

## 2 Der Weg in die berufliche Selbstständigkeit

Eine Möglichkeit der beruflichen Erwerbstätigkeit ist die Selbstständigkeit. Hier ist zunächst zu berücksichtigen, dass nicht jede Selbstständigkeit aus eigenem Wunsch getroffen wird, etwa um höhere Autonomie oder Einkommensvorstellungen umzusetzen. Mitunter wird dem Wunsch der Familie, etwa zur Übernahme eines Betriebes, gefolgt. Nicht selten wird eine, im allgemeinen Solo-Selbstständigkeit aber auch aus einer Not heraus angenommen, etwa um Arbeitslosigkeit zu vermeiden (Bögenhold 1987; Klingenberger 2018, S. 18).

Insgesamt nimmt die Zahl der Existenzgründungen ab. Zwischen 2008 und 2018 sank die Zahl um 32,4 % (IfM Bonn 2019). Eine wesentliche Ursache ist die stetige Verbesserung der Arbeitsmarktsituation innerhalb dieses Zeitraums. In einer solchen Situation entscheiden sich mehr Menschen für die Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung anstelle eines Schritts in die Selbstständigkeit (Fritsch et al. 2013). Dabei bestehen hinsichtlich der Aufnahme einer Selbstständigkeit Alters-, Geschlechter- und Qualifikationsdifferenzen sowie auch Unterschiede in der sozialen Herkunft.

## 2.1 Soziodemografische Merkmale

Betrachten wir zunächst soziodemografische Merkmale, dann zeigt sich, dass die Aufnahme einer Selbstständigkeit im Verlauf der letzten 10 Jahre bei beiden Geschlechtern abgenommen hat. Männer nehmen mit einem Anteil von etwa 70 % deutlich häufiger eine Selbstständigkeit auf als Frauen (Kay und Günterberg 2019). In einzelnen Wirtschaftszweigen bestehen hierbei jedoch deutliche Unterschiede. Nach der Gewerbeanzeigenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder lag der Frauenanteil an den Gründungen im Gesundheits- und Sozialwesen 2017 bei immerhin 76,6 % (2008: 78,6 %).

Mit Blick auf das Alter verdeutlicht sich, dass bei beiden Geschlechtern das Interesse an einer Selbstständigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt (Brixy et al. 2016). Nach den Daten des Global Entrepreneurship Monitor (GEM) liegt 2018 der Anteil von Gründungen („Total Early-Stage Entrepreneurial Activity – TEA) bei 5,99 % bei 18- bis 25-Jährigen, bei 6,64 % in der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen sowie bei 6,14 % bei 35- bis 44-Jährigen. Mit zunehmendem Alter sinkt es dann stetig und beträgt in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen 2,44 %. Interessant ist, dass 2018 in Deutschland erstmals seit Beginn der GEM-Datenreihen im Jahre 1999 die höchste TEA-Quote nicht bei den 35- bis 44-Jährigen, sondern bei den 25- bis 34-Jährigen zu beobachten ist. Ob es sich um einen singulären Effekt handelt oder ob ein Trend hin zu jüngeren Gründern auszumachen ist, bleibt abzuwarten (Sternberg et al. 2019, S. 21).

Unter den jungen Menschen, die sich selbstständig machen, befinden sich häufig junge Frauen (Brixy et al. 2015; Brixy et al. 2016). Bei diesen ist oftmals auch die Betreuung von Kindern die Ursache. Nicht selten wählen sie hierbei eine Selbstständigkeit „aus der Not heraus“, da ein zeitlich, qualifikatorisch oder finanziell geeignetes Lohnarbeitsverhältnis nicht zur Verfügung steht. Selbstständigkeit wird häufig mit größerer Flexibilität und freierer Zeiteinteilung assoziiert (Arndt 2011, S. 7; Bliemeister 2014, S. 103). Das zeigt sich zum einen an den Arbeitszeiten: „Existenzgründerinnen mit Kindern arbeiten im Schnitt 36 Stunden in der Woche – Gründerinnen ohne Kinder kommen auf 47 Stunden“ (Röhl 2018).

Eine weitere Determinante für Gründungen ist die Qualifikation. Mit der Höhe des formalen Abschlusses und damit in der Regel fachlich und allgemein höheren Kompetenzen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Existenzgründung. Dabei ist der Altersschnitt von Akademikern beim Eintritt in die Selbstständigkeit etwas geringer als beim Durchschnitt der Gründerinnen und Gründer. Er liegt in der Altersgruppe etwa zwischen 32 und 35 Jahren.

## **2.2 Humankapital und familiäre Grundlagen für Selbstständigkeit**

Die Mechanismen, die den Schritt zur Selbstständigkeit begründen, sind mit denen der zuvor beschriebenen Berufswahl vergleichbar. Für die Gründung eines Unternehmens ist es wichtig, über das hierfür notwendige Wissen zu verfügen. Allein Personen, die davon überzeugt sind, diese Eignungen und Kenntnisse zu besitzen, werden eine Gründung ins Auge fassen. Hierbei sind dann nicht allein der „objektive“ Wissensstand und der branchenfachliche und kaufmännische Erfahrungsschatz entscheidend, als vielmehr die subjektive Einschätzung dieser Kompetenzen sowie die Erwartungen ihrer späteren Verwertung.

So können Annahmen der Humankapitaltheorie (Becker 1964) auch auf die Aufnahme einer Selbstständigkeit übertragen werden (Davidson und Honing 2003). Demnach erwarten Selbstständige, dass sich ihre Investitionen einerseits in branchenspezifische Qualifikationen und Erfahrungen mit Produkten, Herstellungsverfahren, Märkten und andererseits in unternehmerische Erfahrungen, wie betriebswirtschaftliche und rechtliche Kenntnisse, (Mitarbeiter-)Führungskompetenz, Vernetzungskompetenz (Preisendörfer und Voss 1990, S. 113) im Rahmen einer Selbstständigkeit als besonders ertragreich erweisen.

Schulen und Universitäten bereiten auf eine eigenständige Existenzgründung nicht vor. Dieser Umstand wird in einem Kriterienkatalog mit als hemmend oder als förderlich erfahrenen Faktoren von Gründerinnen und Gründern mit sehr deutlichem Abstand als am hinderlichsten bewertet. Im Vergleich dazu wird etwa die Finanzierung als weder förderlich noch hemmend wahrgenommen und öffentliche Förder- und Beratungsleistungen werden eher als förderlich bewertet (Sternberg et al. 2019). Betriebswirtschaftliche und rechtliche Kenntnisse für eine Gründung, die über die spezifisch berufsfachlichen hinausreichen, müssen dann vor allem im eigenen beruflichen Umfeld, etwa in einer Assistenzzeit, erworben werden. Teilweise sind Familienmitglieder oder enge Freunde im gleichen beruflichen Feld selbstständig tätig und können den komplexen Prozess einer Unternehmensgründung unterstützen.

Vergleichbar den zuvor getätigten Ausführungen zu Bildungserfolg und Berufswahl werden auch beim Einstieg in die Selbstständigkeit grundlegende Qualifikationen sowie branchenspezifische und kaufmännische



Erfahrungen, die Aspirationen und die eigene „Erwünschtheit“ von Gründung (Shapero 1984) aber vielfach auch schon im Familienkontext in besonders natürlicher und umfänglicher Weise erworben (Brüderl et al. 1996; Hisrich 1990; Lang-von Wins 2004; Schmitt-Rodermund und Silber-eisen 1999; Schmitt-Rodermund 2004): Der soziale Umgang mit Angestellten oder Kunden wird beobachtet oder debattiert und Marktsituationen sowie fachliche und betriebswirtschaftliche Grundfertigkeiten werden kennengelernt. Sofern diese Erfahrungen im sozialen Umfeld und dann später in der Assistenzzeit im unmittelbaren oder mittelbaren Umfeld zugleich auch mit positiven Erfolgsmerkmalen, wie etwa sozialer Anerkennung oder wirtschaftlich gutem Auskommen u. Ä., verbunden werden können und darüber auch der erwartete Nutzen einer möglichen eigenen Selbstständigkeit als hoch angesehen wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, eine eigene Selbstständigkeit überhaupt anzustreben (Ajzen und Fishbein 1980; Krueger 1993; Scherer et al. 1989).

Zusätzlich wirken familiär beeinflusste Selektionsprozesse, um Schwellen für eine Gründung subjektiv zu mindern und zu überwinden. Neben der besseren Vorbereitung einer Existenzgründung unterstützen finanzielle Mittel sowie ggf. familiäre Bürgschaften die Kreditwürdigkeit für Gründungen.

Informationen über Möglichkeiten und Erträge von Gründung oder Maßnahmen der finanziellen Unterstützung sowie zur Risikominderung können die Gründungsentscheidungen positiv unterstützen. Beratungseinrichtungen etwa von Kammern und Verbänden können Informationen u. Ä. über Möglichkeiten und Erträge von Existenzgründungen anbieten. Staat und Kommunen können finanzielle Förderungen oder Rahmenbedingungen der Risikominderung bereitstellen. Dabei sollen insbesondere jene Personen, denen Branchen- und Unternehmenserfahrungen fehlen und die entsprechend unsicher oder ängstlich sind, die Kosten, die Komplexität und den Nutzen abzuschätzen, partiell unterstützt werden. Allerdings kann erwartet werden, dass nicht vorhandene früh und langfristig erworbene habituelle Erfahrungen mit Selbstständigkeit in der Familie, darunter eine sozialisationserworbene Selbstwirksamkeit hinsichtlich gründungsrelevanter Fähigkeiten sowie positiv ausgerichtete Nutzenerwartungen von Gründungen (Ajzen 1991; Bourdieu 1983; Krueger 1993) nicht oder nur eingeschränkt durch punktuelle Beratungsangebote kompensiert werden können.

Erfolgsversprechender könnte es sein, junge Menschen während des Studiums oder spätestens nach ihrem Übergang in die erste Berufstätigkeit mit erfolgreichen Gründern zusammenzubringen (Praktika, Patenmodelle, Stammtische u. a.). Zudem sind grundlegende betriebswirtschaftliche und rechtliche Kenntnisse zu vermitteln, die befähigen, eine Unternehmung zu gründen. Insofern das Lehrpersonal etwa an Universitäten aufgrund mangelnder eigener Erfahrungen in der Regel hierfür nicht geeignet ist, sind vermutlich attraktive Weiterbildungsangebote für junge Nachwuchskräfte ein realistischer Weg, die notwendigen Kenntnisse zu Förderstrukturen,



rechtlichen Grundlagen und zur Führung eines Unternehmens jungen Menschen nahezubringen.

### **2.3 Selbstständigkeit in der Zahnmedizin**

Insgesamt ist die Anzahl der zahnärztlich tätigen Zahnärzte in den letzten Jahren gestiegen, von ca. 65.000 in 2004 auf 72.592 in 2018. Dabei nähert sich die Zahl der Frauen insgesamt recht schnell der derzeit noch höheren Zahl der Männer an; der Frauenanteil 2018 beträgt knapp 46 % (Statista 2020; BZÄK 2019).

Gleichzeitig ist die Zahl der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte (wie in den ambulanten medizinischen Berufen insgesamt) in den letzten 10 Jahren um knapp 9 Prozentpunkte auf 50.022 Selbstständige gesunken (BZÄK 2019; IFB 2019). Auch hier nähert sich die Zahl der Frauen stetig dem Anteil der Männer an, jedoch weniger deutlich als im Gesamtbild der zahnärztlich tätigen Zahnärzte. Betrug der Anteil der freiberuflichen Frauen Anfang 2001 ca. 34 %, so lag der Frauenanteil 18 Jahre später nur geringfügig höher, bei 38,4 % (ebd.).

In Professionsberufen und hier noch einmal besonders auch bei Zahnärztinnen und Zahnärzten ist der Schritt in die Selbstständigkeit ein sehr häufiger Schritt im Rahmen der Berufsausübung. Vergleichsweise große Anteile Selbstständiger finden sich auch in der Psychologie mit 43 %, in den Rechtswissenschaften mit 40 %, bei Architekten mit 33 % und in der Human- und Zahnmedizin mit 38 % (Bundesagentur für Arbeit 2019, S. 11). Betrachtet man bei den medizinischen Berufen allerdings allein die Zahnmedizin, dann liegt deren Quote nochmals deutlich höher bei etwa 69 %. Bei keinem anderen Studium ist die Homogenität in der Wahl des Berufswegs so groß wie in der Zahnmedizin.

Der Weg in die Selbstständigkeit erfolgt in der Zahnmedizin sowohl im Vergleich zu anderen medizinischen Berufen als etwa auch im Vergleich zur Rechtsprofession, Steuerberatung oder Wirtschaftsprüfung etc. in der Regel häufiger. Nach einem Abschluss des zahnmedizinischen Studiums ist eine zweijährige Assistenzphase in einer Zahnarztpraxis notwendig, um eine Kassenzulassung erhalten zu können. Hier kann, bei einem ungebrochenen Verlauf, eine Gründung durchaus bis zum Alter um die 30 erfolgen. In der Regel arbeiten Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner zunächst aber etwas länger in abhängiger Beschäftigung in Kliniken oder in Praxen, als dies für eine formelle Kassenzulassung notwendig wäre. Dies beispielsweise, um Erfahrungen zu sammeln, auf die Übernahme eines geeigneten Praxissitzes zu warten bzw. einen Sitz für eine Praxis zu suchen oder die Familiengründung abzuschließen. Hier erfolgt für viele Beschäftigte der Übergang in die Selbstständigkeit in deutlich späterem Alter, bis um die 40 Jahre. Das Durchschnittsalter bei der Existenzgründung von Zahnärztin-

nen und Zahnärzten liegt bei etwa 36 Jahren und damit etwas über dem Durchschnitt aller Akademikergruppen. Frauen sind bei Gründung im Schnitt etwa zwei Jahre älter als Männer (Klingenberg und Köhler 2019, S. 19). Im Jahr 1992 waren noch 24 % der Zahnärzte bei der Existenzgründung unter 30 Jahren, im Jahr 2016 hingegen nur 7 % (Klingenberg 2018, S. 39 f.). Warum Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Niederlassung älter sind als andere Akademikergruppen, ist eine offene Forschungsfrage. Möglich wäre, dass Gründungen in der (Zahn-)Medizin weder aus einer Not heraus noch neben einem Studium oder einer Festanstellung erfolgen (wie etwa bei Softwareprogrammierern u. Ä.). Demgegenüber ist eine Gründung – wie in Abschnitt 1.5. angesprochen – sorgsam vorzubereiten und dies ist im Rahmen einer Anstellung als Zahnarzt in einer Praxis fachlich nahe am notwendigen Wissensstand möglich.

Mit der Gründung oder der Übernahme einer allgemeinzahnärztlichen Praxis sind dann zunächst erhebliche Investitionen verbunden, die je nach Art der Existenzgründung für die Einrichtung, Modernisierung, für die Übernahme oder den Einstieg in eine Praxis zu zahlen sind. Für eine allgemeinzahnärztliche Einzelpraxisneugründung betrug das benötigte Finanzvolumen in 2018 im Schnitt in Westdeutschland etwa 600.000 Euro und für eine Übernahme einer Einzelpraxis etwa 415.000 Euro. In Ostdeutschland liegt das für eine Einzelpraxisübernahme benötigte Finanzvolumen ca. 42 % unter diesem Wert (Klingenberg und Köhler 2019, S. 24 ff.). Bei Berufsausübungsgemeinschaften liegen die Kosten um etwa ein Drittel niedriger (Klingenberg 2018, S. 70).

Die Gründung selbst folgt bei Professionsgruppen, etwa bei Rechtsanwälten, Ärzten oder Zahnärzten, in der Regel einem klar bestimmten Geschäftsmodell. Dieses ist bei der Mehrzahl jener, die sich selbstständig machen wollen, komplexer und unsicherer. Sie benötigen sehr häufig zunächst eine neue und marktfähige Idee und müssen Ressourcen effektiv kombinieren, um eine identifizierte Marktlücke effizient und profitversprechend füllen zu können. Anders in medizinischen Berufen, bei denen bei einer Gründung sowohl hohe finanzielle Lasten wie auch rechtlich komplexe Regelungen bestehen, die jene in vielen anderen freien Berufen deutlich übersteigen. Aber zugleich verlaufen Praxisübernahmen oder -gründungen in einem vergleichsweise gut abschätzbaren geschäftlichen Korridor. Hierdurch sind Gründungen für diese Berufsgruppen – obgleich der (über-)komplexen Regelungen – vergleichsweise attraktiv, was sich auch in den deutlich höheren Anteilen von Gründungen, gemessen an anderen Berufsgruppen und auch gemessen an medizinischen Fachgebieten, widerspiegelt.

Bei (Zahn-)Medizinern wird nicht selten eine bestehende Praxis mit Kundenkreis und vergleichsweise klar vorstrukturierten (und ggf. auch effektiven) Ressourcen übernommen. Auch bei einer Neueröffnung sind das allgemeine Geschäftsmodell und die betriebliche Grundstruktur weitestge-

hend manifest. Selbstverständlich sind der Ort der Praxis, Kundenmerkmale und der Stand der Technik zu beurteilen und ggf. anzupassen (Franke 2010). Als problematisch und schwierig bei Gründungen gelten insbesondere bürokratische Hürden sowie Informationsdefizite und Personalprobleme, darunter zunehmend auch die Rekrutierung (Wilcke et al. 2016; Statistisches Bundesamt 2015). Derartige Probleme sind durchaus bedeutsam und binden sehr viel Kraft und Zeit. Aber die meisten dieser Probleme sind nicht (zahn-)medizinischspezifisch. Sie werden grundsätzlich über alle Branchen hinweg genannt (Leifels 2017), was sie in ihrer Bedeutung allerdings eher steigert als mindert. Grundsätzlich gilt aber auch, dass das Erleben einer Situation als Problem immer auch ein Phänomen ist, das mit jedem Übergang zwischen neuen Statuspassagen einhergeht. Übergänge erfordern immer auch neues Wissen und mühsame Neuanpassungen (Glaser und Strauss 1971, S. 142). Dies gilt besonders für einen Schritt in die Selbstständigkeit, sofern dieser Übergang nicht familiär oder im nächsten sozialen Umfeld als vertraut und „selbstverständlich“ wahrgenommen wird, was aber selten der Fall ist.

Nach einer Befragung von angestellten Zahnärzten (Heidner 2019, S. 32 f.) planen rund 58 % mit absoluter Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit eine Selbstständigkeit. Dabei orientieren sich etwa 35 % auf eine Selbstständigkeit in einer Einzelpraxis, etwa 39 % in einer Berufsausübungsgemeinschaft und etwa 24 % sehen sich in einer Praxisgemeinschaft. Hier zeigt sich eine Verschiebung von Präferenzen. Zunehmend denken junge Zahnärztinnen und Zahnärzte daran, ob und wie sie Vorteile einer kooperativen Berufsausübungsform wie effizientere Kapitalnutzung, bessere Personal-, Raum- und Gerätenutzung, Flexibilität im Arbeitsalltag und damit auch bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie nutzen können (ebd. S. 33). Ob diese Vorteile dann im tatsächlichen Entscheidungsprozess für eine Praxisform den Ausschlag geben werden und in welchem Verhältnis diese Vorteile zu antizipierten Nachteilen gesehen werden, etwa einer geringeren Selbstbestimmung bei grundsätzlichen Zeit-, (Investitions-)Kostenentscheidungen etc., ist eine offene Frage, die nicht eins zu eins den unverbindlich geäußerten Präferenzen einer Umfrage entsprechen muss.

Heute wird die Balance zwischen Beruf und Privatleben höher gewichtet als früher. Dies wiederum insbesondere von den Berufsgruppen, die diesbezügliche Vorstellungen auch im Berufsleben durchsetzen können. Es besteht in einigen Berufsbereichen, darunter der (Zahn-)Medizin, nahezu Vollbeschäftigung. Hier sind Erwerbspersonen in der Lage, gesamtgesellschaftlich bestehende Vorstellungen etwa nach Work-Life-Balance oder reduzierten Arbeitszeiten tatsächlich auch in jüngeren Jahren zu thematisieren und durchzusetzen. In den ersten Jahren des Berufseinstieges kumulieren Beanspruchungen der Familienbildung, der neuen Erfahrungen in der Berufspraxis, Ortsveränderung u. a. Insgesamt gewichten Frauen die Balance zwischen Beruf und Familie höher als Männer. Und sie sind es dann auch, die oftmals die Sorgearbeit übernehmen (Abele 2003; Becker-

Schmidt 2008; Grunow 2013). Für die Frage der Berufswahl zwischen medizinischen Disziplinen wurde festgestellt, dass die erwarteten besseren Arbeitszeiten die Wahl besonders von Frauen mitbestimmen (Wilcke et al. 2016). Für die Frage der Selbstständigkeit könnte dies bedeuten, dass eine mögliche Zeitflexibilität oder eine einfacher zu organisierende Praxisvertretung (ebd.; Oberlander et al. 2010) die Entscheidung häufiger in Richtung einer Mehr-Behandler-Praxis beeinflusst.

Bei den bestehenden Wahlfreiheiten der heutigen Berufseinsteiger wird es nicht einfach sein, einem sogenannten „Landarztmangel“ (Auschra 2018; Kettler et al. 2018) zu begegnen. Dies aus mehreren Gründen. Grundsätzlich haben wir es besonders noch einmal bei jüngeren und qualifizierten Gruppen mit Wanderungen in sogenannte Agglomerationsräume bzw. Ballungsgebiete zu tun, darunter insbesondere noch einmal mehr im Süden Deutschlands als im Norden oder Osten (Ganesch et al. 2020). Ballungsregionen und Städte wachsen stetig an und der ländliche Raum verliert seit längerem Einwohner. Knapp 60 % der Menschen leben in Städten mit mehr als 20.000 Menschen. Hinzu kommen noch Einwohner in ballungsnahen Gemeinden. Besonders für qualifizierte Gruppen bestehen in städtischen Regionen bessere Verwertungsmöglichkeiten des eigenen hohen und spezifischen Humankapitals als in wirtschaftlich und bevölkerungsstrukturell ausgedünnten Regionen (ebd.; Bauer et al. 2019). Akademische Gruppen studieren zumeist in größeren Universitätsstädten, die zugleich auch auf die kulturellen und sozialen Bedürfnisse dieser jungen Erwachsenen eingerichtet sind. Solche Städte in Richtung ländlicherer Strukturen zu verlassen, ist ein vergleichsweise größerer Schritt. Gleichwohl wird nicht selten aus Kostengründen in die Umlandgemeinden und kleineren Städte der Ballungsregionen gewechselt, jedoch Anschluss an den Ballungsraum gehalten. Teilweise werden in dieser Phase des Studiums neue und feste Freundschaften geschlossen, die ebenfalls binden können. Im Fall von Partnerschaften, die in der Regel bildungshomogam eingegangen werden (Blossfeld und Timm 1997), besteht dann obendrein eine Herausforderung, wenn beide akademischen Partner eine nach Niveau und Fachlichkeit angemessene Stelle suchen. Wiederum ist dies in stärkeren und engeren Wirtschaftsräumen wahrscheinlicher als in ländlichen Regionen. Hinzu kommt mit Blick auf die spezifische Gruppe der jungen Erwachsenen, dass Kindergärten und schulische und soziale Versorgungsstrukturen für Kinder auf dem Land in der Regel weniger vielfältig und schlechter zu erreichen sind als in der Stadt. Wenn Alternativen in größeren oder kleineren Städten bestehen, dann kann die Attraktivität einer Praxis auf dem Land, ohne dass eine Nähe zur Stadt besteht, besonders auch für jüngere Frauen eingeschränkt sein. Allerdings: In einer verkehrsinfrastrukturell und mehrheitlich dicht besiedelten Struktur, wie sie in Deutschland in den meisten Regionen vorherrschend ist, sollte eine ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen über mobile Wege der Anreise von Patienten oder Ärzten zu Praxissitzen möglich sein, ohne hierbei eine individuelle Wohnsitzattraktivität einzuschränken.

### 3 Fazit

Ziel des Kapitels war es, Wege in den Beruf nachzuvollziehen und hierbei strukturelle, soziodemografische und familiäre Ursachen für gelingende Übergänge im Bildungssystem und fachlich adäquate und statusgerechte Wege in den Beruf sowie in die berufliche Selbstständigkeit zu identifizieren. Dabei wurde die Situation bei Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern zu anderen Berufsgruppen ins Verhältnis gesetzt.

Deutlich wurde: Übergänge in das Berufsleben sind durch Bewältigung hoher Komplexität gekennzeichnet. Für den Weg durch das Bildungssystem und den Übergang in Beruf und Selbstständigkeit können dann insbesondere herkunftsabhängige, selektiv wirkende Mechanismen beschrieben werden, die an den verschiedenen Statusübergängen wirken.

Es sind insbesondere familiär beeinflusste soziale, habituelle und ökonomische Herkunftseffekte, die Wahrnehmungen und subjektive Relationen von Kosten und Nutzen, Informationen und Selbstwirksamkeit beeinflussen. Sie können geeignet sein, Schwellen bei Übergängen im Bildungssystem und beim Übergang in den Beruf sowie in Selbstständigkeit zu überwinden. Eine Knappheit am Arbeitsmarkt von selektiv, allgemein und spezifisch gut ausgebildeten Gruppen bedingt, dass diese Gruppen besonders gute Erwerbsbedingungen vorfinden und zugleich auch Anforderungen hinsichtlich privater Lebensumstände bzw. einer verbesserten Work-Life-Balance umsetzen können.

Bezieht man die Lebensumstände von Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern mit ein, dann zeigt sich, dass diese Berufsgruppe, wie Mediziner insgesamt, einen vergleichsweise exklusiven Sonderweg beschreiten. Dieser Sonderweg basiert auf Selektionsprozessen in Zugängen zu höheren Bildungslaufbahnen, die in der Regel insbesondere auch durch Bedingungen in der Herkunftsfamilie bewältigt wurden. Der Weg führt dann über eine für einen universitären Abschluss sehr praxisnahe Ausbildung in einen berufsständisch geschützten und am Markt gesuchten Beruf.

Diese strukturellen Bedingungen sind im Grundsatz gut geeignet, eigene Interessen etwa an Work-Life-Balance, Weiterbildung, Arbeitszeiten, Arbeitsort oder Erwerbseinkommen besonders gut umzusetzen. Dabei ist zu vermuten, dass Arbeitsorten weniger im ländlichen Raum und eher in mittleren und größeren Städten der Vorzug gegeben wird. Mit ihrer Qualifikation und Marktstellung sind Zahnärzte auch in abhängigen Beschäftigtenverhältnissen stark aufgestellt und können gegenüber Arbeitgebern vergleichsweise gute Bedingungen aushandeln. Es kann erwartet werden, dass (aufgrund familiärer Arbeitsteilung insbesondere) Zahnärztinnen häufiger als derzeit schon in Angestelltenverhältnissen arbeiten werden. Gleichwohl bestehen aber immer noch auch gute und vergleichsweise gesicherte Bedingungen für eine freie und noch selbstbestimmtere Berufs-

ausübung in einer eigenen Praxis, ggf. zusammen mit Kolleginnen und Kollegen.

Zahnärztinnen und -ärzte werden für die Ausübung der Zahnheilkunde und damit auch für die zahnmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten ausgebildet (neue ZApprO § 1). Mit Abschluss des Studiums und Übergang in das Berufsleben haben sie bereits einen wesentlichen Schritt auf ihrem beruflichen Weg bewältigt; die Grundlage für ihre nun folgende berufliche Laufbahn ist damit gelegt.

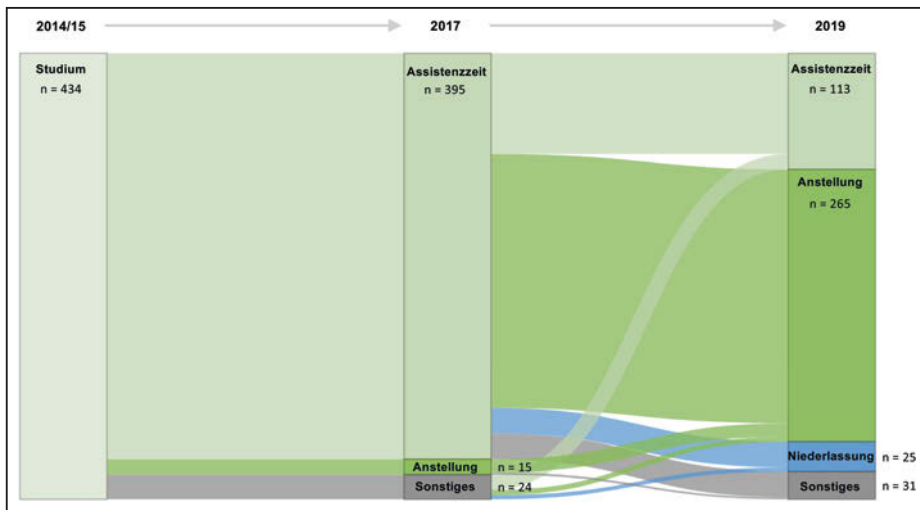
Offen ist jedoch, ob anschließend ausreichend angemessen ausgebildete Zahnärztinnen und -ärzte dort ankommen, wo sie benötigt werden, um die zahnärztliche Versorgung auch zukünftig zu garantieren. In den folgenden drei Kapiteln soll diese Frage beantwortet werden. Die ersten Jahre der beruflichen Laufbahn junger Zahnärztinnen und -ärzte werden mit Fokus darauf betrachtet, wie Entscheidungen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte direkt und indirekt die zahnärztliche Versorgung beeinflussen. Die arbeitssoziologische Betrachtung des vorangegangenen Exkurses ermöglicht, im Folgenden aufgezeigte Handlungsmuster und Einstellungen junger Zahnärztinnen und -ärzte in ihren ersten Berufsjahren in den gesamtgesellschaftlichen Kontext einzuordnen.

Das erste Kapitel greift die Frage auf, wie viele (ausgebildete) Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Patientenversorgung tätig sein werden und inwiefern Wünsche nach Teilzeittätigkeit die Versorgung beeinflussen. Es wird dargestellt, mit welchen Entwicklungen bezüglich ihrer Berufstätigkeit zu rechnen ist, vor allem der Tätigkeit in Anstellung oder in Niederlassung. Die wohnortnahe, regionale Versorgung wird im zweiten Kapitel erörtert. Abschließend fokussiert das dritte Kapitel auf die Angemessenheit der Versorgung, sowohl zahnmedizinisch-fachlich auf Versorgungsbedarfe als auch unternehmerisch-ökonomisch auf eine mögliche Tätigkeit in der Niederlassung.

## Kapitel 1: Der Weg junger Zahnärztinnen und Zahnärzte in die Versorgung

### 1.1 Entwicklung des Berufswegs in den ersten Berufsjahren

Ausgehend von ihrem letzten Studienjahr (9. oder 10. Fachsemester) wurden die jungen Zahnärztinnen und -ärzte im Rahmen der Studie Y-Dent in ihren ersten Berufsjahren begleitet. Mehrheitlich schließt sich für sie nach ihrem Staatsexamen die Zeit als Vorbereitungsassistent<sup>2</sup> an; nur wenige Studienteilnehmende sind im ersten Jahr nach dem Staatsexamen (noch) nicht in der zahnärztlichen Praxis angekommen (Abb. II.1.1).



**Abbildung II.1.1:** Wie verlief der Berufsweg der Studienteilnehmenden in den ersten Jahren nach dem Studium? Dargestellt ist der berufliche Status der Teilnehmenden, die an allen drei Befragungen teilgenommen haben, in den Jahren 2014/15, 2017 und 2019. Über die farblichen Verläufe zwischen den Säulen lassen sich die Wege einzelner Teilnehmender verfolgen

Wie der Berufsweg dieser jungen Zahnärztinnen und -ärzte vermutlich in Zukunft aussehen könnte, welche Intentionen sie für ihre berufliche Zukunft haben und welchen Beitrag sie voraussichtlich für die künftige Versorgung leisten könnten, wird in den folgenden Abschnitten betrachtet. Zunächst wenden wir uns der Frage zu, wie viele junge Zahnärztinnen und -ärzte zukünftig voraussichtlich in der Patientenversorgung tätig sein werden.

<sup>2</sup> Unter „Assistenzzeit“ sind in Abb. II.1.1 Vorbereitungsassistentinnen/-assistenten, Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten sowie Entlastungsassistentinnen/-assistenten zusammengefasst.



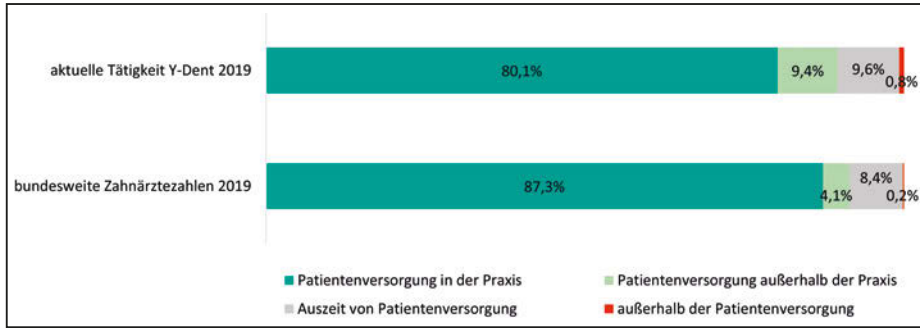
## 1.2 Der Weg in die Patientenversorgung in Deutschland

Der überwiegende Teil junger Zahnärztinnen und -ärzte äußert bereits im Studium den Wunsch, behandelnd tätig zu sein. Mit dem Übergang in das Berufsleben bleibt dieser Wunsch bei vielen Befragten erhalten oder verstärkt sich sogar. Lediglich bei 3,6 % der Studienteilnehmenden ist schon vor dem Eintritt ins eigentliche Berufsleben der Wunsch zu behandeln nur schwach oder sogar sehr schwach ausgeprägt. Auch in den gesamten ersten Berufsjahren sind es nie mehr als 4 % der Teilnehmenden, die (eher) nicht behandeln möchten.

Im Gegensatz dazu beobachtet man im allgemeinmedizinischen Bereich seit einigen Jahren die Tendenz, dass nicht alle ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auch in der Patientenversorgung ankommen. Bereits vor Abschluss des Studiums können sich 44 % aller Medizinstudierenden vorstellen, außerhalb der Patientenversorgung tätig zu werden, beispielsweise in der Forschung oder der Pharmaindustrie (Hartmannbund 2012).

Wie viele Zahnärztinnen und -ärzte aber kommen nach dem Staatsexamen tatsächlich in der Versorgung an? Die Studienteilnehmenden sind 2019 zu nahezu 90 % in der Patientenversorgung tätig (Abb. II.1.2). Mehrheitlich nehmen die jungen Zahnärztinnen und -ärzte in Praxen direkt an der Patientenversorgung teil, entweder niedergelassen, als Angestellte oder als Assistentinnen und Assistenten. Andere Befragte sind zwar auch in der Patientenversorgung tätig, jedoch in Sonderformen, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass nur ein Teil der Arbeitszeit mit Patientenversorgung verbracht wird oder der Zugang zur Versorgung auf gewisse Personengruppen beschränkt ist (Universitätsklinikum, Bundeswehr). Zu diesem Zeitpunkt, an dem sich die meisten Studienteilnehmenden nahezu vier Jahre im Berufsleben befinden, sind nicht einmal 1 % außerhalb der Patientenversorgung tätig. Diese zahnmedizinischen Tätigkeiten reichen von Immobilienmanagement bis hin zum Einzelhandel. Auch für ihren weiteren beruflichen Weg geben nur etwa 1 % der jungen Zahnärztinnen und -ärzte an, zukünftig nicht in der Patientenversorgung tätig sein zu wollen.





**Abbildung II.1.2:** Tätigkeitsfelder junger Zahnärztinnen und -ärzte in 2019 (Y-Dent-Studie, n = 563) und aller Zahnärztinnen und -ärzte bundesweit 2019 (n = 79.387, Quelle: BZÄK 2020a)

Auch der bundesweite Anteil der in der Patientenversorgung tätigen Zahnärztinnen und -ärzte liegt bei etwa 90 %<sup>3</sup>. Die Studienteilnehmenden sind zu Berufsbeginn verhältnismäßig häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Patientenversorgung außerhalb der Praxis tätig. Ein Großteil von ihnen ist an Universitätskliniken beschäftigt, die in der Zeit nach dem Studium ein besonders attraktiver Arbeitgeber für Berufseinsteigende zu sein scheinen. Denkbar ist, dass der Übergang zwischen Studium und Praxis auf diese Weise sanfter gestaltet werden kann. Möglich ist auch, dass sich die Tätigkeit an der Universitätsklinik gut mit Ambitionen hinsichtlich eines Dissertationsvorhabens verbinden lässt, welches 80 % der Befragten am Ende ihres Studiums anstreben. Vermutlich werden die meisten von ihnen mittelfristig in Praxen wechseln, wie der Blick auf die gesamtdeutschen Zahnärztezahlen und auch auf die Bekundungen der befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft vermuten lässt.

Während von 100 Zahnärztinnen/-ärzten etwa 7 dauerhaft oder vorübergehend nicht in der Patientenversorgung tätig sind, sind es bei Ärztinnen und -ärzten etwa 15 von 100. Im Jahr 2019 gingen 7,5 %<sup>4</sup> aller Ärztinnen und Ärzte keiner ärztlichen Tätigkeit nach oder nahmen nicht direkt an der regulären Patientenversorgung teil, da sie in Behörden oder Körperschaften beschäftigt waren. Weitere 7,8 % befanden sich aus anderen Gründen, wie Arbeitslosigkeit oder Elternzeit, in einer Auszeit von der Patientenversorgung (BÄK 2019). Insgesamt standen damit im Vergleich zu den Zahnärztinnen und -ärzten mehr als doppelt so viele ausgebildete Ärztinnen und

<sup>3</sup> Um eine optimale Vergleichbarkeit der Zahlen der Y-Dent-Studie mit den bundesweiten Zahlen zu ermöglichen, sind in der Gruppe „Patientenversorgung außerhalb der Praxis“ Zahnärztinnen und -ärzte in Universitätskliniken, der Bundeswehr und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammengefasst; in der Gruppe „Patientenversorgung in der Praxis“ andere zahnärztlich tätige Angestellte (inklusive Assistentinnen/Assistenten und Vertreter/-innen) sowie Niedergelassene.

<sup>4</sup> 33.035 in Behörden, Körperschaften, berufsfremden Tätigkeiten und anderen Bereichen. Grundgesamtheit: 439.415 Ärztinnen und Ärzte, die berufstätig sind oder keiner ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Nicht eingerechnet sind Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand.

Ärzte nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Schätzungsweise 11 % aller Ärztinnen und Ärzte melden sich nach ihrer Approbation nicht bei der Ärztekammer an (Kopetsch 2010). Bei den neu approbierten Zahnärztinnen und -ärzten liegt der Anteil mit etwa 6-7 % etwas niedriger (BZÄK 2020b). Bei ihnen kann davon ausgegangen werden, dass ihr beruflicher Weg zunächst nicht in die Patientenversorgung führt. Das heißt jedoch nicht, dass sie grundsätzlich für immer aus der Patientenversorgung ausscheiden.

Nur ein geringer Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte kommt nicht in der deutschen Patientenversorgung an, weil sie ins Ausland abwandern. Im Studium noch geben etwa 40 % an, vorübergehend im Ausland arbeiten zu wollen, 2,8 % erwägen sogar eine dauerhafte Tätigkeit im Ausland. Bei den Medizinstudierenden ist die Abwanderung noch beliebter: Während 5 % unbedingt eine Auslandstätigkeit planen, könnte sich nahezu die Hälfte eine Tätigkeit im Ausland vorstellen (Jacob 2014). Doch schon mit dem Berufseintritt wird der Auslandsaufenthalt für Zahnärztinnen und -ärzte weniger attraktiv: Nur noch etwa ein Drittel können sich diesen Schritt vorstellen und weniger als 1 % der Teilnehmenden geben sowohl im Studium als auch nach dem Berufseintritt an, dauerhaft im Ausland tätig sein zu wollen. So sind dann etwa vier Jahre nach Abschluss ihres Studiums weniger als 1 % der befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte vermutlich dauerhaft ins Ausland gegangen<sup>5</sup>.

Gleichzeitig stellen jährlich Zahnärztinnen und -ärzte aus dem Ausland Neuanträge, um in Deutschland arbeiten zu können. Die Anzahl stieg in den letzten Jahren auf zuletzt 753 in 2018 (BMBF 2020). Das entspricht etwa 1 % der in Deutschland zahnärztlich tätigen Zahnärzte. Von größeren Verlusten für die Patientenversorgung durch Abwanderung von Zahnärztinnen und -ärzten mit deutscher Approbation ins Ausland ist somit nicht auszugehen.

Doch warum geht ein vergleichsweise großer Anteil von Zahnärztinnen und -ärzten in die Patientenversorgung in Deutschland? Das Zahnmedizinstudium gehört zu den Studiengängen, die besonders eng an der Berufspraxis orientiert sind (s. a. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.5). Durch die Vorbereitung auf einen definierten Beruf, die klare Struktur und die Praxisorientierung fällt der Übergang in den Beruf in der Zahnmedizin vergleichsweise leichter. Dort angekommen, bietet ihre praxisnahe Ausbildung den jungen Zahnärztinnen und -ärzten wenig Alternativen – auf das Berufsleben als Zahnärztin oder -arzt sind sie vorbereitet, für andere Berufe nicht. Doch es ist vermutlich nicht allein der Mangel an Alternativen, der junge Zahnärztinnen und -ärzte in der Patientenversorgung ankommen lässt, sondern vor allem die Begeisterung für die Tätigkeit. Ihr Wunsch zu behandeln ist groß,

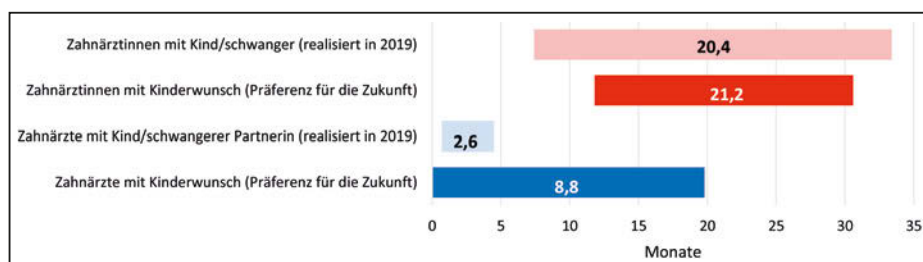
<sup>5</sup> Belastbare Zahlen für die gesamte Zahnärzteschaft zu Abwanderungen von Zahnärzten aus Deutschland ins Ausland liegen nicht vor.

bereits am Ende des Studiums und ungebrochen auch in den ersten Berufsjahren. Gleichzeitig sind sie zufrieden mit ihrer Tätigkeit (s. Teil I, Kap. 3). Junge Zahnärztinnen und -ärzte können ihre Vorstellungen vom beruflichen Selbstkonzept, aber auch von der Balance aus privaten und beruflichen Vorstellungen, sehr gut umsetzen, vermutlich besser als Ärztinnen und Ärzte (s. a. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.5). Vor allem die Arbeitszeitbelastung scheint ein treibender Grund für den Ausstieg aus der Patientenversorgung zu sein; dies gilt für Ärztinnen mehr noch als für Ärzte (Adler und v. d. Knesebeck 2011). Wie hoch der Einfluss der einzelnen Erklärungsansätze ist, lässt sich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht beantworten. Zurzeit lassen die Arbeitsmarktbedingungen für Zahnärztinnen und -ärzte die Realisierung eines Großteils ihrer beruflichen Wünsche zu. Sollte dies auch in Zukunft der Fall sein, ist zunächst nicht davon auszugehen, dass vermehrt ausgebildete junge Zahnärztinnen und -ärzte in fachfremde Berufe abwandern.

Neben den Zahnärztinnen und -ärzten, die versorgend tätig sind und denen, die dauerhaft aus der Patientenversorgung ausscheiden, geht ein Teil der Zahnärztinnen und -ärzte zwar vorübergehend keiner Tätigkeit nach, wird jedoch vermutlich nach einem gewissen Zeitraum wieder in der Patientenversorgung tätig werden. Im Jahr 2019 nahmen sich bundesweit 8,4 % aller Zahnärztinnen und -ärzte eine solche berufliche Auszeit (Abb. II.1.2). Von den 9,6 % der Studienteilnehmenden, die in 2019 eine entsprechende Auszeit angegeben hatten, waren nur fünf Personen (0,9 % aller Teilnehmenden) arbeitssuchend, fielen wegen Krankheit einen längeren Zeitraum aus oder nahmen sich aus anderen Gründen eine Auszeit. Mehrheitlich befanden sich die jungen Zahnärztinnen und -ärzte in vorübergehender Tätigkeitspause im Beschäftigungsverbot (aufgrund von Schwangerschaft oder Stillzeit) oder in Elternzeit. Dies betrifft vor allem die Zahnärztinnen<sup>6</sup>: Für in Zahnarztpraxen tätige schwangere Zahnärztinnen wird aufgrund der unverantwortbaren Gefährdung während der Berufsausübung mit Bekanntgabe der Schwangerschaft in der Regel ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen, durch das sie etwa 7 Monate nicht zahnärztlich tätig sein dürfen (MuSchG § 11). Kurz vor und nach der Geburt sieht das Mutterschutzgesetz zudem eine Arbeitsunterbrechung für nichtselbstständige Zahnärztinnen vor, die 3,5 bis 4,5 Monate beträgt (MuSchG § 3). Stillt die Zahnärztin ihr Kind, wird für diese Zeit aufgrund der unverantwortbaren Gefährdung in der Regel erneut ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen (MuSchG § 11). Auf Selbstständige treffen diese Zeiten nicht zu, da das Mutterschutzgesetz nur auf abhängig Beschäftigte anwendbar ist. Nach der Geburt ihres Kindes können sich angestellte Zahnärztinnen oder -ärzte darüber hinaus in der Elternzeit bis zu drei Jahre von der Arbeit freistellen lassen (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz § 15).

<sup>6</sup> 92 % der Teilnehmenden, die ihre Berufstätigkeit 2019 aufgrund von Kindern oder Schwangerschaft ruhen ließen, waren Frauen.

Infolge dieser gesetzlich vorgegebenen Auszeiten lassen Studienzahnärztinnen ihre Tätigkeit signifikant länger ruhen als die Studienzahnärzte ( $p < 0,001$ ). Damit stehen sie dem Arbeitsmarkt für diesen Zeitraum vorübergehend nicht zur Verfügung: Während die Mütter ( $n = 69$ ) insgesamt durchschnittlich  $20,4 (\pm 13)$  Monate keiner Tätigkeit nachgehen, sind es bei den Vätern ( $n = 19$ ) nur  $2,6 (\pm 2)$  Monate. Etwa die Hälfte der befragten Zahnärzte mit Kindern nahm keine Auszeit. Angestellte Zahnärztinnen dagegen müssen allein aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ihre Tätigkeit für die oben beschriebenen Zeiten ruhen lassen. Junge Zahnärztinnen, die in Zukunft Kinder bekommen möchten, geben an, rund um die Geburt durchschnittlich  $21,2 (\pm 9)$  Monate nicht tätig sein zu wollen, ihre männlichen Kollegen mit Kinderwunsch planen dagegen eine Auszeit von  $8,8 (\pm 11)$  Monaten (Abb. II.1.3).



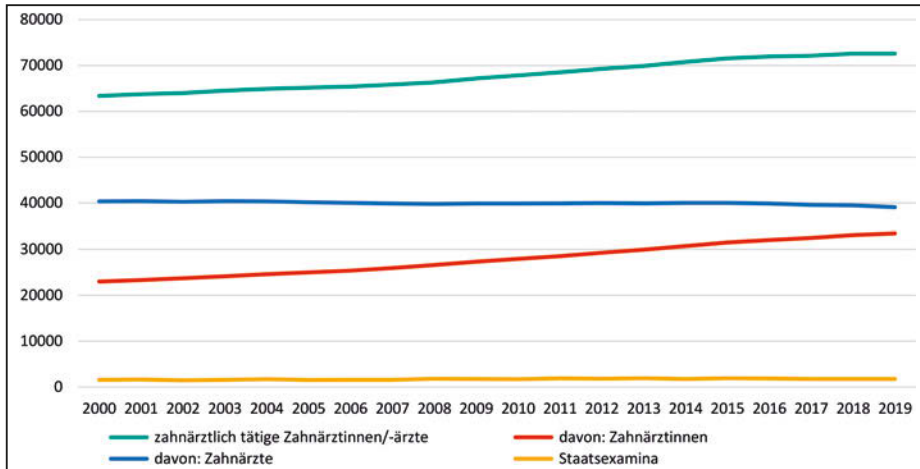
**Abbildung II.1.3:** Ausfallzeiten aufgrund von Kindern und Schwangerschaft nach Geschlecht – Elternzeit, Elternzeit mit Teilzeittätigkeit, sonstige Auszeit. Dargestellt bei Teilnehmenden mit Kind/schwanger ist die Summe aus bereits genommenen Zeiten und zukünftig geplanten Zeiten, bei Teilnehmenden mit Kinderwunsch die zukünftig geplanten Zeiten (Mittelwert und Standardabweichung)

Auch gesamtgesellschaftlich versuchen eher Mütter als Väter durch Auszeiten von der Berufstätigkeit oder Arbeitszeitreduzierung Familienleben und Kinderbetreuung zu organisieren (bpb 2016a). Die Gesamterwerbstätigenquote bei Müttern mit Kindern unter drei Jahren lag im Jahr 2014 bei 32 %<sup>7</sup>. Sobald die Kinder älter werden, steigt der Anteil erwerbstätiger Mütter wieder. Die Gesamterwerbstätigenquote von Vätern ist dagegen konstant und nahezu unabhängig vom Alter des Kindes. Eine ähnliche Entwicklung erkennt man auch in den bundesweiten Daten der Zahnärztinnen und -ärzte: Die Anzahl nicht berufstätiger Zahnärzte ist über nahezu alle Altersgruppen konstant gering. Die Anzahl nicht berufstätiger Zahnärztinnen dagegen erreicht in der Altersgruppe um 30 bis 35 Jahre einen Maximalwert und sinkt dann mit steigendem Alter wieder (BZÄK 2020a). Es kann also davon ausgegangen werden, dass die große Mehrheit der Zahn-

<sup>7</sup> Die gesetzlich vorgegebenen Beschäftigungsverbote für Zahnärztinnen lassen keinen direkten Vergleich zu.

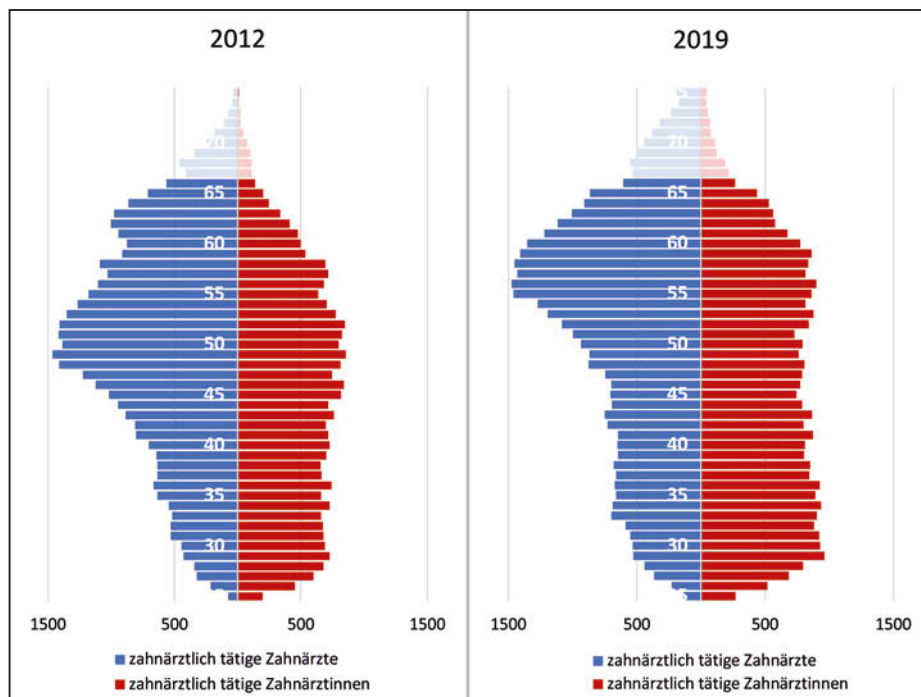
ärztinnen nach einer Zeit der Familiengründung mit Mitte 30 bis Anfang 40 wieder in die Patientenversorgung zurückkehrt.

Die Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte in Deutschland stieg in den vergangenen 20 Jahren kontinuierlich, vor allem die Anzahl der Zahnärztinnen (Abb. II.1.4).



**Abbildung II.1.4:** Zahnärztlich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland – 2000-2019 (Quelle: BZÄK 2019; BZÄK 2020a)

Während die Zahl aktiv zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen/-ärzte steigt, ist die Anzahl der abgelegten Staatsexamina in der Zahnmedizin stabil geblieben. Junge Zahnärztinnen und -ärzte werden kontinuierlich ausgebildet und kommen auch in der Versorgung an. Dass es aufgrund mangelnden zahnärztlichen Nachwuchses zu einem absoluten Zahnärztemangel kommen wird, steht zunächst nicht zu befürchten. Dennoch ist damit zu rechnen, dass etwa um das Jahr 2030 die Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte sinken wird. Die Zahnärztepyramide (Abb. II.1.5) verdeutlicht, dass die Jahrgänge, welche heute Mitte 50 sind und in 10 bis 15 Jahren vermutlich in Rente gehen, besonders personenstark sind. Auch wenn kontinuierlich junge Zahnärztinnen und -ärzte in die Versorgung nachrücken, wird ihre Anzahl nicht ausreichen, um die Arbeitskraft ihrer ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen vollständig ersetzen zu können. Sollten nicht mehr Zahnärztinnen und -ärzte ausgebildet werden, um diesen Verlust auszugleichen, muss davon ausgegangen werden, dass in etwa 20 Jahren weniger aktiv tätige Zahnärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen als bisher.



**Abbildung II.1.5:** Zahnärztesyramiden zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte – 2012 und 2019 (Quelle: BZÄK 2020a; BZÄK 2020b)

Die approbierten jungen Zahnärztinnen und -ärzte jedoch werden sich weiterhin mehrheitlich an der Patientenversorgung beteiligen. Nur die wenigsten suchen sich Tätigkeitsfelder abseits der erlernten Profession. Abwanderungen ins Ausland spielen bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten ebenfalls eine untergeordnete Rolle. Ein gewisser Anteil fällt dennoch in den ersten Berufsjahren für überschaubare Zeiträume für die Patientenversorgung aus. Dies betrifft vor allem junge Zahnärztinnen in der Zeit der Familiengründung. Bei den meisten nicht tätigen jungen Zahnärztinnen und -ärzten kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sie nach einigen Monaten oder Jahren wieder an der Patientenversorgung teilnehmen.

### 1.3 Tätigkeitsumfang: Voll- oder Teilzeit?

Die Arbeitsstunden, mit denen junge Zahnärztinnen und -ärzte an der Versorgung teilnehmen und in Zukunft teilnehmen wollen, ist ein weiterer wichtiger Parameter im Hinblick auf die zahnärztliche Versorgung.

Vertragszahnärztlich<sup>8</sup> niedergelassene Zahnärztinnen und -ärzte verpflichten sich, „die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben“ (§ 19a Zahnärzte-ZV), wobei die Möglichkeit eingeräumt wird, diesen Versorgungsauftrag zu reduzieren. Vorgaben für den Stundenumfang gibt es nicht. 2017 arbeiteten Niedergelassene durchschnittlich über 40 Wochenstunden, von denen sie 33 Stunden mit Behandlung verbrachten (KZBV 2019).

Auch bei Arbeitnehmenden sind für die Begriffe Voll- oder Teilzeit weder national noch international einheitliche Stundenzahlen festgelegt. Das Statistische Bundesamt definiert Teilzeit als „jede Arbeitszeit, die weniger Arbeitsstunden als die Arbeitszeit der Vollzeitkräfte im gleichen Betrieb umfasst“. Es legt dabei in Anlehnung an das Europäische Statistische System (ESS) die Selbsteinschätzung der Befragten zugrunde (Destatis 2020c). Auch die Studienzahnärztinnen und -ärzte nahmen im Jahr 2017 eine Selbsteinschätzung ihrer Arbeitszeit vor. Da sie mehrheitlich eine Tätigkeit von bis zu 30 Wochenarbeitsstunden als Teilzeit beschrieben, definiert diese Grenze im folgenden Kapitel den Übergang von Teil- zu Vollzeitberufstätigkeit.

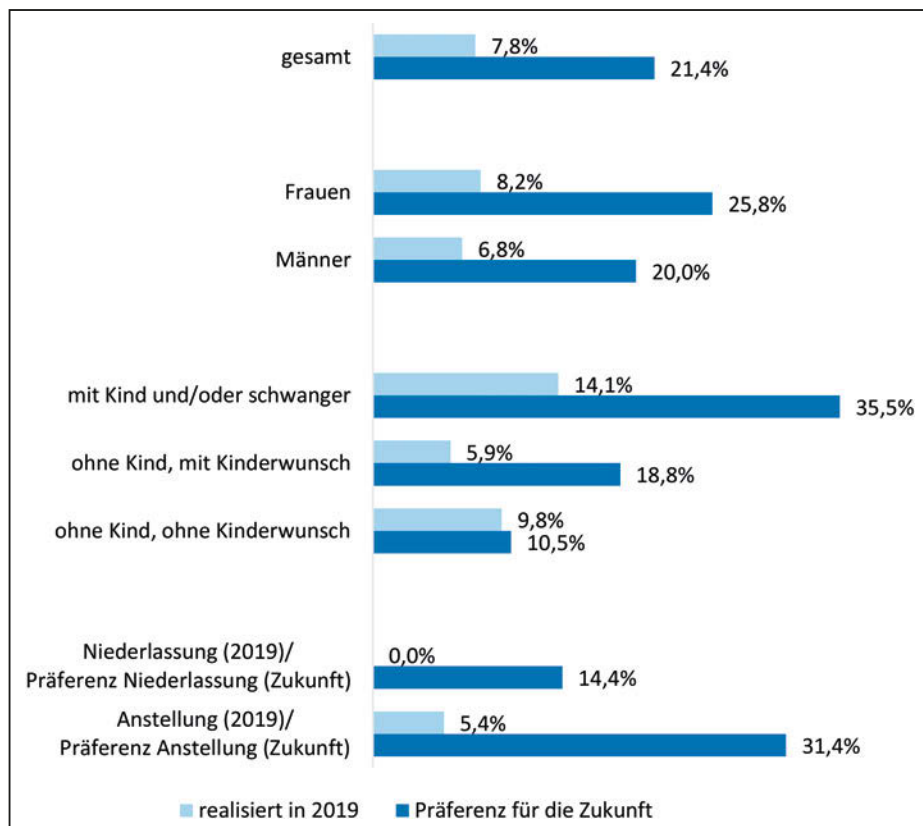
Die 30 in 2019 bereits niedergelassenen Studienteilnehmenden praktizieren alle mit einem vollen Versorgungsauftrag. Damit unterscheiden sie sich nicht von der großen Mehrheit aller Vertragszahnärztinnen und -ärzte in Deutschland, von denen 2019 über 97 % einen vollen Versorgungsauftrag hatten (KZBV 2020b).

Von den in der Studie befragten Angestellten sind 94,6 % in 2019 laut ihrer vertraglich festgelegten Stundenzahl vollzeitbeschäftigt. Von den befragten Assistenten/Assistentinnen arbeiten dagegen 85,6 % in Vollzeit. Bundesweit waren dagegen in 2018 nur 53 % der in vertragszahnärztlicher Praxis Angestellten in Vollzeit tätig (KZBV 2020a).

Für ihre zukünftige Tätigkeit wünschen sich 21,4 % aller befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte, in Teilzeit tätig zu sein (Abb. II.1.6). Befragte, die in Zukunft eher angestellt tätig sein möchten, geben gleichzeitig signifikant ( $p < 0,001$ ) häufiger an, sich eine Teilzeittätigkeit zu wünschen als ihre Kolleginnen und Kollegen, die bevorzugt in die Niederlassung gehen möchten. Der Anteil aller Studienteilnehmenden, die maximal 30 Wochenstunden arbeiten möchten, ist dabei über die drei Befragungswellen hinweg nahezu konstant; zwei Jahre zuvor waren es 20,6 %. Deutschlandweit ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Erwerbstätigen seit dem Jahr 2000 um etwa 10 % auf 38,6 % gestiegen (Wanger et al. 2019, S. 23).

<sup>8</sup> Auch: Kassenzahnärztlich. Grundlage der Behandlung und Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen sind verbindliche Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen.





**Abbildung II.1.6:** Teilzeit und Wunsch nach Teilzeittätigkeit: Anteil der Zahnärztinnen und -ärzte, die 2019 in Teilzeit (<30 Stunden/Woche) tätig sind (hellblau) sowie Anteil junger Zahnärztinnen und -ärzte mit Wunsch nach Teilzeit für ihre zukünftige Tätigkeit (dunkelblau)

In den letzten 15 Jahren sank die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Praxisinhabenden in Deutschland nahezu kontinuierlich (KZBV 2018). Im Jahr 2017 betrug sie 43,5 Stunden, davon entfielen 10,5 Stunden auf nicht-behandelnde Tätigkeiten (KZBV 2019, S. 124). Ihre Wochenarbeitszeit liegt damit unter den 48 Wochenstunden, die Selbstständige anderer Berufszweige durchschnittlich in Vollzeit tätig sind. Der Trend sinkender Wochenarbeitszeiten betrifft jedoch Selbstständige aller Branchen (Destatis 2019). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der niedergelassenen Studienzahnärztinnen und -ärzte liegt im Mittel bei 40,3 Wochenarbeitsstunden (Abb. II.1.7), bei einer Spannweite von 22 bis 55 Stunden. Ihre durchschnittliche Arbeitszeit ist vergleichbar mit der Wochenarbeitszeit aller in Vollzeit Erwerbstätigen in ganz Deutschland, die bei 41 Stunden liegt (Destatis 2019).

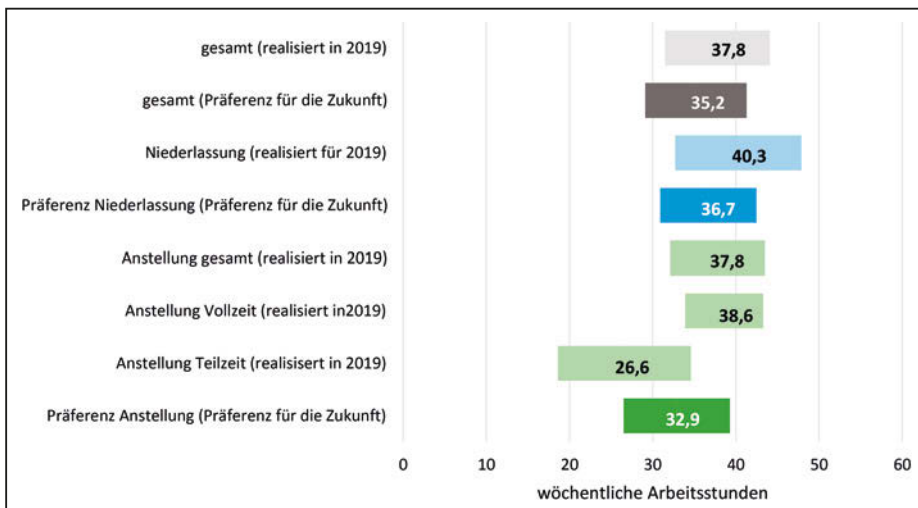
Die tatsächlich geleistete wöchentliche Arbeitszeit der abhängig beschäftigten Studienteilnehmenden (Assistentinnen/Assistenten und Angestellte) liegt



bei 37,7 ( $\pm$  6,2) Stunden. Sie weicht im Mittel nicht signifikant von der durchschnittlichen vertraglich festgehaltenen Arbeitszeit von 36,8 ( $\pm$ 4,9) Stunden ab. Die durchschnittliche Arbeitszeit abhängig beschäftigter junger Zahnärztinnen und -ärzte liegt damit geringfügig über der Wochenarbeitszeit aller Erwerbstätigen in Deutschland, die 35 Stunden beträgt (Destatis 2019).

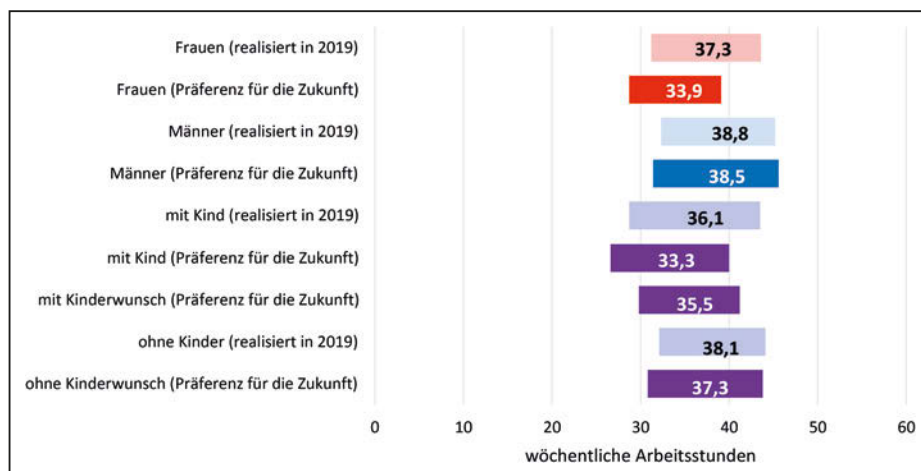
Die jungen Zahnärztinnen und -ärzte gaben neben ihrer aktuell geleisteten Wochenstundenzahl an, welchen Stundenumfang sie sich für ihre zukünftige Tätigkeit vorstellen können: Der Mittelwert liegt bei 35,2 ( $\pm$  6) Stunden (Abb. II.1.7). Der Stundenumfang blieb in den ersten Berufsjahren sehr konstant; 2017 gaben die Studienteilnehmenden durchschnittlich an, zukünftig 35,6 ( $\pm$  6) Stunden arbeiten zu wollen.

Junge Zahnärztinnen und -ärzte, die sich niederlassen möchten, geben überwiegend an, in Vollzeit praktizieren zu wollen. Dabei möchten sie jedoch in aller Regel keine 45 Stunden in der Woche arbeiten, sondern präferieren eine wöchentliche Arbeitszeit von 36,7 ( $\pm$  6) Stunden für ihre zukünftige Tätigkeit. Dieser Wert liegt nahezu 7 Stunden unter der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit aktuell niedergelassener Zahnärztinnen und -ärzte. Dieser Wunsch ist ein Erklärungsansatz für den Trend zu gemeinschaftlichen Praxisformen (s. Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.5), in denen man sich die Arbeitszeit ggf. besser einteilen kann. Die bereits in gemeinschaftlichen Praxisformen mit zwei Inhabenden niedergelassenen Befragten geben eine geringere Wochenarbeitszeit an als diejenigen in Einzelpraxen.



**Abbildung II.1.7:** Durchschnittliche Wochenarbeitszeit junger Zahnärztinnen und -ärzte in 2019 sowie durchschnittlich gewünschte Wochenarbeitszeit in Zukunft (Mittelwert und Standardabweichung) – Angaben aller Studienteilnehmenden, der Niedergelassenen und derjenigen mit Niederlassungswunsch, der Angestellten und derjenigen mit Wunsch zur Anstellung

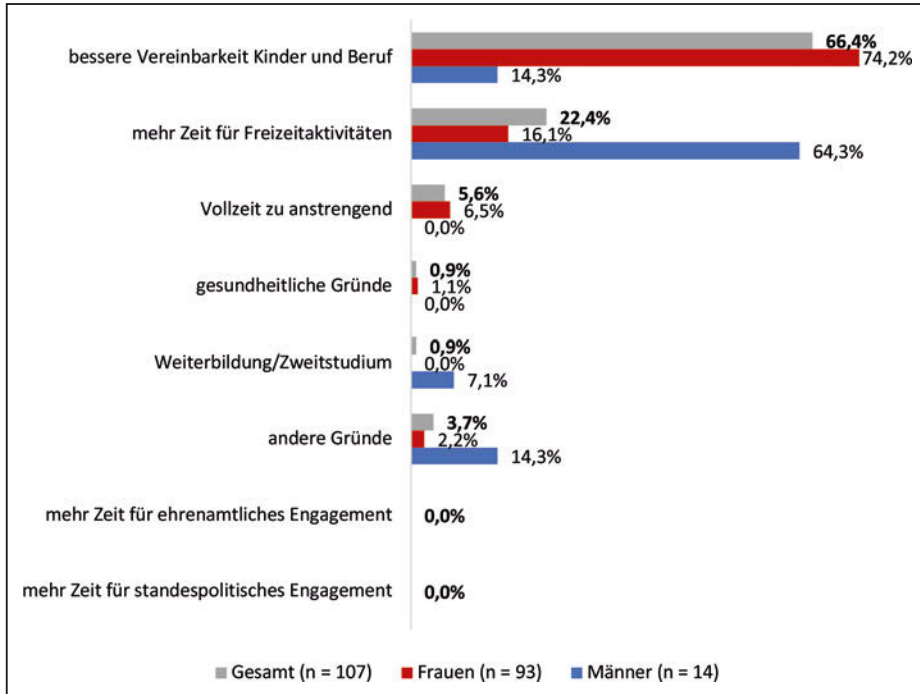
Den Wunsch nach Teilzeitarbeit und geringerer Wochenarbeitszeit äußern mehrheitlich Zahnärztinnen sowie Befragte mit Kindern oder Kinderwunsch (Abb. II.1.8 und Abb. II.1.6). Etwa 20 % der Befragten ist eine flexible Arbeitszeitgestaltung für ihren zukünftigen Berufsweg wichtig. Genauso viele geben an, dass ihnen ein hoher Freizeitanteil besonders wichtig sei.



**Abbildung II.1.8:** Durchschnittliche Wochenarbeitszeit junger Zahnärztinnen und -ärzte in 2019 sowie durchschnittlich gewünschte Wochenarbeitszeit in Zukunft (Mittelwert und Standardabweichung) – Angaben der Zahnärztinnen und der Zahnärzte, derjenigen mit Kindern, Kinderwunsch und ohne Kinder oder ohne Kinderwunsch

Die gewünschte zukünftige Reduzierung der Arbeitszeit vor allem bei Zahnärztinnen spiegelt eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung wider: In Vollzeit erwerbstätig sind in Deutschland 25-40 % der Mütter (je nach Form der Partnerschaft), Väter dagegen zu 86-95 % (bpb 2016b). Sollten die jungen Zahnärztinnen und -ärzte ihre Vorstellungen bezüglich der Wunscharbeitszeit in Zukunft umsetzen, könnte eventuell insgesamt jede/r Fünfte von ihnen nicht mit voller Arbeitskraft für die Versorgung zur Verfügung stehen. Nach anderen Studien sogar durchaus mehr: Die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer befragte 103 Zahnärztinnen und -ärzte unter 40 Jahren mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung. Über 60 % der Frauen und 25 % der Männer glaubten, dass sie im Jahr 2030 in Teilzeit tätig sein werden (apoBank 2017b).

Eine Reduktion der Wochenarbeitszeit kann aus verschiedenen Gründen angestrebt werden. Vor allem für junge Zahnärztinnen ist die bessere Vereinbarkeit von Kindern und Beruf der Hauptgrund, zukünftig in Teilzeit tätig sein zu wollen (Abb. II.1.9).



**Abbildung II.1.9:** Hauptgrund, aus dem zukünftig eine Teilzeittätigkeit angestrebt wird (2019 noch nicht niedergelassene Teilnehmende, die zukünftig maximal 30 Wochenstunden arbeiten wollen) – Antworten nach Geschlecht

Es ist damit zu rechnen, dass auch Zahnärztinnen und -ärzte zukünftig mit einer geringeren Anzahl Wochenarbeitsstunden tätig sind, als sie zurzeit einbringen. Ein ähnliches Phänomen ist bei Ärztinnen und Ärzten bereits zu beobachten, denn auch bei ihnen steigt der Anteil der in Teilzeit Tätigen. Konnten 2015 noch mit 108 Ärztinnen und Ärzten 100 Vollzeitstellen besetzt werden, benötigte man 2017 bereits 115 (BÄK 2019). Fraglich ist, ob und in welchem Ausmaß die jungen Zahnärztinnen und -ärzte ihre Wünsche nach einer geringeren Wochenarbeitszeit auch umsetzen können. Doch beschreiben sowohl Struck (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.3) als auch Adler und v. d. Knesebeck (2011), dass Vorstellungen im Beruf hinsichtlich Arbeitszeit und damit einhergehend besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser durchgesetzt werden können, je günstiger die Arbeitsmarktsituation für Arbeitnehmende ist. Adler und v. d. Knesebeck (2011) gingen daher bereits vor etwa 10 Jahren davon aus, dass sich der Trend zu geringerer Arbeitszeit bei Ärztinnen und Ärzten weiter fortsetzen wird.

Ähnlich wird es sich bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten verhalten: Solange der Arbeitsmarkt für sie günstige Bedingungen bietet, wie auch aktuell, werden sie ihre Vorstellung von Arbeitszeiten gut umsetzen kön-

nen. Daher ist für die nächsten Jahre zunächst davon auszugehen, dass die durchschnittliche Wochenstundenzahl junger Zahnärztinnen und -ärzte, egal ob niedergelassen oder angestellt, weiter sinken könnte.

#### 1.4 Niederlassung und Anstellung: Entwicklung des Berufswegs

Im folgenden Abschnitt betrachten wir, in welcher Form junge Zahnärztinnen und -ärzte ihren Beruf ausüben wollen. Approbierte Zahnärztinnen und -ärzte entscheiden sich in der Regel entweder für die Niederlassung in eigener Praxis oder für ein Anstellungsverhältnis<sup>9</sup>. Das Verhältnis der Anzahl niedergelassener zu angestellten Zahnärztinnen und -ärzten ist insofern von Bedeutung, als dass die Anstellung von Zahnärztinnen und -ärzten in Zahnarztpraxen die Tätigkeit mindestens eines inhabenden Zahnarztes oder einer inhabenden Zahnärztin in eben dieser Praxis voraussetzt.

Vor der Niederlassung wird ein Prozess der Entscheidungsfindung durchlaufen, in dem die möglichen Existenzgründerinnen und -gründer verschiedene Determinanten abwägen, um sich am Ende des Prozesses für oder gegen die eigene Praxis zu entscheiden. Da das Abwägen der Vor- und Nachteile speziell vor der Entscheidung für eine Niederlassung viel Raum einnimmt, werden Determinanten, welche in die Entscheidungsfindung einfließen, genauer betrachtet. Anschließend werden die gewünschten beruflichen Wege junger Zahnärztinnen und -ärzte und ihre Präferenzen bezüglich Anstellung oder Niederlassung dargestellt.

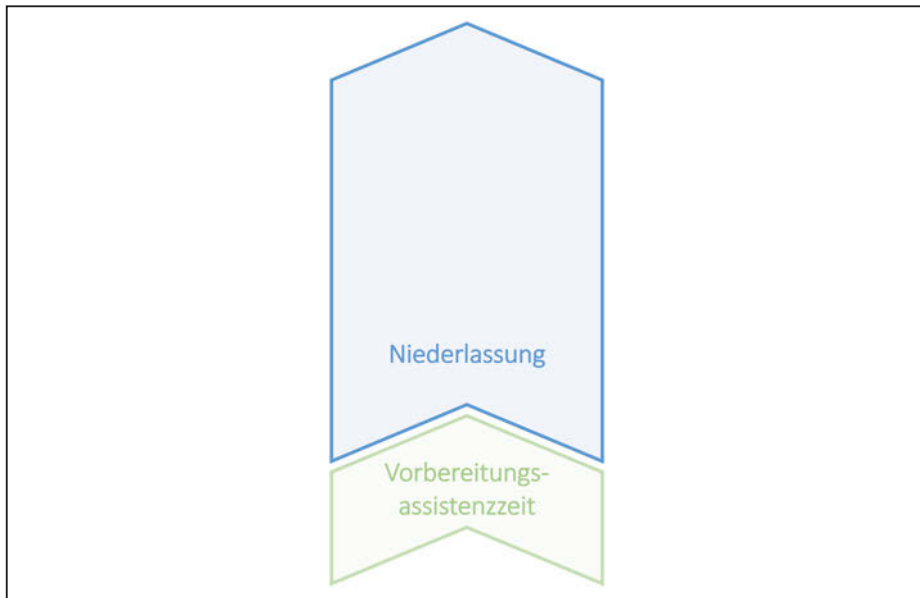
Werfen wir dabei einleitend einen Blick zurück in die Zeit vor 2007. Der übliche Berufsweg einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes nach dem Studium und dem Erlangen der Approbation war – wie auch heute – zunächst das Absolvieren der Assistenzzeit<sup>10</sup>. Bevor am 01.01.2007 das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft trat, gab es nur wenige Möglichkeiten, sich im Anschluss an die Assistenzzeit über einen längeren Zeitraum anstellen zu lassen. Insofern erfolgte, sicherlich teils auch aufgrund mangelnder Alternativen, in der Regel sehr zeitnah nach Abschluss der Assistenzzeit die Niederlassung (Abb. II.1.10).

Mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes bietet sich nun die Möglichkeit der langfristigen Anstellung. Diese Möglichkeit wird, wie die Entwicklung der Zahlen Angestellter verdeutlicht (Einleitung, Abb. 2.1), von immer mehr Zahnärztinnen und -ärzten in Anspruch genommen. Zu Beginn der Studie wurde daher angenommen, dass junge Zahnärztinnen und -ärzte spätestens zum Ende ihrer Assistenzzeit eine informierte und bewusste Entscheidung treffen, ob sie den Weg in die Anstellung oder den

<sup>9</sup> Andere Möglichkeiten werden eher selten gewählt und aufgrund der geringen Fallzahlen im folgenden Abschnitt nicht betrachtet.

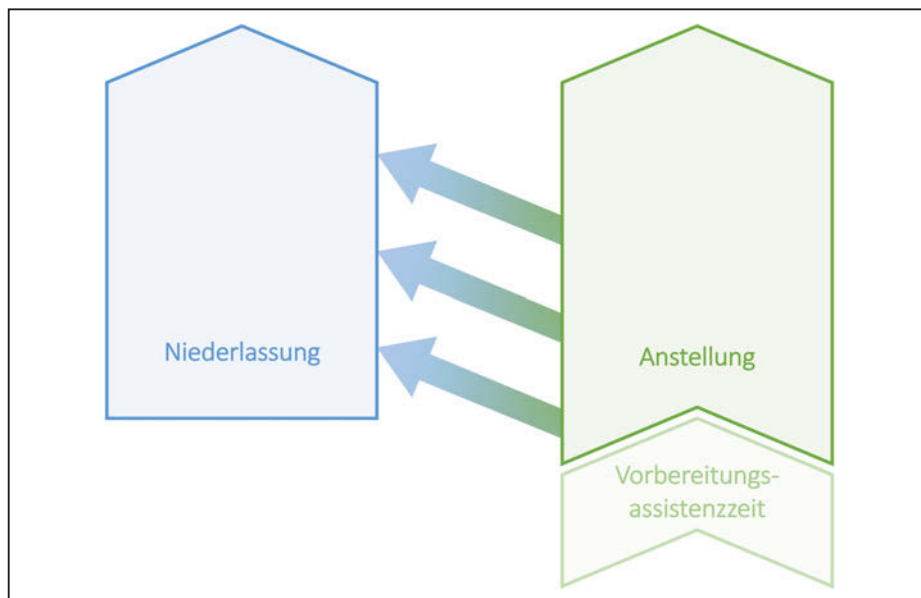
<sup>10</sup> Auch andere Berufswege, wie die direkte Niederlassung in privatärztlicher Praxis, sind möglich, jedoch sind entsprechende Karrieren bei Zahnärztinnen und -ärzten selten.

Weg in die Niederlassung wählen. Diese Annahme trifft jedoch für einen großen Teil junger Zahnärztinnen und -ärzte nicht zu. Wo vor 2007 der Karriereweg von der Assistenzzeit mehr oder weniger direkt in die Existenzgründung führte, führt er heute mehr oder weniger direkt in die Anstellung (Abb. II.1.11). Dabei fällt an dieser Stelle nicht unbedingt eine bewusste Entscheidung für die Anstellung und gegen die Niederlassung, wie in einer Gruppendiskussion mit jungen Zahnärztinnen und -ärzten, die sich am Übergang von der Assistenzzeit in die Anstellung befanden, deutlich wurde. Vielmehr erfolgt dieser Übergang, von wenigen Formalitäten einmal abgesehen, nahezu übergangslos<sup>11</sup>. An die Stelle des befristeten Arbeitsvertrags für die Assistenzzeit tritt nun ein oftmals unbefristeter für die Anstellung, das Gehalt steigt und eventuell wird der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin gewechselt. In der Gruppendiskussion mit jungen Zahnärztinnen und -ärzten kristallisierte sich heraus, dass eine Niederlassung dagegen kein Selbstgänger ist und besser überlegt wird. Ausgeschlossen wird sie nicht, aber Vor- und Nachteile werden bewusst gegeneinander abgewogen. Denn ist die eigene Praxis einmal gegründet, der Schritt von der Anstellung in die Niederlassung aktiv erfolgt, scheint er für junge Zahnärztinnen und -ärzte endgültig – ähnlich einer Einbahnstraße –, aus der nicht mehr in die Anstellung zurück gewechselt werden kann.



**Abbildung II.1.10:** Üblicher Karriereverlauf von Zahnärztinnen und -ärzten nach dem Staatsexamen vor 2007

<sup>11</sup> Interpretation in Anlehnung an Ergebnisse der Gruppendiskussion 2018 (s. Anhang). Stellvertretendes Originalzitat: „Ich glaube auch, dass so viel Veränderung da nicht stattfindet, solange ich angestellt bleibe“.



**Abbildung II.1.11:** Üblicher Karriereverlauf von Zahnärztinnen und -ärzten nach dem Staatsexamen ab 2007

#### 1.4.1 Determinanten für berufliche Entscheidungen

Junge Zahnärztinnen und -ärzte sind in den ersten Berufsjahren oftmals unsicher bezüglich ihres beruflichen Wegs. Neben eigenen Wünschen müssen bei Entscheidungsfindungen auch zum Teil unbekannte Gegebenheiten des beruflichen Umfelds beachtet werden (s. a. Teil II, Exkurs, Kap. 1). In diesem Abwägungs- und Entscheidungsprozess junger Zahnärztinnen und -ärzte zum eigenen beruflichen Weg sind nicht nur Determinanten, welche die zahnärztliche Tätigkeit direkt betreffen, von Bedeutung, sondern auch andere Lebensbereiche werden bei Entscheidungen mitgedacht. Determinanten, welche die Karriereentscheidungen beeinflussen, lassen sich drei übergeordneten Bereichen zuordnen (Tab. II.1.1):

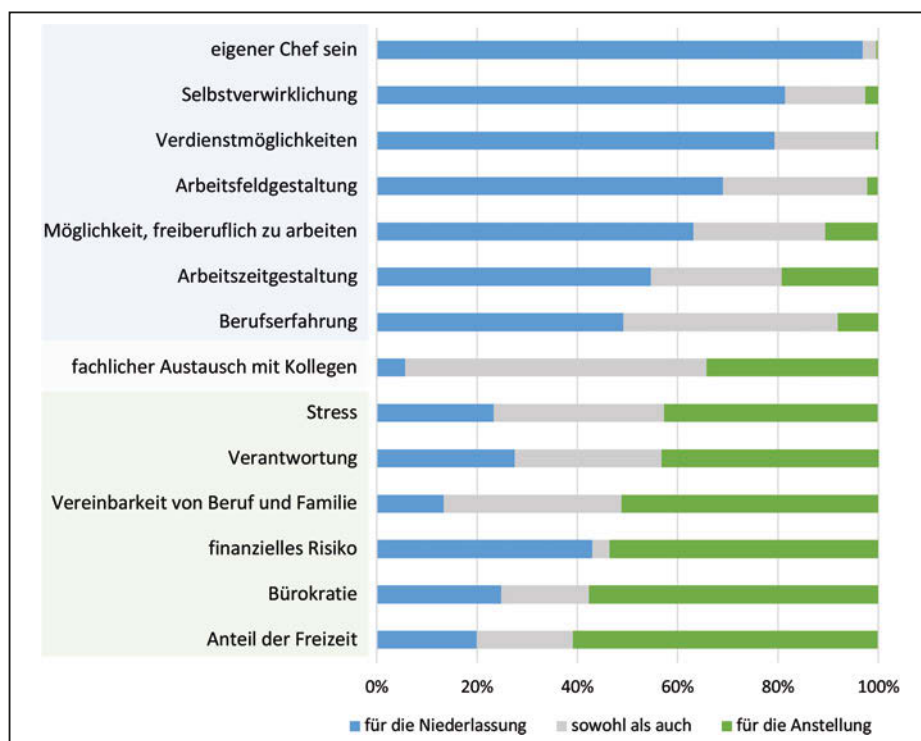
1. **Arbeitsbedingungen:** Dieser Bereich umfasst alle direkt und indirekt dem Arbeitsplatz und der dort ausgeübten Tätigkeit zuzuordnenden Determinanten. Diese sind teilweise quantifizierbar, wie etwa der Verdienst bzw. das Einkommen oder auch die Arbeitszeiten. Doch auch Determinanten, die in der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung sehr unterschiedlich ausfallen können, definieren die Arbeitsbedingungen. Beispiele sind das Betriebsklima oder der wahrgenommene Stress, aber auch die gesammelte Berufserfahrung, der nach Struck eine entscheidende Rolle im Entscheidungsprozess für die Niederlassung zukommt (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2).

2. Familiäres und privates Umfeld: Umstände und Wünsche im privaten Bereich können sich direkt oder indirekt auf berufliche Entscheidungen auswirken. Sind beispielsweise Kinder vorhanden, der Partner oder die Partnerin an einen bestimmten Arbeitsplatz gebunden oder die Eltern pflegebedürftig, werden Karriereentscheidungen zum Teil unter Einbezug dieser Determinanten getroffen.
3. Persönlichkeit: Nicht zuletzt spielen Determinanten wie der Wunsch nach Selbstverwirklichung oder die persönliche Risikobereitschaft eine Rolle bei Karriereentscheidungen junger Zahnärztinnen und -ärzte.

<b>Tabelle II.1.1: Bereiche, die Karriereentscheidungen beeinflussen und ihnen zugeordnete Determinanten</b>		
<b>Arbeitsbedingungen</b>	<b>Familiäres und privates Umfeld</b>	<b>Persönlichkeit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdienstmöglichkeiten, Einkommen*</li> <li>• Zufriedenheit mit aktueller Stelle*</li> <li>• Anteil der Freizeit*</li> <li>• Arbeitszeiten, Arbeitszeitgestaltung</li> <li>• Absicherung bei Ausfall</li> <li>• Ausmaß der Flexibilität</li> <li>• Entscheidungsfreiheit</li> <li>• (Gestaltungsmöglichkeiten) Praxiskonzept*</li> <li>• Arbeitsfeldgestaltung</li> <li>• Perzipierter Stress*</li> <li>• Ausmaß der Verantwortung</li> <li>• Bürokratie</li> <li>• (Staatliche) Regulierungen</li> <li>• Reglementierung*</li> <li>• Standardisierung von Prozessen*</li> <li>• Erwartungen von Patienten*</li> <li>• Sozialstruktur der Patienten</li> <li>• Versorgungsgrad</li> <li>• Betriebsklima</li> <li>• Arbeit im Team</li> <li>• Austausch mit Kolleginnen und Kollegen</li> <li>• Geeignete/r Niederlassungspartner/-in*</li> <li>• Verfügbarkeit von Personal</li> <li>• Finanzierung, Kreditkonditionen</li> <li>• Stellenangebot und Gelegenheit zur Übernahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinbarkeit von Familie und Beruf</li> <li>• Partner/-in vorhanden</li> <li>• Arbeitsplatz des Partners/der Partnerin</li> <li>• Abgeschlossene Familienplanung*</li> <li>• Kinder vorhanden oder Kinderwunsch*</li> <li>• Alter der Kinder</li> <li>• Betreuungsmöglichkeiten für Kinder</li> <li>• Schulen und Kindergärten in der Nähe</li> <li>• Nähe zum Wohnort</li> <li>• Nähe zu Eltern</li> <li>• Pflegebedürftigkeit der Eltern</li> <li>• Elternteil Zahnärztin oder -arzt*</li> <li>• Erwartungshaltung der Familie</li> <li>• Nähe zu Freunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch eigene/r Chef/-in zu sein*</li> <li>• Wunsch nach Selbstverwirklichung*</li> <li>• Positive Wahrnehmung von Selbstständigkeit*</li> <li>• Positive Wahrnehmung der Vielseitigkeit*</li> <li>• Wunsch, behandelnd tätig zu sein*</li> <li>• Allgemeine Berufszufriedenheit*</li> <li>• Zufriedenheit mit eigenen Fertigkeiten*</li> <li>• Sicherheit in Bezug auf Kenntnisse (fachlich und betriebswirtschaftlich), Berufserfahrung</li> <li>• Allgemeines Sicherheitsbedürfnis</li> <li>• Risikobereitschaft (u. a. finanzielle)</li> <li>• Wunsch nach Unterstützungsangeboten</li> <li>• Eigeninitiative</li> <li>• Herausforderung</li> <li>• Aufwand</li> <li>• Freiberuflichkeit</li> </ul>
* statistisch signifikant		

Einige Determinanten können inhaltlich mehreren Bereichen zugeordnet werden. In der Tabelle II.1.1 wurde darauf der Übersichtlichkeit halber verzichtet. Die Determinanten, die in der vorliegenden Studie statistisch nachweisbar einen Einfluss auf berufliche Entscheidungsprozesse haben, wurden durch einen Stern gekennzeichnet. Konnte kein statistischer Zusammenhang nachgewiesen werden, bedeutet dies nicht, dass die entsprechenden Determinanten keinen Einfluss haben. Doch aufgrund der Vielzahl an Determinanten und der Komplexität der Thematik liegt nicht zu allen gelisteten Determinanten eine Datenbasis vor, die einen entsprechenden statistischen Nachweis ermöglicht.

Die Determinanten stehen dabei nicht universal als Argumente entweder für die Niederlassung oder für die Anstellung. Manch eine Determinante mag für die eine Person eher ein Argument für die Niederlassung sein, während andere aus genau diesem Grund eher eine Anstellung wählen würden. Dennoch zeigten sich in den Befragungen Tendenzen, welche der Determinanten eher für eine Niederlassung sprechen würden und welche für eine Anstellung (Abb. II.1.12).

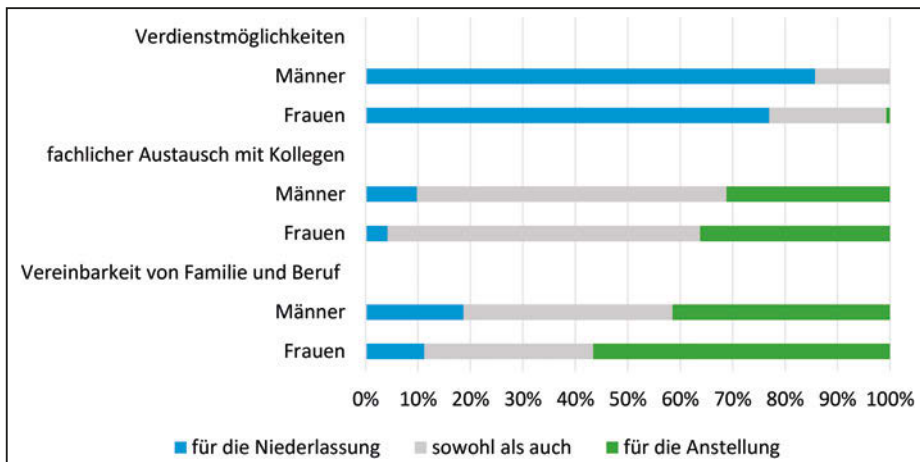


**Abbildung II.1.12:** Welche Determinanten sprechen aus Sicht junger Zahnärztinnen und -ärzte ganz generell für eine Niederlassung, welche für ein Anstellungsverhältnis? Angaben der Teilnehmenden aus 2017



Wie unterschiedlich die Determinanten auf Individualebene interpretiert werden, verdeutlicht das Antwortverhalten der jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die sich langfristig eher eine Niederlassung vorstellen können im Vergleich zu denen, die lieber angestellt tätig sein möchten: Die Befragten, die sich im Laufe des Berufslebens niederlassen möchten, sehen in die meisten Determinanten eher Argumente für die Niederlassung. Für die Befragten, die auf ihrem zukünftigen Berufsweg eine Anstellung favorisieren, sprechen dagegen mehr Determinanten entweder für die Anstellung oder für beides. Eine Ausnahme bildet übrigens die Bürokratie: Für alle Befragten spricht sie dafür, in die Anstellung zu gehen. Für Befragte mit Niederlassungswunsch ist sie sogar noch häufiger ein Argument für die Anstellung als für Befragte mit Wunsch zur Anstellung. Die Bürokratie bildet damit eine Hürde auf dem Weg in die Existenzgründung – insbesondere für junge Zahnärztinnen und -ärzte, die sich grundsätzlich eine Niederlassung vorstellen können. In anderen Studien neben der Bürokratie genannte Hürden sind beispielsweise das mit der Selbstständigkeit einhergehende finanzielle Risiko oder auch Regulierungen, welche die Praxisführung betreffen (apoBank 2014; apoBank 2017b).

Das Antwortverhalten von Zahnärztinnen und Zahnärzten ähnelt sich größtenteils, nur bei drei Determinanten weichen ihre Antworten signifikant (Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) voneinander ab (Abb. II.1.13).



**Abbildung II.1.13:** Determinanten, die generell für eine Niederlassung oder eine Anstellung sprechen – signifikante Unterschiede ( $p < 0,05$ ) zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten

In den ersten Berufsjahren werden nicht nur Überlegungen bezüglich des mittel- und langfristigen Berufswegs angestellt. Parallel denken viele junge Zahnärztinnen und -ärzte auch über die Gründung einer Familie nach. Beides hat für sie einen hohen Stellenwert. Dabei steht die Familiengründung weniger in „Konkurrenz“ zur zahnärztlichen Tätigkeit, denn für junge Zahn-

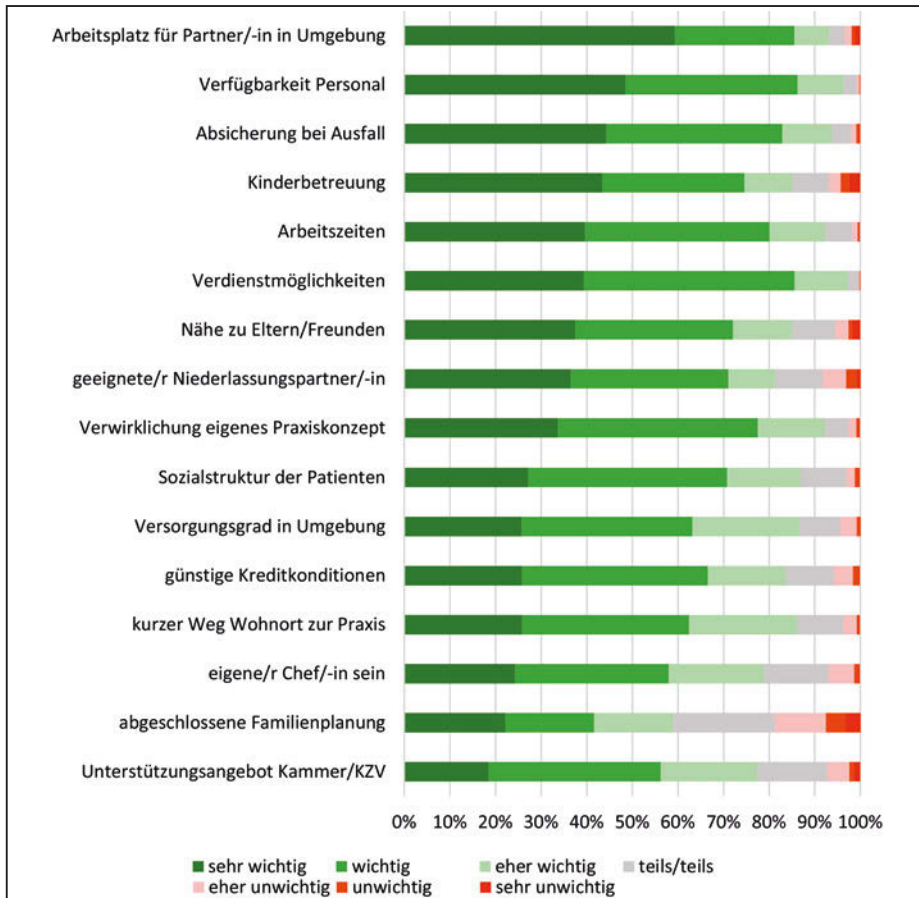
ärztinnen und -ärzte lässt sich beides in der gewählten Profession gut vereinbaren (Kettler 2017). Die Familienplanung wirkt sich jedoch auf die Entscheidung aus, ob und wie lange das Anstellungsverhältnis der Niederlassung vorgezogen wird (s. a. Abb. II.1.30). So bietet die Anstellung eine aus Sicht junger Zahnärztinnen und -ärzte „größere Planungssicherheit“<sup>12</sup>. Neben der höheren „finanziellen Sicherheit“ kann eine „temporäre Fehlzeit (...) eher verschmerzt werden“. Auch lässt sich „Wochenarbeitszeit leichter reduzieren“. Es wird befürchtet, dass bei gleichzeitiger Familien- und Existenzgründung einem der Bereiche nicht ausreichend Aufmerksamkeit zuteil wird: „Aufgrund der großen Verantwortung bezüglich der finanziellen Tragbarkeit der Praxis und auch gegenüber den Mitarbeitern würde ich mir wahrscheinlich bei einer Selbstständigkeit nicht die Zeit für meine Familie nehmen, die ich mir eigentlich wünsche“. Doch „später, wenn die Kinder etwas älter sind, kann man das Familienleben auch als Selbstständiger ganz gut mit der Praxis vereinbaren“.

Jede Determinante ist, unabhängig davon, ob sie nun für oder gegen die Niederlassung spricht, für den Einzelnen oder die Einzelne unterschiedlich wichtig in der jeweiligen persönlichen Entscheidungsfindung. Für ausgewählte Determinanten wurde daher 2019 erhoben, wie bedeutend diese bei einer möglichen Niederlassung sind bzw. bei der Niederlassung waren (Abb. II.1.14). Obwohl aus den Determinanten eine Rangfolge gebildet werden kann, wird doch deutlich: Nicht nur ein singulärer oder eine kleine Anzahl weniger Determinanten spielt bei der Entscheidungsfindung eine Rolle, sondern eine Vielzahl unterschiedlichster Aspekte wird als substantiell bewertet und fließt dementsprechend mit in den beruflichen Entscheidungsprozess ein.

Dass für junge Menschen oftmals viele Determinanten einen hohen Stellenwert haben, lässt sich auch in anderen Studien beobachten: Die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer befragte 2016 Heilberufler/-innen, darunter 100 Zahnärztinnen/-ärzte und 100 Studierende, was ihnen wichtig sei im Leben. Von 17 möglichen Determinanten waren dabei 11 Determinanten der Mehrheit der Befragten wichtig (apoBank 2017a).

---

<sup>12</sup> Im Folgenden wortwörtliche Antworten von Studienteilnehmenden der Befragung 2017 mit Kindern oder Kinderwunsch auf die offene Frage „Warum denken Sie, dass die Vereinbarkeit in der Anstellung/in der Niederlassung eher gegeben ist?“



**Abbildung II.14:** Wie wichtig sind oder waren jungen Zahnärztinnen und -ärzten in 2019 ausgewählte Determinanten bei einer (möglichen) Niederlassung?

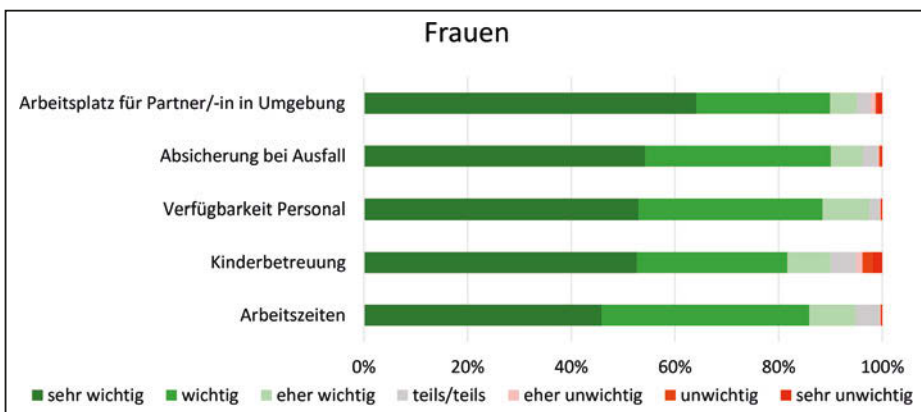
Der Arbeitsplatz für den Partner oder die Partnerin in der näheren Umgebung ist für eine große Mehrheit der jungen Zahnärztinnen und -ärzte besonders wichtig. Dieser kann insofern die Niederlassungsentscheidung erschweren, als dass je nach Beruf des Partners oder der Partnerin ein Wechsel nicht in jede Gegend möglich ist oder eine gewisse Flexibilität in der Familie bewahrt werden muss. In einer Gruppendiskussion im Jahr 2018 mit Assistenz Zahnärztinnen und -ärzten wurde deutlich, dass auch noch nicht vorhandene Partnerschaften mitgedacht werden – durch eine frühe Niederlassung wird befürchtet, möglicherweise die eigene Flexibilität einzubüßen.

Auch in anderen Umfragen wird der Stellenwert der Familie deutlich: In einer Studie der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer von 2017 gaben 94 % der Zahnärztinnen und -ärzte an, das Familienleben und die Partnerschaft seien

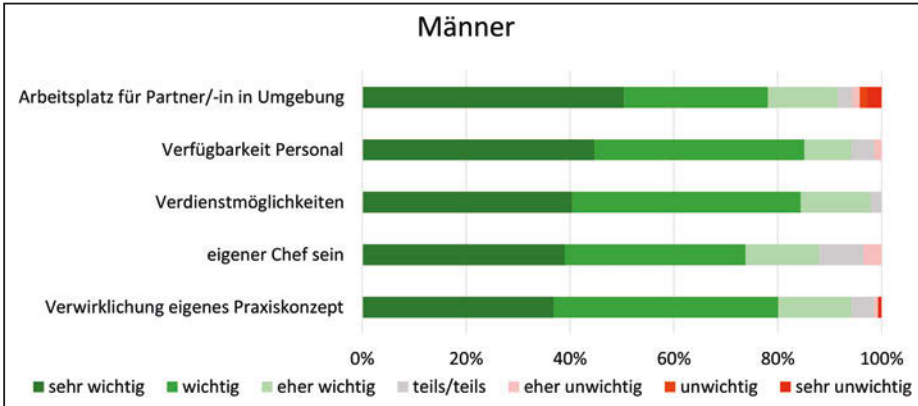
ihnen wichtig im Leben, Freizeit war es für 73 %. Während der ideelle Aspekt, Menschen zu heilen oder helfen, noch für 84 % wichtig war, war es die berufliche Karriere nur für 51 % und unternehmerisch tätig zu sein für 42 %. Auch wenn damit den befragten Zahnärztinnen und -ärzten Karriere und Unternehmertum wichtiger waren als den befragten anderen Heilberuflern/Heilberuflerinnen, schneiden auch bei ihnen Determinanten, die eher für eine Niederlassung sprechen könnten, immer deutlich schlechter ab als familiäre Aspekte (apoBank 2017a). In einer regionalen Befragung in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2019 gaben über 60 % der Angestellten an, sich aufgrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Anstellung entschieden zu haben – von den befragten Frauen waren es sogar nahezu 80 %. Vor allem für diejenigen, die seit über 10 Jahren angestellt tätig waren, war die Vereinbarkeit der wichtigste Grund (KZV BW 2019).

Vor allem Zahnärztinnen ist es wichtig, trotz der Selbstständigkeit auch für die Familie sorgen zu können und die Kinderbetreuung sichergestellt zu wissen. Sie wünschen sich eine finanzielle und personelle Absicherung auch bei Krankheit oder in der Schwangerschaft, wie es sie in der Anstellung bereits gibt (Abb. II.1.15). Auch eine regionale Umfrage in Westfalen-Lippe bestätigt, dass vor allem bei Frauen der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausschlaggebend für eine Anstellung ist, sei es als Übergangslösung vor der Niederlassung oder als Dauertätigkeit (Buss und Schlegel 2017a).

Für Zahnärzte dagegen hat oftmals die Selbstverwirklichung in ihren Überlegungen zur Niederlassung eine höhere Priorität als die Familie (Abb. II.1.16). Die von Zahnärzten genannten Determinanten werden von ihren Kolleginnen zum Teil nicht prozentual seltener genannt – doch scheinen für Frauen zusätzlich andere Determinanten in ihrem persönlichen Ranking oftmals noch wichtiger zu sein.



**Abbildung II.1.15:** Die 5 Determinanten, die von den meisten jungen Zahnärztinnen in 2019 mit „sehr wichtig“ bewertet wurden

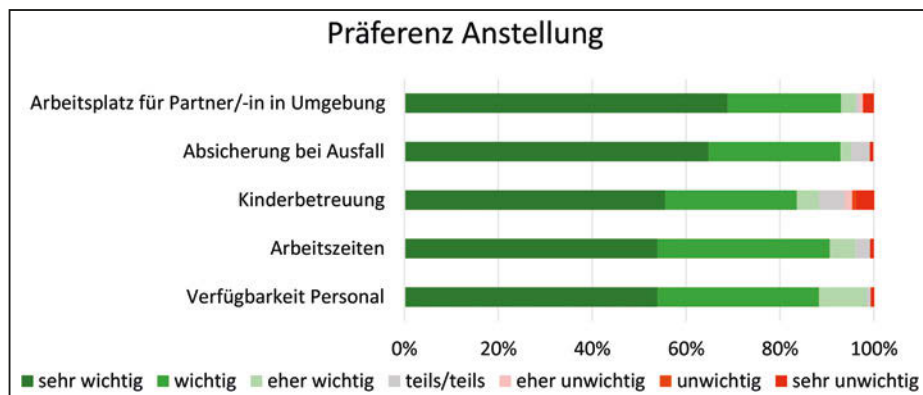


**Abbildung II.1.16:** Die 5 Determinanten, die von den meisten jungen Zahnärzten in 2019 mit „sehr wichtig“ bewertet wurden

Der Arbeitsplatz für den Partner oder die Partnerin war auch sowohl den Zahnärztinnen und -ärzten, die 2019 angaben, sich niederlassen zu wollen, als auch denjenigen, die angestellt arbeiten möchten, am wichtigsten von allen genannten Determinanten (Abb. II.1.17 und II.1.18). Die Zahnärztinnen und -ärzte, die prospektiv in die Anstellung gehen möchten, haben oftmals höhere Ansprüche an eine mögliche Niederlassung: Bis auf wenige Ausnahmen (eigener Chef sein und Verwirklichung des eigenen Praxiskonzepts) sind ihnen die genannten Determinanten häufiger „sehr wichtig“ als ihren niederlassungswilligen Kolleginnen und Kollegen. Zahnärzte und diejenigen, die bereits kurz nach der Assistenzzeit wissen, dass sie sich niederlassen möchten, sehen somit weniger Hürden auf dem Weg in die Existenzgründung.



**Abbildung II.1.17:** Die 5 Determinanten, die von den meisten jungen Zahnärztinnen und -ärzten, die eine Niederlassung anstreben, in 2019 mit „sehr wichtig“ bewertet wurden



**Abbildung II.1.18:** Die 5 Determinanten, die von den meisten jungen Zahnärztinnen und -ärzten, die eine Anstellung anstreben, in 2019 mit „sehr wichtig“ bewertet wurden

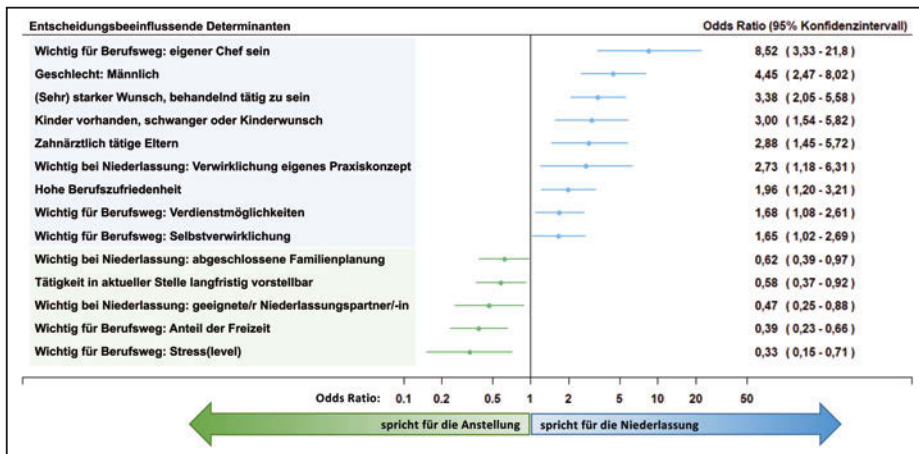
Anhand der Angaben der Studienteilnehmenden in 2019 kann für ausgewählte Determinanten ermittelt werden, ob statistisch signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Teilnehmenden mit Wunsch nach Niederlassung und denjenigen mit Wunsch nach Anstellung erkennbar waren. Für diese 14 Determinanten wurde das Chancenverhältnis, die sogenannte Odds Ratio (OR) berechnet. Das OR gibt in diesem Fall an, wie hoch die Chance ist, eine Niederlassung anzustreben, wenn bei Teilnehmenden diese Determinante vorliegt im Vergleich zu Teilnehmenden, bei denen diese Determinante nicht vorliegt.

Dabei werden einerseits Determinanten betrachtet, die in einem gewissen Rahmen veränderlich sind. So können beispielsweise Gegebenheiten im Berufsverlauf variabel sein (wie Arbeitszeiten oder der Verdienst) oder sich die persönliche Einstellung im Laufe der Zeit ändern (wie der Wunsch, eigener Chef zu sein oder die Berufszufriedenheit).

Andere Determinanten sind dagegen entweder vorhanden oder nicht, sie verändern sich im weiteren (Berufs-)Leben nicht. Auch sie beeinflussen statistisch nachweisbar, ob bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten eher ein Niederlassungswunsch vorhanden ist oder nicht. Sind die Eltern Zahnärztinnen/-ärzte, so ist die Chance, sich niederlassen zu wollen, um den Faktor 2,9 höher als bei denjenigen, deren Eltern fachfremd sind (Abb. II.1.19). Eine weitere gegebene Determinante ist das Geschlecht. Die Chance, sich niederlassen zu wollen ist für Männer 4,5-mal höher als für Frauen. Da der Einfluss dieser beiden Determinanten auf die Entscheidung Anstellung oder Niederlassung sehr hoch ist, wird in den folgenden Darstellungen ihr Einfluss aus den Wahrscheinlichkeitsangaben herausgerechnet. Als Beispiel: Bei den Teilnehmenden, denen für den weiteren Berufsweg besonders wichtig ist, eigene/r Chef/-in zu sein, ist die Chance (Odds Ratio), sich niederlassen zu wollen, 11,8 zu 1 gegenüber denjenigen, denen es weniger

wichtig ist. Adjustiert man nun nach Geschlecht und ob die Eltern Zahnärztinnen/-ärzte sind, so beträgt das Odds Ratio (OR) 8,5 (zu 1). Die Chance ist zwar weiterhin höher, jedoch wird deutlich, dass der Einfluss, den diese Determinante alleine hat, nicht so groß ist, wie man ohne die Adjustierung annehmen könnte.

Die in Abbildung II.1.19 dargestellten Odds Ratios sind daher nach Geschlecht und Beruf der Eltern adjustiert. Fünf der Determinanten sprechen für eine Anstellung. So präferieren beispielsweise diejenigen, denen eine abgeschlossene Familienplanung im Falle einer Niederlassung wichtig wäre, eher eine Anstellung als langfristigen Berufsweg. Neun Determinanten dagegen sprechen für eine Niederlassung. Beispielsweise wünschen sich diejenigen, denen die Verdienstmöglichkeiten bei einer möglichen Niederlassung wichtig sind, eher eben diese.



**Abbildung II.1.19:** Chancenverhältnis (Odds Ratio) von Merkmalen und Determinanten, bei denen ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden mit Wunsch nach Niederlassung und denen mit Wunsch nach Anstellung erkennbar war – Angaben aus 2019, einzelne Modelle je Determinante, jeweils adjustiert nach Geschlecht und Beruf der Eltern

Es kristallisierten sich neben den beiden Determinanten Geschlecht und Beruf der Eltern drei weitere Determinanten heraus, die besonders relevant sind bei der Entscheidung für den weiteren Berufsweg:

Eine Niederlassung planen vor allem diejenigen, denen der Aspekt „eigene/r Chef/-in zu sein“ wichtig ist und die ganz allgemein als besonders „angenehme Seite des Berufs die Selbstständigkeit“ nennen. Treibend für den Niederlassungswunsch scheinen also nicht primär die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes zu sein (auch wenn diese durchaus eine relevante Rolle spielen können), sondern die Persönlichkeit der jungen Zahn-



ärztinnen und -ärzte. Darüber hinaus sind es eher Männer sowie Kinder von Zahnärztinnen/-ärzten, die sich die Existenzgründung vorstellen können.

Langfristig in die Anstellung gehen möchten dagegen eher diejenigen, denen für den „weiteren Berufsweg der Anteil der Freizeit besonders wichtig“ ist.

Es treffen also zwei Lebensmodelle aufeinander: Während ein Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte sich vor allem im Beruf und in eigener Praxis verwirklichen möchte, ist für einen anderen Teil die Ausgeglichenheit zwischen verschiedenen Lebensbereichen, vor allem zwischen Arbeit und Freizeit, besonders wichtig – vielleicht sogar, weil sie sich eher in anderen Bereichen als dem Beruf verwirklichen möchten. Während die einen gerne Zeit und Arbeit in den Aufbau der eigenen Existenz investieren und dafür möglicherweise für einen gewissen Zeitraum Abstriche in anderen Lebensbereichen machen, möchten die anderen dies nicht und können dank des Arbeitsmodells der Anstellung Zeit und Anstrengungen in eben diese anderen Lebensbereiche fließen lassen.

Die betrachteten Determinanten können zwar einzeln für oder gegen eine Niederlassung sprechen oder auch in ein Ranking gebracht werden, jedoch ist der Prozess der Entscheidungsfindung auf dem Berufsweg wesentlich komplexer, als es sich in Grafiken und Tabellen darstellen lässt. Am Beispiel der Verdienstmöglichkeiten bzw. des Einkommens soll diese Komplexität und Multidimensionalität verdeutlicht werden. Dieses Beispiel wurde aufgrund seiner Nachvollziehbarkeit gewählt: Es betrifft jede Zahnärztin und jeden Zahnarzt, das Einkommen ist quantifizierbar und darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die Höhe des Gehalts mit der positiven Wahrnehmung korreliert.

*Erfahrung und Antizipation:* Nicht nur bestehende, sondern auch antizipierte Umstände spielen eine Rolle bei Karriereentscheidungen. Das aktuelle Gehalt ist bekannt. Wie es sich in Zukunft entwickeln wird – egal ob in der Anstellung oder in der Niederlassung (dann als Einnahmen-Überschuss nach Steuern und Abgaben) – kann von den Zahnärztinnen und -ärzten zunächst nur vermutet werden. Erkundigungen über die Höhe des Einkommens einzuholen, welches in der Anstellung bzw. in der Niederlassung zu erwarten ist, wäre für Interessierte durchaus möglich. Viele der jungen Zahnärztinnen und -ärzte sind mit ihrem Gehalt in den ersten Jahren der Anstellung jedoch zufrieden (siehe Teil I, Kapitel 3). Der Anreiz, von sich aus Informationen über ein mögliches zukünftiges Einkommen einzuholen, ist somit geringer. Bestimmte Gruppen haben dabei besseren Zugang zu dieser Information – Kinder aus Zahnarztfamilien beispielsweise oder auch Angestellte vermutlich eher als Studierende.

*Push- und Pull-Faktoren:* Sollte im Zuge der beruflichen Entwicklung eine finanzielle Notlage drohen, die zum Verlust oder einer inakzeptablen Senkung des Einkommens führt, kann diese Situation die Motivation für eine



Existenzgründung sein (s. a. Teil II, Exkurs, Kap. 2). Man spricht in diesem Zusammenhang von einem Push-Faktor für die Selbstständigkeit, denn der oder die Betroffene wird aufgrund widriger Umstände der aktuellen beruflichen Situation in die Selbstständigkeit gestoßen (Klingenberger 2018). Die Mehrheit der jungen Zahnärztinnen und -ärzte befinden sich, bezogen auf das Einkommen, nicht in einer solchen Situation, die zur Niederlassung aus der Not heraus führen müsste. Denn auch wenn sie vor dem Verlust des ganzen oder Teilen ihres Gehalts stehen würden, sind die Chancen auf dem Arbeitsmarkt für Zahnmedizin gut, eine Angestelltenposition mit angemessenem Gehalt zu finden. Das Angebot an Stellen für Angestellte ist groß, man kann davon ausgehen, dass kaum mehr eine Niederlassung aufgrund mangelnder Jobangebote erfolgt. Das (antizipierte) Einkommen in der Niederlassung dagegen könnte als sogenannter Pull-Faktor wirksam werden. Pull-Faktoren ziehen in die Existenzgründung, da sie die attraktiveren Möglichkeiten bieten. Dazu müsste jungen Zahnärztinnen und -ärzten der genaue finanzielle Mehrwert gegenüber dem aktuellen Gehalt bekannt sein. Wie hoch der Einkommensunterschied sein müsste, damit das Einkommen als Pull-Faktor wirksam werden würde, ist nicht erforscht. Daneben werden auch immaterielle Aspekte die Entscheidung zur Selbstständigkeit beeinflussen.

*Interdependenz:* Die gewünschte Höhe des Gehalts steht nicht unbedingt als einzelner, singulärer Faktor bei Karriereentscheidungen. Vielmehr ist er bis zu einem gewissen Grad abhängig von weiteren Faktoren, wie dem Vorhandensein von Kindern, dem Gehalt des Partners oder der Partnerin, größeren Investitionen im privaten Bereich, kostspieligen Hobbys oder Wünschen etc. Diese wiederum sind weitere Determinanten, die Einfluss auf Karriereentscheidungen haben können: Sind Kinder vorhanden oder zeitintensive Hobbys, weckt dies ggf. den Wunsch nach Teilzeittätigkeit; wurde privat eine Immobilie erworben, wird dies Einfluss auf den Tätigkeitsstandort haben. Die Höhe des (antizipierten) Einkommens alleine wird also in der Regel nicht ausschlaggebend bei Karriereentscheidungen sein.

Am Beispiel Einkommen wird deutlich, wie vielschichtig der Einfluss verschiedener Determinanten auf Karriereentscheidungen ist; nicht zuletzt, da die Determinanten sehr individuelle Lebenssituationen widerspiegeln.

#### **1.4.2 Präferierte Tätigkeitsform: Anstellung oder Niederlassung?**

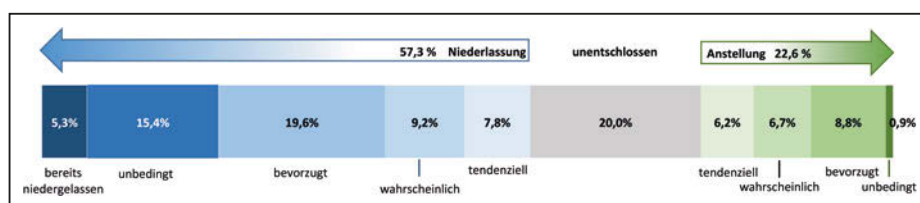
Der berufliche Weg junger Zahnärztinnen und -ärzte führt nach der Assistenzzeit zunächst meist nahtlos in die Anstellung, während der optionale Schritt in die Niederlassung oftmals intensiver abgewägt wird. Welche möglichen beruflichen Optionen die Studienteilnehmenden in der kurz- und langfristigen Zukunft für sich sehen, wurde in der Studie in regelmäßigen Abständen erhoben. Dabei wurden nicht nur Präferenzen zu Anstellung und Niederlassung erfragt, sondern auch zu Praxis- und Gründungs-

formen und zu Zeiträumen, in denen eine Niederlassung für die jungen Zahnärztinnen und -ärzte in Frage kommt.

2019 bereits niedergelassen waren 11 Zahnärztinnen und 19 Zahnärzte. In den folgenden Analysen gehen wir bei ihnen davon aus, dass sie für den Großteil ihres weiteren Berufslebens niedergelassen bleiben werden<sup>13</sup>. Die Antworten zu Präferenzen hinsichtlich des zukünftigen Karrierewegs, speziell zur Niederlassung und Anstellung, stammen von weiteren 389 Zahnärztinnen und 151 Zahnärzten. Sie wurden unabhängig von ihrem beruflichen Status befragt, denn im Hinblick auf ihre Präferenzen werden sie langfristig vermutlich mehrheitlich an der zahnärztlichen Versorgung teilnehmen.

Bei diesen jungen Zahnärztinnen und -ärzten ist davon auszugehen, dass sie mehrheitlich noch keine endgültige Entscheidung für oder gegen die Niederlassung getroffen hatten. In der Befragung im Jahr 2019 wurden sie daher nicht nur gebeten, anzugeben, ob sie den Großteil ihres Berufslebens niedergelassen oder angestellt tätig sein möchten, sondern auch über eine Graduierung zu verdeutlichen, wie sicher sie persönlich in dieser Entscheidung sind.

Langfristig möchte sich mehr als die Hälfte der Befragten niederlassen oder ist bereits niedergelassen (Abb. II.1.20: Je dunkler die Farbe, desto sicherer die Entscheidung). Während knapp ein Viertel lieber angestellt tätig sein will, ist ein Fünftel noch unentschlossen. Eine ähnliche Verteilung der Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte für ihren zukünftigen Berufsweg findet sich auch in anderen aktuellen Umfragen, nach denen etwa 60 % eine Niederlassung anstreben und 20-25 % noch unentschlossen sind (apoBank 2017b; Heidner 2019).

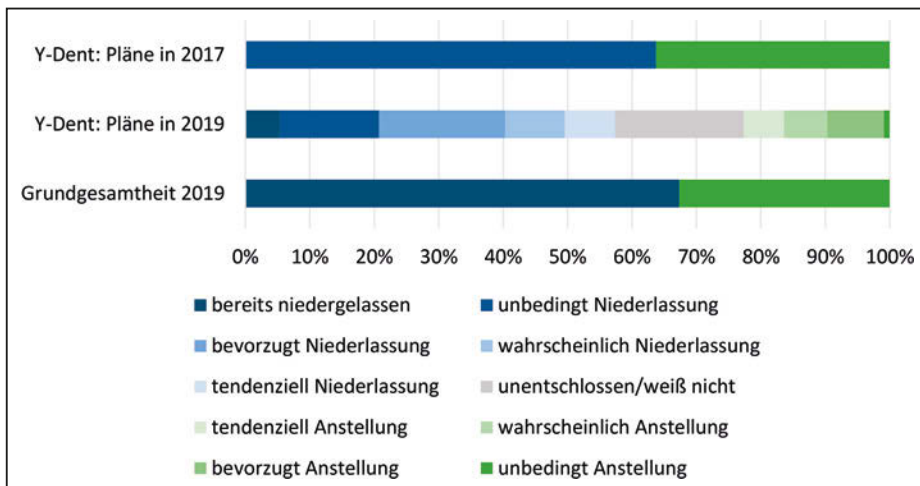


**Abbildung II.1.20:** Gewünschte langfristige Form der Berufsausübung und Graduierung der Sicherheit dieser Entscheidung

Im Jahr 2019 waren auf Bundesebene 67,3 % aller zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen und -ärzte niedergelassen. Der verhältnismäßig große Anteil Unentschlossener in der Befragung 2019 junger Zahnärztinnen und -ärzte erschwert den direkten Vergleich mit den gesamtdeutschen Zahnärztezah-

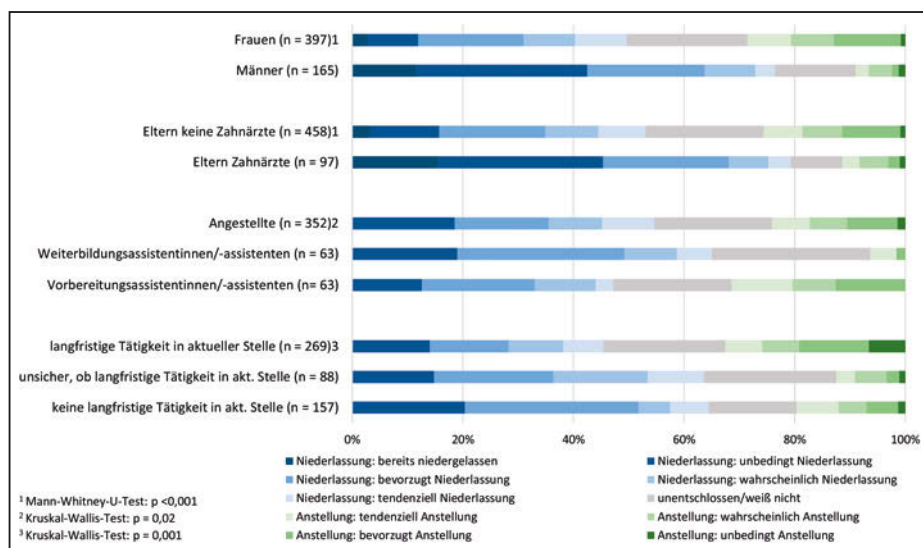
<sup>13</sup> Einige Fragen zu Präferenzen bezüglich des zukünftigen Berufswegs wurden den bereits Niedergelassenen nicht gestellt. In den Abbildungen und im Fließtext ist kenntlich gemacht, um welche Personengruppe es sich bei den Auswertungen handelt.

len. In der Befragung von 2017 wurden die Teilnehmenden gebeten, sich ohne weitere Abstufung entweder für die Anstellung oder für die Niederlassung zu entscheiden. Dies erleichtert zwar den Vergleich, jedoch waren die befragten Zahnärztinnen und -ärzte damals teilweise erst sehr kurz im Beruf. Knapp über 60 % gaben 2017 an, den Großteil ihres Berufslebens lieber niedergelassen arbeiten zu wollen (Abb. II.1.21). Sowohl die abgestuften Angaben der Befragung aus 2019 als auch die deutlichen Aussagen der weniger berufserfahrenen Zahnärztinnen und -ärzte aus 2017 lassen einen Trend erkennen: Sollten die jungen Zahnärztinnen und -ärzte ihre beruflichen Absichten in der angekündigten Form realisieren, ist bundesweit von einem weiteren Rückgang des Anteils Niedergelassener auszugehen. Eine Veränderung bestehender Strukturen konnte bereits kurz nach Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes im Jahr 2007 antizipiert werden: Anfang 2009 gaben etwa 19 % aller in einer bundesweiten Stichprobe befragten Zahnärztinnen und -ärzte an, in Zukunft Zahnärztinnen und -ärzte anstellen zu wollen (Micheelis et al. 2010).



**Abbildung II.1.21:** Angestellte und Niedergelassene in Deutschland: Realisierte Zahnärztezahlen und gewünschte langfristige Form der Berufsausübung junger Zahnärztinnen und -ärzte (Teilnehmende Y-Dent: 2017 und 2019) im Vergleich (Quelle: BZÄK 2020a)

Die beruflichen Absichten junger Zahnärztinnen unterscheiden sich signifikant von denen junger Zahnärzte: Während jeder dritte Mann unbedingt eine Niederlassung anstrebt, ist sich nur etwa jede zehnte Frau ebenso sicher (Abb. II.1.22). Auch bei der Gruppierung nach primärer Sozialisation (Beruf der Eltern), aktuellem beruflichem Status und Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitsstelle werden signifikante Abweichungen in den beruflichen Präferenzen deutlich.

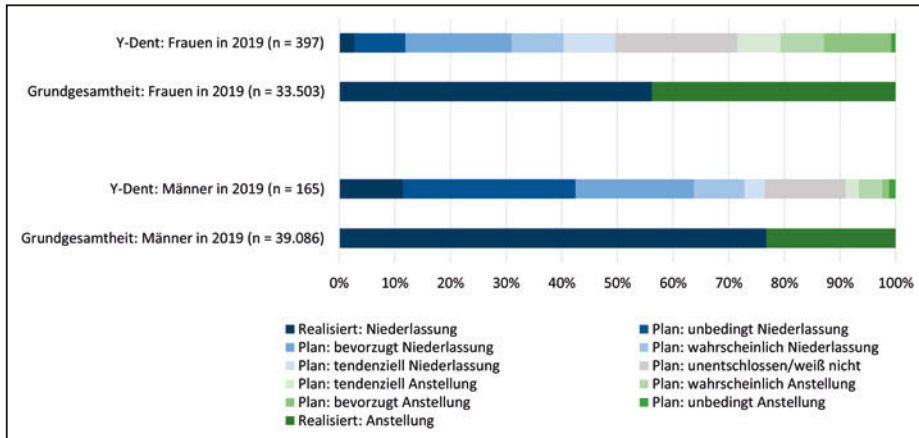


**Abbildung II.1.22:** Gewünschte langfristige Form der Berufsausübung und Graduierung der Sicherheit dieser Entscheidung nach Geschlecht und primärer Sozialisation (Angaben aller Teilnehmenden an Welle 3) sowie nach beruflichem Status und Zufriedenheit mit aktueller Arbeitsstelle (Angaben der Teilnehmenden an Welle 3, die noch nicht niedergelassen waren)

Aussagen zu den Beweggründen für die Wahl des zukünftigen Berufsweges lassen sich daraus nicht allein ableiten. Erklärungsansätze, welche Umstände eher zur Niederlassung oder eher zur Anstellung führen, sind weiter oben unter „Determinanten für berufliche Entscheidungen“ (Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.1) dargestellt. Verdeutlicht wird dagegen, wie sich unterschiedliche Typen hinsichtlich ihrer Präferenzen unterscheiden. So wissen wir bereits, dass Männer eher als Frauen (OR 4,5 zu 1) und dass Kinder von Zahnärztinnen/-ärzten eher als Kinder, deren Eltern keine Zahnärztinnen und -ärzte sind (OR 2,9 zu 1), den Wunsch entwickeln, sich niederzulassen.

Im Jahr 2019 waren 56,2 % aller zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen niedergelassen und 76,8 % aller Zahnärzte (BZÄK 2020a). Fasst man realisierte Niederlassungen und Präferenzen der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte in 2019 zusammen, verteilen sie sich ähnlich (Abb. II.1.23). Grundsätzlich ist die Niederlassungsneigung von Zahnärztinnen niedriger als die von Zahnärzten. Dieser Trend deutete sich bereits im Jahr 2010 an: Schon damals favorisierten in einer Befragungsstudie Zahnärztinnen häufiger als Zahnärzte die damals relativ neue Möglichkeit der Anstellung (Michaelis et al. 2010). Auch wenn sich also bei alleiniger Betrachtung der Zahnärztinnen bzw. der Zahnärzte am Verhältnis Niedergelassener zu Angestellten in den kommenden Jahren wenig verändern sollte, würde der wachsende

Anteil an Zahnärztinnen, von denen im direkten Vergleich mit den Zahnärzten ein geringerer Anteil niedergelassen ist bzw. in die Niederlassung gehen möchte, insgesamt dennoch zu einem sinkenden Anteil Niederlassener führen.



**Abbildung II.1.23:** Anstellung und Niederlassung von Zahnärztinnen und -ärzten: Realisierte Niederlassungen und Anstellungen in Deutschland 2019 und realisierte Niederlassungen sowie gewünschte langfristige Form der Berufsausübung junger Zahnärztinnen und -ärzte (Y-Dent 2019), vergleichend nach Geschlecht (Quelle: BZÄK 2020b)

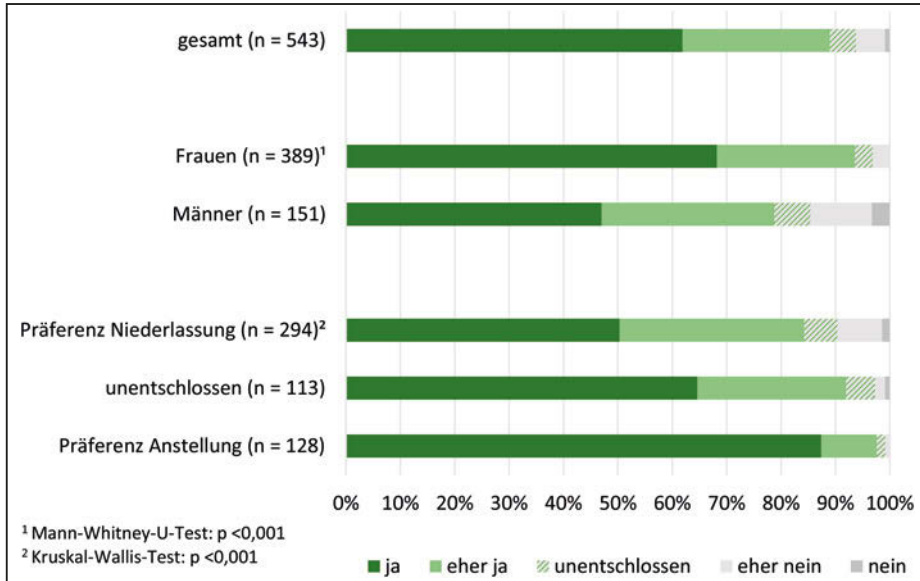
Doch wie verhält es sich mit den Unentschlossenen (vgl. Abb. II.1.20), zu denen sich immerhin 20 % der befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte rechnen? Mit ihren Einstellungen, beispielsweise zur Wichtigkeit bestimmter Determinanten bei Entscheidungen auf dem Berufsweg, stehen sie oft irgendwo zwischen den Einstellungen derjenigen, die sich eher niederlassen möchten und den Einstellungen derjenigen, die eher angestellt tätig sein wollen. Grundsätzlich denken sie jedoch signifikant seltener über ihren zukünftigen Berufsweg nach, als diejenigen, die angestellt oder niedergelassen tätig werden möchten (Kruskal-Wallis-Test:  $p < 0,001$ ). Um behandelnd tätig zu sein, müssen sie das auch nicht, denn seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2007 stehen verschiedene Berufswege, welche die ambulante Patientenbehandlung ermöglichen, zur Auswahl. Für junge Zahnärztinnen und -ärzte besteht daher weder zwingend die Notwendigkeit, eine aktive Entscheidung zu treffen, um zahnärztlich tätig zu sein, noch, sich gedanklich mit ihrer beruflichen Zukunft auseinanderzusetzen.

Das eher passive Abwarten der Unentschlossenen erhöht den Anteil der Angestellten weiter. Denn es ist davon auszugehen, dass sich ein gewisser Anteil der Angestellten nicht bewusst und aus Überzeugung für genau die-

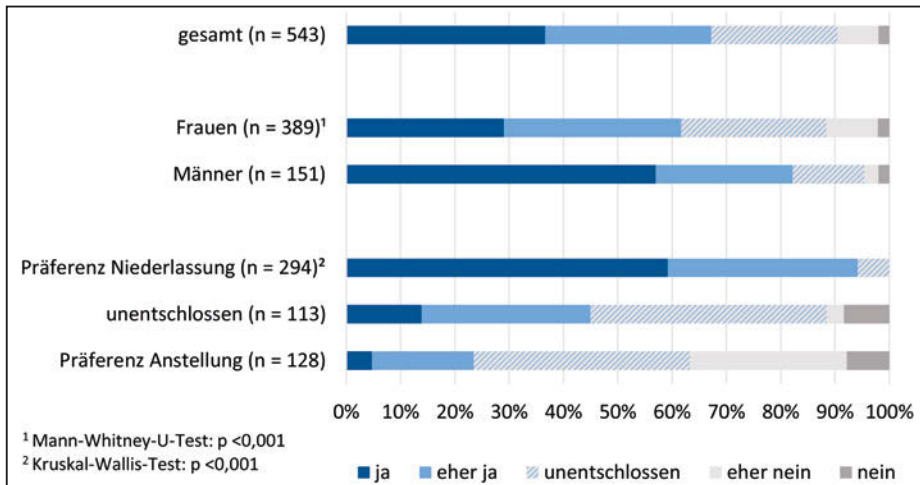
sen Berufsweg entschieden hat, sondern zunächst weiter in der Anstellung arbeitet, ohne aber eine Niederlassung grundsätzlich auszuschließen.

Die Studienergebnisse sind diesbezüglich als Momentaufnahme zu verstehen, welche die Wünsche und beruflichen Präferenzen zu einem Zeitpunkt etwa drei bis vier Jahre nach dem Erlangen der Approbation widerspiegelt. Wie festgelegt die jungen Zahnärztinnen und -ärzte in ihren Präferenzen bezüglich der Tätigkeitsform in den ersten Berufsjahren sind und wie sich ihre Intention, sich im Laufe des eigenen Berufslebens niederzulassen oder angestellt zu arbeiten, entwickelt, betrachten wir in den folgenden Abschnitten.

So können sich nicht nur Unentschlossene, sondern insgesamt 90 % der befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte vorstellen, zunächst noch einige Zeit in der Anstellung tätig zu sein. Dies trifft auch auf diejenigen zu, die grundsätzlich eine Niederlassung anstreben (Abb. II.1.24). Gleichzeitig könnten sich für ihr weiteres Berufsleben auch zwei Drittel der jungen Zahnärztinnen und -ärzte vorstellen, sich nach einer bestimmten Zeit in der Anstellung in eigener Praxis niederzulassen (Abb. II.1.25). Nur 2 % schließen eine Niederlassung für ihre berufliche Zukunft völlig aus. Die deutliche Zustimmung zu beiden Fragen einerseits, aber das Offenhalten beider Optionen andererseits verdeutlicht, dass der Karriereweg eines Großteils der jungen Zahnärztinnen und -ärzte zunächst sicher in die Anstellung führt, während die Niederlassung ein Schritt ist, der zwar nicht ausgeschlossen, in den ersten Berufsjahren jedoch zunächst noch abgewägt wird. Dies betrifft signifikant häufiger als Zahnärzte die Zahnärztinnen, die mehrheitlich eine eher längere Phase in der Anstellung verbringen wollen. Darüber hinaus sind sie auch eher noch unentschlossen in Bezug auf eine spätere mögliche Niederlassung.



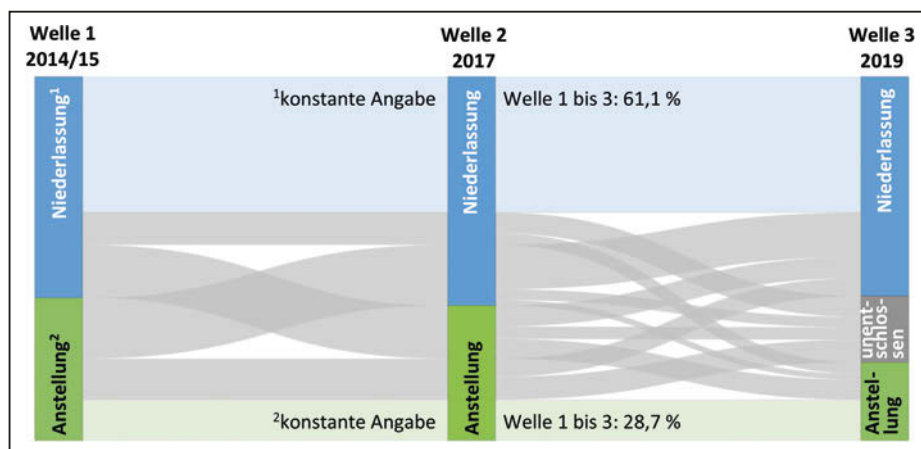
**Abbildung II.1.24:** Können sich noch nicht niedergelassene junge Zahnärztinnen und Zahnärzte vorstellen, (weiterhin) eine bestimmte Zeit in der Anstellung zu arbeiten? Antworten nach Geschlecht sowie derjenigen, die langfristig eine Niederlassung planen, der Unentschlossenen und derjenigen, die langfristig in der Anstellung tätig sein möchten



**Abbildung II.1.25:** Können sich noch nicht niedergelassene junge Zahnärztinnen und Zahnärzte vorstellen, sich nach einer bestimmten Zeit in einer eigenen Praxis niederzulassen? Antworten nach Geschlecht sowie derjenigen, die langfristig eine Niederlassung planen, der Unentschlossenen und derjenigen, die langfristig in der Anstellung tätig sein möchten



Grundsätzlich jedoch scheinen die Zahnärztinnen und -ärzte, die eine Niederlassung anstreben, in ihren beruflichen Plänen gefestigter zu sein. Die Studienteilnehmenden wurden in allen drei Befragungen gebeten, anzugeben, ob sie auf lange Sicht gesehen niedergelassen oder angestellt tätig sein wollen. Mehr als 60 % derjenigen, die bereits im Studium langfristig eine Niederlassung anstrebten, hielten über alle drei Befragungswellen konstant an dieser Intention fest. Diejenigen, die im Studium noch vorhaben, langfristig angestellt<sup>14</sup> tätig zu sein, änderten dagegen überwiegend in den beiden folgenden Befragungswellen mindestens einmal ihre Meinung (Abb. II.1.26). Einschränkend ist zu bedenken, dass Unsicherheiten in Bezug auf die eigene berufliche Zukunft in den Befragungen der Jahre 2015 und 2017 nicht abgebildet wurden. So bleibt offen, welcher Anteil derjenigen, die angaben, in die Niederlassung gehen zu wollen, dies mit großer Sicherheit vorhat<sup>15</sup>.



**Abbildung II.1.26:** Gewünschte langfristige Form der Berufsausübung im zeitlichen Verlauf (Angaben von 384 Teilnehmenden, die an allen drei Befragungswellen teilgenommen haben)

Wie sich diese Intention im Laufe des Berufslebens entwickelt, sollte dennoch beobachtet werden. Denn möglicherweise nimmt mit steigendem Alter und einer höheren Zahl an Berufsjahren der Anteil derjenigen zu, die in der Anstellung bleiben möchten. Doch der Wille sich niederzulassen ist bei der Mehrzahl junger Zahnärztinnen und -ärzte durchaus vorhanden und das auch konstant über die ersten Berufsjahre hinweg.

<sup>14</sup> In dieser longitudinalen Betrachtung wurde die Kategorie „Tätigkeit an einer Klinik“, die in Welle 1 in diesem Wortlaut erfragt wurde, im weiteren Verlauf der Kategorie „angestellt“ zugeordnet. Denn diese Tätigkeit erfolgt in der Anstellung und hat, im Gegensatz zu anderen Tätigkeiten der Kategorie „Sonstiges“ (beispielsweise Industrie), auch einen Versorgungsauftrag.

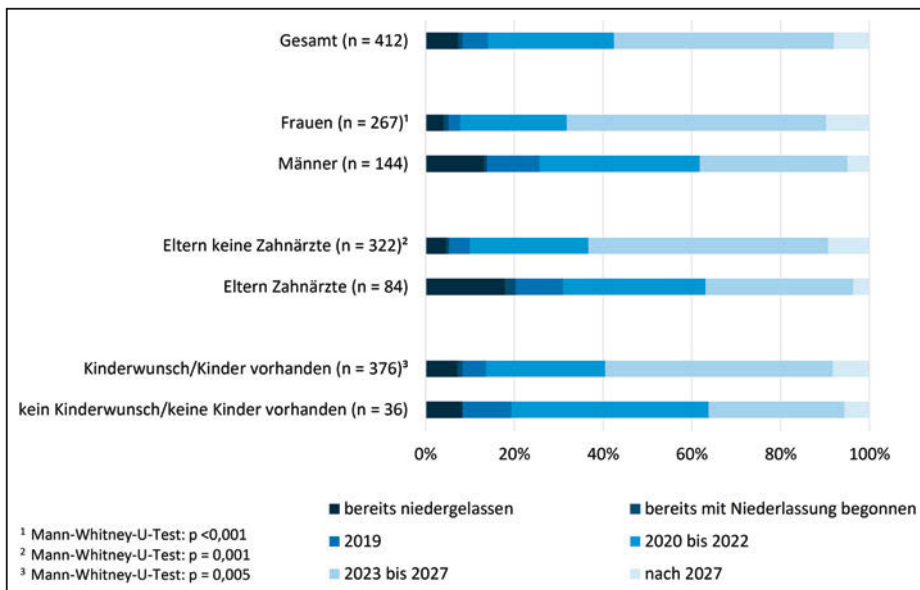
<sup>15</sup> Durch die Forced-Choice-Fragestellung sortieren sich die Unsicheren in eine der beiden Gruppen ein.



### 1.4.3 Niederlassungszeitpunkt

Wie lange nach ihrem Berufseintritt aber gehen junge Zahnärztinnen und -ärzte in die Niederlassung? Studienteilnehmende, die in der Befragung von 2019 bereits niedergelassen waren, haben sich zügig für die Existenzgründung entschieden. Zwei Jahre zuvor waren diejenigen, die an beiden Befragungswellen teilgenommen haben, alle in der Assistenzzeit ( $n = 25$ ).

Für 382 der noch nicht niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzte, die sich an der Befragung von 2019 beteiligt haben, kommt eine Niederlassung ganz allgemein in Frage. Über die Hälfte von ihnen visiert den Zeitraum zwischen 2023 und 2027 für die eigene Existenzgründung an (Abb. II.1.27).



**Abbildung II.1.27:** Anvisierter Zeitraum der Niederlassung: Je heller die Schattierung, desto weiter in der Zukunft. Antworten nach Geschlecht, primärer Sozialisation und Kinderwunsch oder Kinder vorhanden – Angaben der Teilnehmenden in 2019, die sich eine Niederlassung grundsätzlich vorstellen können

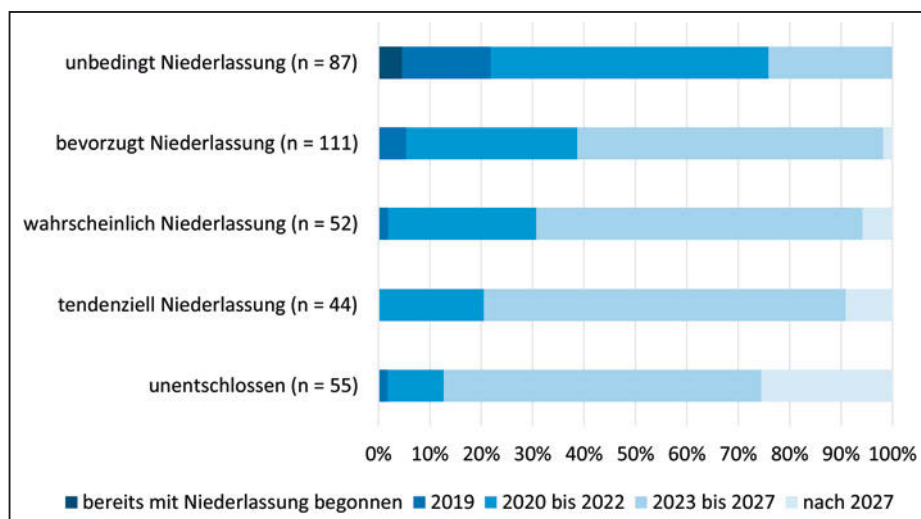
Zahnärztinnen und -ärzte aus zahnärztlichen Familien planen ihre Existenzgründung in der Regel früher nach dem Studium und bereits in einem jüngeren Alter als diejenigen, die kein zahnärztliches Elternteil haben. Sie wären bei der geplanten Niederlassung etwa  $34,1 (\pm 3,4)$  Jahre alt, ihre Kolleginnen und Kollegen ohne zahnärztliche Eltern dagegen  $35,6 (\pm 3,3)$  Jahre. Die bereits Niedergelassenen waren zum Zeitpunkt der Befragung mit  $31,6 (\pm 3,1)$  Jahren deutlich jünger. So sind auch die Anfang 2019 aus

dem Studienpanel bereits Niedergelassenen zur Hälfte Zahnartzkinder. Dass Kindern aus Selbstständigen-Haushalten der Schritt in die Niederlassung leichter fällt, da Abläufe und Konditionen einerseits bereits bekannt und andererseits auch leichter zugänglich sind, beschreibt auch Struck (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2).

Nicht nur die familiäre Herkunft, sondern auch die Planung der eigenen Familie spielt eine Rolle für den anvisierten Niederlassungszeitraum. Bei Teilnehmenden mit Kindern oder Kinderwunsch rückt die mögliche Existenzgründung weiter in die Zukunft. Aufgrund der sehr geringen Anzahl befragter junger Zahnärztinnen und -ärzte, die keinen Kinderwunsch haben, muss dieser Vergleich mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch ist die Familienplanung ein ausschlaggebender Faktor, die Niederlassung nicht zeitnah zu realisieren, vor allem für Zahnärztinnen, die sich oftmals später niederlassen wollen als ihre Kollegen.

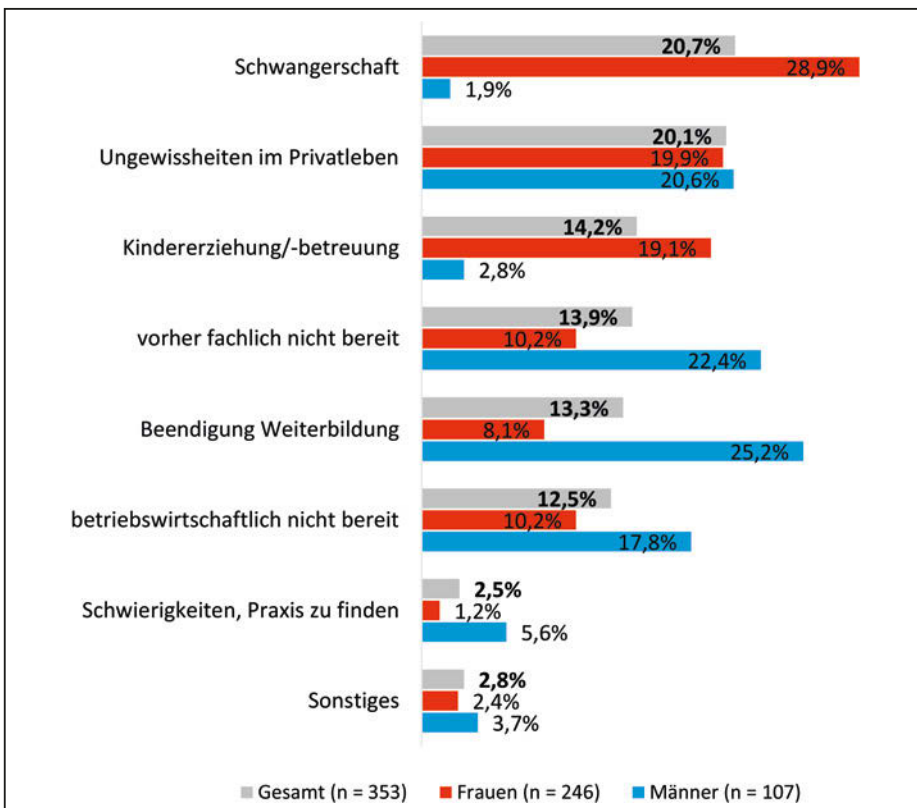
Zahnärzte mit dem langfristigen Ziel einer Niederlassung möchten ihre Existenzgründung in der Regel zeitnäher realisieren als ihre weiblichen Kolleginnen. Dabei wären die befragten Zahnärztinnen zum Zeitpunkt der angestrebten Niederlassung mit durchschnittlich 35,5 ( $\pm$  3,3) Jahren nur wenig älter als die Zahnärzte mit 34,9 ( $\pm$  3,4) Jahren.

Für alle Studienteilnehmenden jedoch gilt: Je sicherer sich die noch nicht niedergelassenen jungen Zahnärztinnen und -ärzte hinsichtlich einer Niederlassung sind, desto zeitnäher wollen sie gründen (Abb. II.1.28).



**Abbildung II.1.28:** Anvisierter Zeitraum der Niederlassung nach Sicherheit, mit der Teilnehmende sich niederlassen wollen – Angaben aus 2019

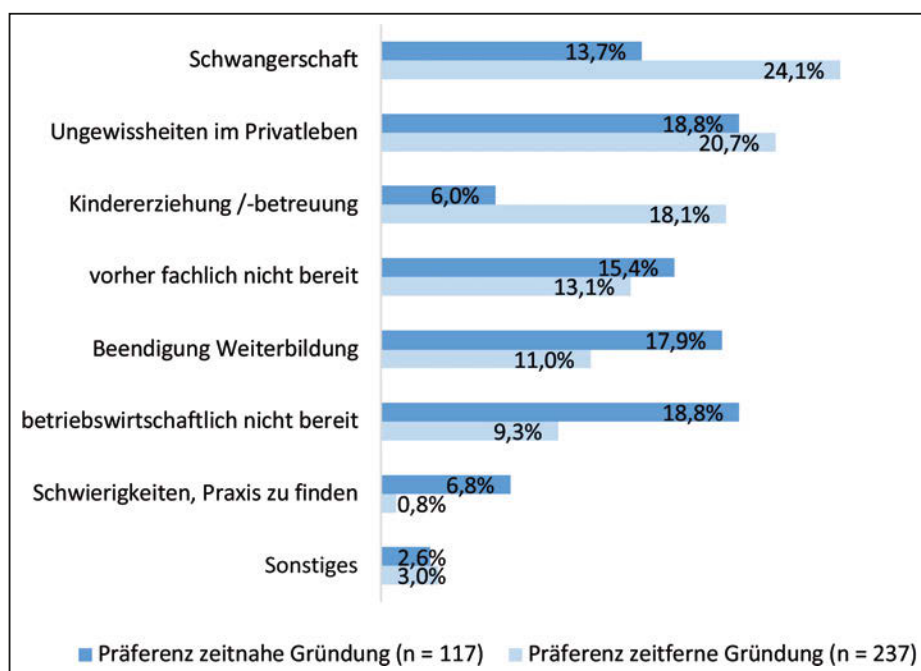
Die Gründe für eine zeitverzögerte Niederlassung können vielfältig sein, mögliche Erklärungsansätze sind weiter oben im Abschnitt II.1.4.1 ausführlich diskutiert. Diejenigen Teilnehmenden, die ihr grundsätzliches Interesse an einer Niederlassung bekundet hatten, diese jedoch nicht innerhalb des nächsten Jahres realisieren wollten, gaben ihren persönlichen Hauptgrund für das Hinauszögern der Niederlassung an (Abb. II.1.29): Zahnärztinnen wollen sich in den ersten Berufsjahren zunächst auf ihr privates Leben fokussieren, bevor sie eine Niederlassung realisieren. Nahezu jede Dritte möchte sich erst nach einer oder mehreren Schwangerschaften niederlassen, für jede Fünfte kollidiert die Betreuung von Kindern mit ihren Plänen, in die Selbstständigkeit zu gehen. Junge Zahnärzte fühlen sich dagegen zu diesem Zeitpunkt, also drei bis vier Jahre nach der Approbation, oftmals in beruflicher Hinsicht noch nicht bereit für die Niederlassung, teilweise fachlich, teilweise auch betriebswirtschaftlich. Dass in der Selbsteinschätzung als unzureichend wahrgenommene eigene Kenntnisse von der Existenzgründung abhalten oder diese verzögern können, beschreibt auch Struck



**Abbildung II.1.29:** Hauptgrund, aus dem eine Niederlassung frühestens in einem Jahr in Frage kommt (Teilnehmende mit Berufsziel Niederlassung, die sich nicht innerhalb des nächsten Jahres niederlassen wollen) – Antworten nach Geschlecht

(s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2). Buss und Schlegel finden in ihrer Studie ebenfalls Anhaltspunkte, dass die Anstellung als Übergang bewusst gewählt wird, um diese Zeit zur weiteren beruflichen Qualifizierung mit Blick auf die angestrebte Niederlassung zu nutzen (Buss und Schlegel 2017b).

Während junge Zahnärztinnen und -ärzte die Aneignung fachlicher Kenntnisse bis zur Niederlassung in einem überschaubaren Zeitraum umsetzen möchten, geben sie der Familiengründung mehr Raum. Für 42 % der Befragten, die sich eine Niederlassung in frühestens vier Jahren vorstellen können, sind Schwangerschaft und/oder Kinderbetreuung Determinanten, welche den Gründungszeitpunkt beeinflussen, bei den früher Gründungs-willigen dagegen nur für 20 % (Abb. II.1.30).

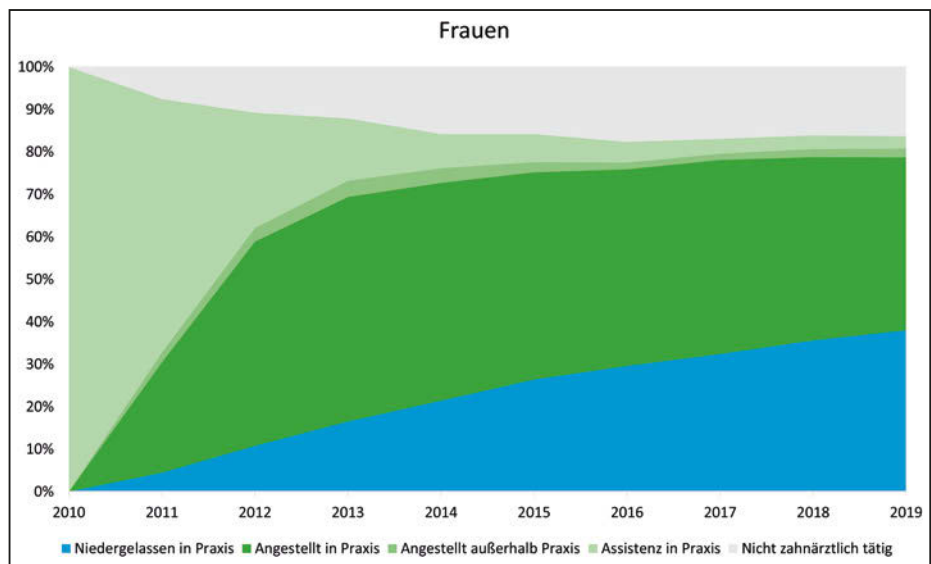


**Abbildung II.1.30:** Hauptgrund, aus dem eine Niederlassung frühestens in einem Jahr in Frage kommt (Teilnehmende mit Berufsziel Niederlassung, die sich nicht innerhalb des nächsten Jahres niederlassen wollen; Teilnehmende mit Präferenz einer zeitnahen Gründung geben an, sich in 1-3 Jahren niederlassen zu wollen; Teilnehmende mit Präferenz einer zeitfernen Gründung geben an, sich in frühestens 4 Jahren niederlassen zu wollen)

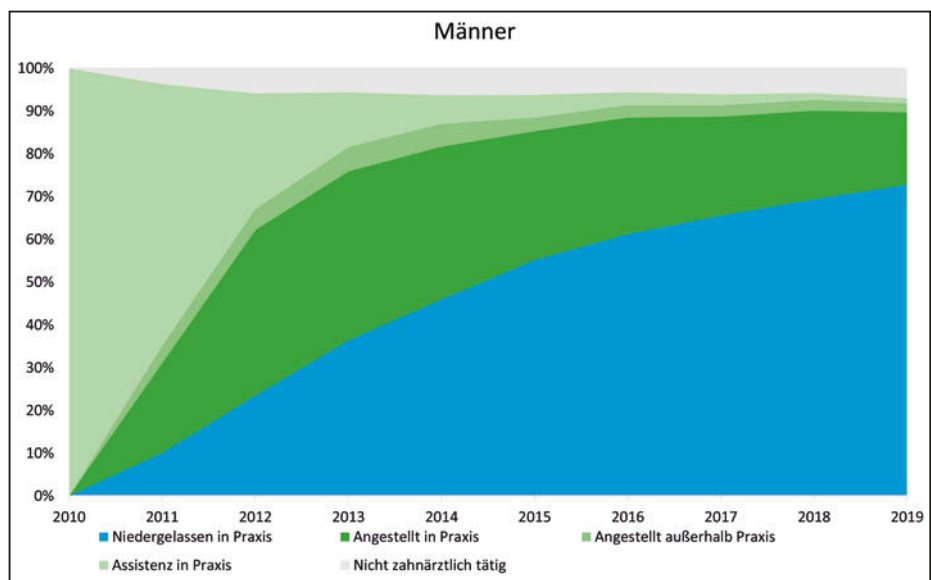
Die Übergangsphase zwischen Studium und Niederlassung beschränkt sich bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten nicht mehr nur auf die Assistenzzeit. Diese ausgedehnte Phase wird bewusst in Anspruch genommen, um Ziele zu verfolgen. Teilweise werden zunächst Vorhaben aus nichtberuflichen Lebensbereichen priorisiert, wie etwa die Familiengründung. Die Niederlassung wird auf einen Zeitpunkt verschoben, in der berufliche und familiäre Sicherheit gegeben sind (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.6). Aber auch zum Erreichen beruflicher Ziele wird die Zeit genutzt, beispielsweise durch intensivere fachliche Vorbereitung, als es in den zwei Jahren Assistenzzeit alleine möglich ist.

Dabei verschieben nahezu 30 % der Teilnehmenden im Laufe der Studie, also über eine Dauer von 4 Jahren, den anvisierten Zeitraum für die eigene Niederlassung weiter in die Zukunft. Immerhin 12 % geben bei der letzten Befragung einen früheren Zeitraum an als noch in den Jahren zuvor. Nahezu 60 % dagegen halten an ihrem ursprünglich geplanten Niederlassungszeitraum unverändert fest. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass der Lebensabschnitt des Einstiegs in den Beruf durch Unwägbarkeiten geprägt sein kann. Beruflich und bei einem Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte wahrscheinlich auch privat werden Ereignisse und Prozesse stattfinden, die zu Beginn des Berufseinstiegs nicht unbedingt vollumfänglich antizipiert werden können. Dass eine Mehrheit dennoch – zumindest in der Planung – an dem anvisierten Zeitraum für die eigene Niederlassung festhält, deutet auf die Beharrlichkeit hin, mit der viele junge Zahnärztinnen und -ärzte dieses berufliche Ziel verfolgen.

Mit welchen Zeiträumen bis zur Niederlassung ggf. zu rechnen ist, machen die bundesweiten Daten der Bundeszahnärztekammer zur Niederlassung deutlich: Für alle im Jahr 2010 als „Assistenzahnärztinnen/-ärzte“ erfassten Zahnärztinnen und -ärzte wurde beobachtet, wie sich ihr beruflicher Status im Laufe der Jahre entwickelte (Abb. II.1.31 und II.1.32). Nach 4 Jahren sind 46 % der Zahnärzte niedergelassen, jedoch nur 21,4 % der Zahnärztinnen, nach 8 Jahren 71,6 % der Zahnärzte und 38,4 % der Zahnärztinnen. Männer lassen sich also schneller nieder, als es bei den Zahnärztinnen zu beobachten ist. Dabei sind hier nur die Ergebnisse eines Jahrgangs (2010) abgebildet. Daten zu nachfolgenden Jahrgängen lassen vermuten, dass der Anteil Niedergelassener eines jeden Jahrgangs zukünftig langsamer steigen könnte. Denn waren von den Assistenzahnärztinnen und -ärzten des Jahres 2010 sechs Jahre später (also 2016) 29,6 % der Frauen niedergelassen und 61,4 % der Männer, waren von den Assistenzahnärztinnen und -ärzten des Jahres 2012 sechs Jahre später (also 2018) erst 26,3 % der Frauen niedergelassen und 53,0 % der Männer.

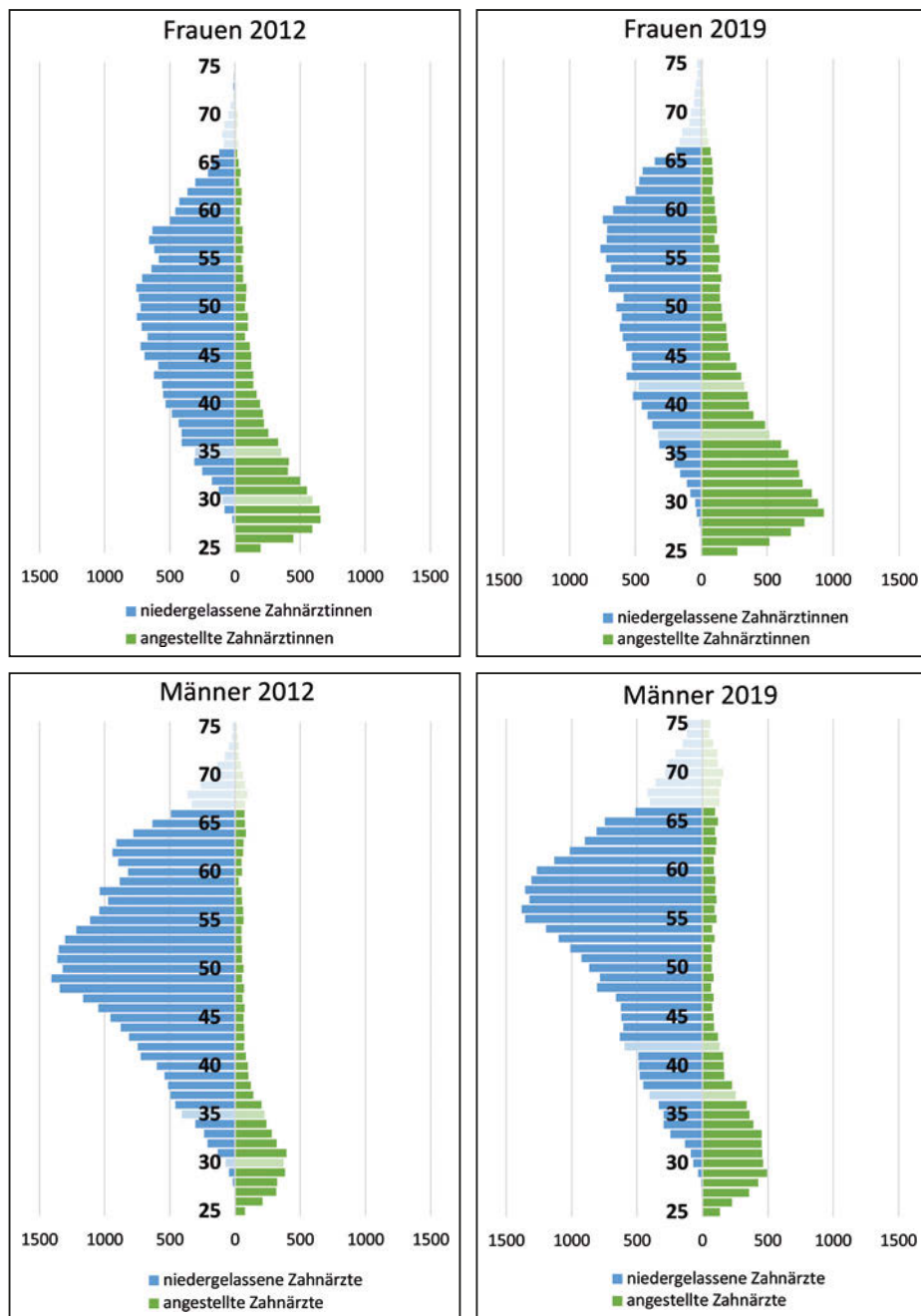


**Abbildung II.1.31:** Welchen beruflichen Status haben Zahnärztinnen, die 2010 in der Assistenzzeit waren, in den Folgejahren? Daten der Zahnärztekammern (ohne Schleswig-Holstein und Berlin)



**Abbildung II.1.32:** Welchen beruflichen Status haben Zahnärzte, die 2010 in der Assistenzzeit waren, in den Folgejahren? Daten der Zahnärztekammern (ohne Schleswig-Holstein und Berlin)

Bei im Jahr 2018 erstmals niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzten lagen zwischen Approbation und Niederlassung im Durchschnitt 8,3 Jahre (BZÄK 2020b). Während bei Zahnärzten auch eine längere Phase der Anstellung beobachtet werden kann als noch 2012, sind es vor allem junge Frauen, die im direkten Vergleich (siehe die beiden hell markierten Jahrgänge in Abbildung II.1.33) sowohl im Schnitt weniger häufig als auch später in die Niederlassung gehen. Somit steigt auch der Altersdurchschnitt von Existenzgründerinnen und -gründern: Lag er bundesweit 2015 bei 36,6 Jahren, waren zwanzig Jahre zuvor Existenzgründer/-innen noch durchschnittlich drei Jahre jünger (33,6 Jahre). Der Anteil der unter 30-Jährigen an den Existenzgründern/-gründerinnen sank im gleichen Zeitraum von über 20 % auf unter 10 % (Klingenberger 2018). Das Durchschnittsalter der Gesamtheit der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte steigt damit seit Jahren kontinuierlich; seit 2011 von 50,2 auf 52,8 Jahre (BZÄK 2012; BZÄK 2019). Die Zahnärzteschaft wird älter, wobei es vor allem die geburtenstarken Jahrgänge sind, die nun – analog zur restlichen Bevölkerung in Deutschland – nach und nach das Renteneintrittsalter erreichen (Abb. II.1.33, vgl. auch Abb. II.1.5). Ein Großteil von ihnen ist niedergelassen. Zwar können Zahnärztinnen und -ärzte seit 2009 unbegrenzt lange tätig sein, denn die bis dahin geltende Altersgrenze von 68 Jahren wurde abgeschafft (GKV-OrgWG). Doch geburtenschwächere Jahrgänge könnten die Entwicklung des steigenden Durchschnittsalters auch bei gleichbleibender Verteilung Niederlassung zu Anstellung und Wegfall der Altersgrenze nicht ausgleichen (s. Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.1). Solange noch geburtenstarke Jahrgänge aus dem Beruf ausscheiden und der Anteil Niedergelassener zu Angestellten stabil bleibt, ist daher weiter mit einem Anstieg des Durchschnittsalters Niedergelassener zu rechnen.



**Abbildung II.1.33:** Zahnärztepyramiden Niederlassung und Anstellung: a) Zahnärztinnen 2012; b) Zahnärztinnen 2019; c) Zahnärzte 2012; d) Zahnärzte 2019 (Hell markiert sind jeweils zwei gleiche Jahrgänge) – Daten der Zahnärztekammern (Quelle: BZÄK 2020b)



#### 1.4.4 Präferierte Gründungsform

Bei Existenzgründungen ist zwischen verschiedenen Gründungsformen bzw. Gründungsarten zu unterscheiden: Eine Neugründung baut nicht auf einer bereits bestehenden Praxis auf, sondern wird von Grund auf neu geplant. Bei einer Übernahme geht eine bestehende Praxis von einem Inhabenden auf den nächsten über. Beim Beitritt wird ein zusätzlicher Inhaber oder eine zusätzliche Inhaberin in eine bestehende Praxis aufgenommen, die Zahl der Inhabenden wächst bei diesem Modell. Und beim Einstieg verlässt ein Inhaber bzw. eine Inhaberin eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft und wird durch einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin ersetzt, wodurch die Zahl der Inhabenden gleichbleibt (Klingenberger 2018). Darüber hinaus ist zu entscheiden, ob eine rein privat-zahnärztliche Niederlassung erfolgen soll oder eine vertragszahnärztliche Niederlassung, welche zur Behandlung kassenzahnärztlich versicherter Patientinnen und Patienten berechtigt.

Von 412 Studienteilnehmenden<sup>16</sup> liegen Angaben zur intendierten oder realisierten Existenzgründung vor. Auch hier gilt: Die Niederlassung ist ein Ereignis, welches ein Großteil der Befragten zwar angedacht, jedoch noch nicht detailliert geplant hat. Insofern sind ihre Antworten eher als Gedankenspiel denn als festgesetzter Plan zu interpretieren.

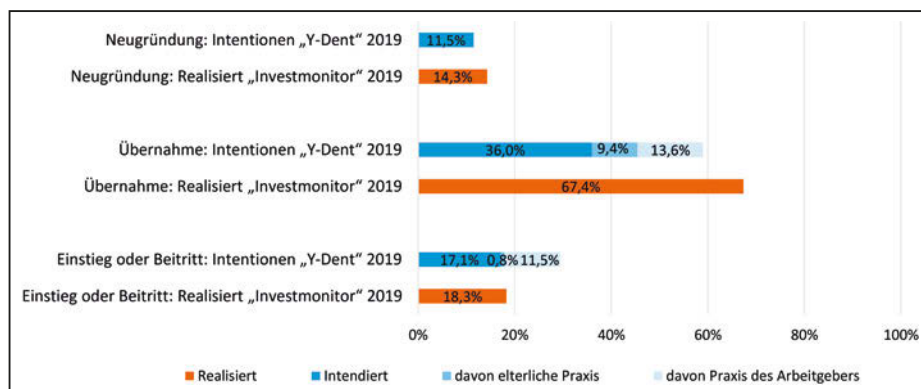
Nur 5,5 % der jungen Zahnärztinnen und -ärzte können sich die Niederlassung in einer ausschließlich privat-zahnärztlichen Praxis vorstellen. Die 30 bereits Niedergelassenen haben alle eine Kassenzulassung. Im Jahr 2019 nahmen 48.501 Zahnärztinnen und -ärzte an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, weniger als 1 % aller niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzte betrieben eine Privatpraxis (KZBV 2019; KZBV 2020a). Die Kassenzulassung schließt die zahnmedizinische Mitversorgung der in Deutschland 8,7 Mio. privat versicherten Patientinnen und Patienten sowie weiteren 16 Mio. Patientinnen und Patienten mit privater Zusatzversicherung nicht aus (PKV 2020). Da weiterhin nahezu alle Zahnärztinnen und -ärzte eine Niederlassung mit Kassenzulassung in Erwägung ziehen, werden vermutlich auch zukünftig weder die 73 Millionen gesetzlich Versicherten (BMG 2020) noch die privat Versicherten unversorgt bleiben müssen.

Von 30 Teilnehmenden, die sich bereits niedergelassen haben, gründete nur einer neu. Die Hälfte der bereits Niedergelassenen hat mindestens ein zahnärztliches Elternteil. 13 von ihnen, also über 40 % der bereits Niedergelassenen, konnten die elterliche Praxis übernehmen oder in diese mit einsteigen. Die Vorstellungen, wie die eigene Gründung aussehen soll, ob Kassenzulassung oder Privatpraxis, ob Übernahme oder Einstieg, war bei

<sup>16</sup> 30 bereits Niedergelassene; 294, die den Großteil ihres Berufslebens (unbedingt, bevorzugt, wahrscheinlich oder tendenziell) niedergelassen arbeiten wollen; 88 weitere, die sich vorstellen können, sich nach einer bestimmten Zeit in eigener Praxis niederzulassen.

den bereits Niedergelassenen über die Befragungswellen nahezu konstant. Bis zur dritten Befragung konnten diese Vorstellungen mehrheitlich realisiert werden. Zu vermuten ist, dass diese Zahnärztinnen und -ärzte auch deswegen vergleichsweise früher als ihre Kolleginnen und Kollegen in die Niederlassung gingen, weil sie die Existenzgründung in den von ihnen präferierten Praxis- und Gründungsstrukturen ohne größere Barrieren realisieren konnten.

Erfolgte Existenzgründungen in 2019 waren größtenteils Übernahmen (Klingenberger und Köhler 2020). Auch die jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die eine Niederlassung erst in der Zukunft realisieren wollen, möchten überwiegend eine bestehende Praxis übernehmen. Anvisiert ist davon die Übernahme der Praxis der Eltern bei knapp 10 % und die des aktuellen Arbeitgebers bei etwa 14 % (Abb. II.1.34). Eine Praxis neu zu gründen planen zum jetzigen Zeitpunkt nur 11,5 % derjenigen, die eine Niederlassung grundsätzlich in Betracht ziehen. Die gewünschte Gründungsform muss nicht immer der tatsächlich realisierten entsprechen: Sowohl die Übernahme als auch der Einstieg oder Beitritt setzen eine Einigung zwischen (in der Regel älteren) Praxisinhabenden und (oft jüngeren) Existenzgründerinnen und -gründern voraus. Nicht selten kommt es zum Abbruch der Übernahmeverhandlungen, da systematische Meinungsunterschiede hinsichtlich der vorliegenden und der gewünschten Praxiseigenschaften bestehen (Klingenberger und Sander 2014).



**Abbildung II.1.34:** Gründungsformen: Intentionen der Y-Dent-Teilnehmenden 2019 (Angaben von 381 Teilnehmenden, die noch nicht niedergelassen waren und sich eine Niederlassung vorstellen können) und realisierte Gründungsformen von Gründern aus 2019 (Quelle: Klingenberger und Köhler 2020)

Der Anteil der Neugründungen lag 2019 bei 14,3 % aller Existenzgründungen. In der letzten Dekade war dieser Anteil relativ konstant, nachdem er in der Dekade davor deutlich zurückgegangen war (Klingenberger 2018). Eine gegenläufige Entwicklung war bei Übernahmen zu beobachten, die 2019

einen Anteil von nahezu 70 % ausmachen (Klingenberg und Köhler 2020). Der Weg der Neugründung ist vermutlich nicht nur wegen des hohen Finanzierungsaufwands unattraktiver für Existenzgründerinnen und -gründer, sondern auch die Notwendigkeit, einen Patientenstamm eigenständig neu aufbauen zu müssen, kann als nachteilig gegenüber der Übernahme empfunden werden (Klingenberg und Becker 2004). Auch kann die Niederlassung bei der Übernahme etwas sanfter und zeitlich gestreckter erfolgen, indem stufenweise zunächst die Anstellung, dann der Einstieg bzw. Beitritt (als sogenannte „Übergangsberufsausübungsgemeinschaft“) und schlussendlich die Übernahme erfolgt (Klingenberg 2018).

Seit 2006 sinkt die Anzahl der Praxisinhabenden (KZBV 2018). Mehr Niedergelassene geben ihre Praxis ab, als neue Existenzgründende dazu kommen – auf dem Praxisübernahmemarkt herrscht damit ein Angebotsüberhang (Klingenberg 2018). Dieser Angebotsüberhang wird voraussichtlich in den nächsten Jahren bestehen bleiben. Denn es gehen in den kommenden Jahren viele Zahnärztinnen und -ärzte aus geburtenstarken Jahrgängen in Rente, von denen die meisten niedergelassen sind. Von den nachrückenden Zahnärztinnen und -ärzten wird sich nur ein Teil niederlassen, und von diesen wiederum nur ein Teil eine Bestandspraxis übernehmen. Trotz der Unwägbarkeiten und vereinfachten Annahmen wird bereits jetzt deutlich, dass damit auch künftig für einen Teil der bestehenden Zahnarztpraxen kein/keine Nachfolger/-in zu finden sein wird.

Junge Zahnärztinnen und -ärzte haben Idealvorstellungen von der Gründung entwickelt und es ist zunächst davon auszugehen, dass sie diese auch wie gewünscht umsetzen möchten. Können die gewünschten Bedingungen nicht realisiert werden, erschwert dies den Übergang in die eigene Praxis. Dadurch verzögert sich die Niederlassung möglicherweise – weil entweder gewartet wird, bis die Idealbedingungen hergestellt sind oder eine Anpassung der Präferenzen erfolgt ist – oder die Niederlassung wird möglicherweise sogar ganz verworfen. Einige junge Zahnärztinnen und -ärzte werden auch bezüglich der Gründungsform noch indifferent sein. Offenheit gegenüber verschiedenen Optionen könnte sich somit positiv auf den Gründungsprozess auswirken, da sich ggf. mehr Gelegenheiten zur Existenzgründung bieten.

#### **1.4.5 Präferierte Praxisformen und Praxisgrößen**

Die gängigen Praxisformen sind juristisch definiert, die Legaldefinitionen beschreiben die Verantwortlichkeiten der Inhabenden. Die (klassische und) häufigste zahnärztliche Praxisform ist die Einzelpraxis, in der ein niedergelassener Zahnarzt oder eine niedergelassene Zahnärztin alleine für eine Praxis an einem Praxissitz (mit oder ohne Zweigstellen) zuständig ist.

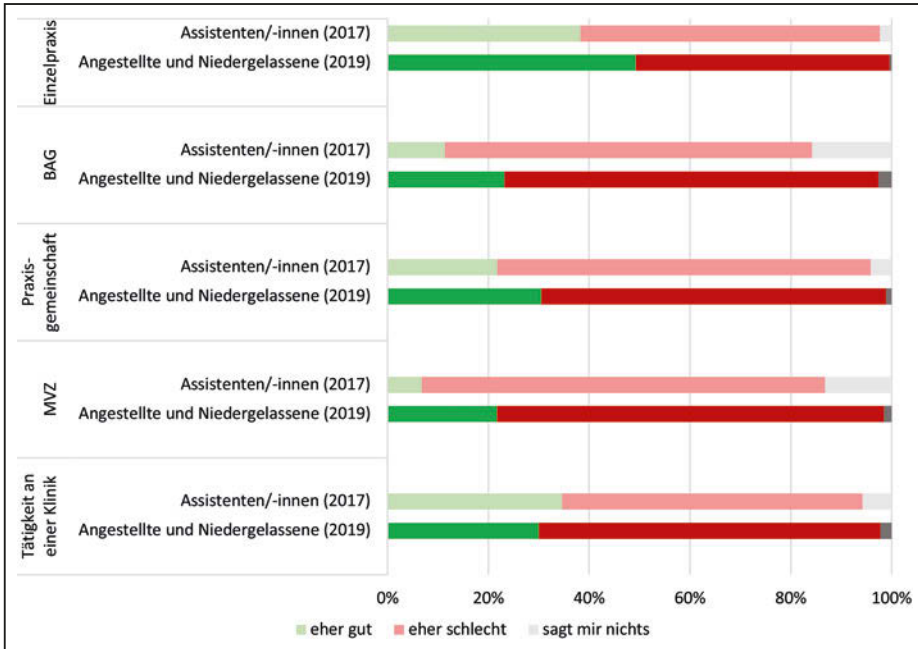
Bei der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) schließen sich mehrere niedergelassene Zahnärzte oder Zahnärztinnen zur gemeinsamen Tätigkeit in einer Praxis an einem Praxissitz mit gemeinsamen Patienten, Personal und Rechnungsstellung zusammen. Bis 2007 hieß diese Art der Praxisform Gemeinschaftspraxis.

Auch die Praxisgemeinschaft ist ein Zusammenschluss, in der jedoch jeder Inhaber für seinen bzw. jede Inhaberin für ihren eigenen Patientenstamm verantwortlich ist. Nur ein Teil der Praxis, wie beispielsweise Räume oder Personal, wird gemeinsam genutzt.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stellen eine relativ junge Praxisform dar. Die Gründung eines MVZ in Deutschland ist zwar seit 2004 möglich, fachgruppengleich (und damit in der Zahnmedizin von besonderer Relevanz) jedoch erst seit 2015 (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz). Es handelt sich um Einrichtungen, in denen Gesellschafter, die Zahnärztinnen/-ärzte sein können, aber nicht müssen, die rechtliche Leitung innehaben. Fachlich-medizinisch werden MVZ (zahn-)ärztlich geleitet und weitere Ärzte oder Zahnärzte können als Angestellte oder Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte tätig sein (BZÄK 2011).

Je nach Praxisgröße – die wiederum in Teilen auch durch die (juristische) Praxisform vorgegeben ist – können in einer Praxis daher zwischen einem Zahnarzt/einer Zahnärztin und (zumindest in der Theorie) unbegrenzt viele Zahnärztinnen und -ärzte tätig sein. Vorgaben gibt es für die Zahl angestellt tätiger Zahnärztinnen/-ärzte: Je Inhaber/-in dürfen drei, mit Genehmigung vier vollzeitbeschäftigte Zahnärztinnen/-ärzte angestellt werden (BMV-Z § 9 Abs. 3).

Das Wissen zu verschiedenen Praxisformen ist bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten in der Regel eher schlecht und verbessert sich auch in den ersten Berufsjahren nur geringfügig (Abb. II.1.35). Insofern ist davon auszugehen, dass nicht jede/r Befragte zwischen den juristischen Termini Berufsausübungsgemeinschaft und Praxisgemeinschaft differenzieren kann, denn mit diesen Begrifflichkeiten müssen sich junge Zahnärztinnen und -ärzte nicht zwangsläufig auseinandersetzen. Im Arbeitsalltag wird vermutlich eher wahrgenommen, wie vielen Inhabenden die Praxis des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin gehört oder wie viele zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen dort beschäftigt sind. In einigen Fragestellungen wurde der veraltete Begriff „Gemeinschaftspraxis“ gewählt, um dennoch eine Tendenz aufzeigen zu können, beispielsweise zu gemeinschaftlich geführten Praxen oder der Praxisgröße.

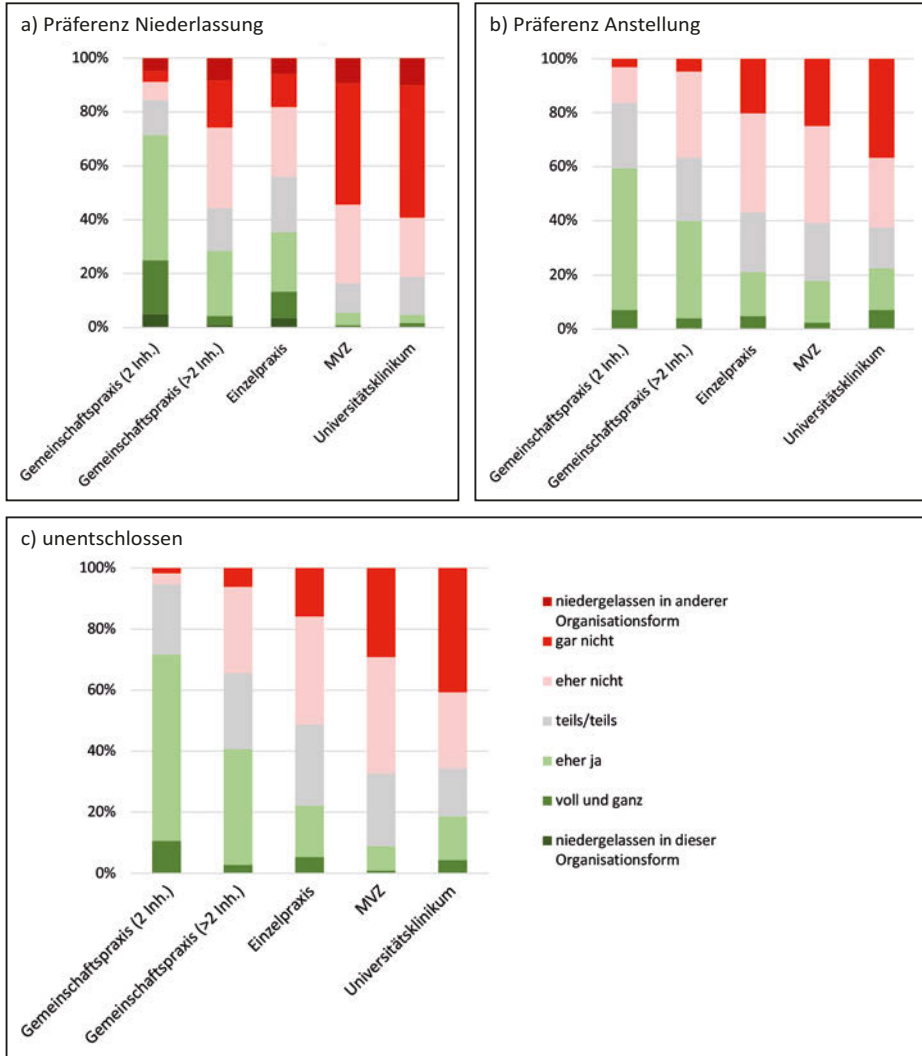


**Abbildung II.1.35:** Selbsteinschätzung zum Informationsgrad junger Zahnärztinnen und -ärzte zu verschiedenen Praxisformen in der Assistenzzeit (2017) und der Anstellung bzw. Niederlassung (2019) – 272 Teilnehmende aller drei Befragungswellen

Kleinere gemeinschaftliche Praxisformen werden von jungen Zahnärztinnen und -ärzten bevorzugt (Abb. II.1.36). Während sich diejenigen, die eine Niederlassung anstreben, alternativ am ehesten die Tätigkeit in einer Einzelpraxis vorstellen können, tendieren diejenigen, die angestellt arbeiten möchten oder noch unentschlossen sind, eher zu größeren gemeinschaftlichen Praxisformen<sup>17</sup>. Damit sind jedoch explizit nicht (Zahn-)Medizinische Versorgungszentren gemeint. Denn das Ansehen von Z-MVZ als Arbeitgeber ist bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten vergleichsweise schlechter als das anderer Praxisformen. Vor allem die Möglichkeit der Mitgestaltung des Praxiskonzepts wird überwiegend schlecht oder sehr schlecht beurteilt (56 %). Dass man als Angestellte/r das Praxiskonzept mitgestalten kann, wird eher Einzelpraxen zugeschrieben. Dort vermuten 68 % sehr gute oder gute Möglichkeiten zur Mitgestaltung des Praxiskonzepts. In gemeinschaftlichen Praxisformen (Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxisgemeinschaften) werden von jungen Zahnärztinnen und -ärzten insgesamt die besten Arbeitsbedingungen vermutet. Gerade auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erwarten sie dort besser umsetzen zu können. Auch in einer Umfrage der Deutschen Apotheker- und Ärztebank bewerteten Zahnmediziner/-innen kooperative Praxisfor-

<sup>17</sup> Die Angaben der Gruppen weichen signifikant voneinander ab (Kruskal-Wallis-Test).

men als besonders familienfreundlich (apoBank 2019). Es kann davon ausgegangen werden, dass die (vermuteten) Arbeitsbedingungen bei der Suche nach einer Anstellung und der Wahl der Praxisform eine große Rolle spielen, da in der Anstellung oftmals viele Jahre verbracht werden.

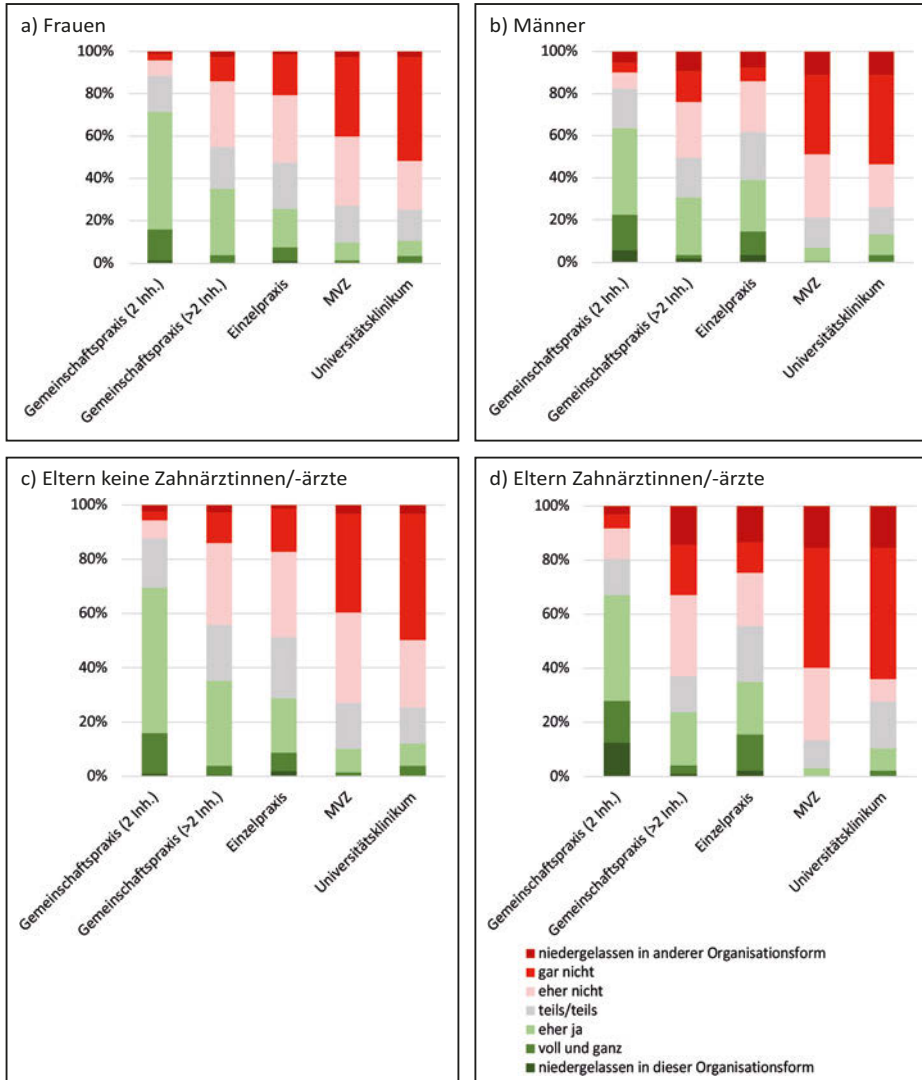


**Abbildung II.1.36:** Wie gut können sich junge Zahnärztinnen und -ärzte vorstellen, langfristig in bestimmten Praxisformen tätig zu sein (2019)? Angaben a) Teilnehmende, die sich niederlassen wollen oder bereits niedergelassen sind (n = 324), b) Teilnehmende, die angestellt arbeiten möchten (n = 128) und c) Teilnehmende, die unentschlossen sind (n = 113)

Die befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte tendieren in ihren Aussagen zur zukünftigen Praxisform eher zu Betriebsgrößen, die sie in ihrem bisherigen Berufsleben bereits kennengelernt haben. Sind oder waren sie in Einzelpraxen angestellt, kommen für sie auch in Zukunft eher Einzelpraxen oder kleine Gemeinschaftspraxen mit 2 Inhabenden in Frage. Befragte, die in kleinen Gemeinschaftspraxen tätig waren, präferieren diese oftmals auch für die Zukunft. Kleinere Gemeinschaftspraxen werden auch von Zahnärztinnen und -ärzten favorisiert, die Erfahrungen in größeren Gemeinschaftspraxen sammeln konnten. Darüber hinaus können sie sich alternativ die Tätigkeit in größeren Gemeinschaftspraxen vorstellen. Befragte, die in einem MVZ angestellt waren, würden sich dagegen überwiegend zukünftig eher für andere gemeinschaftliche Praxisformen entscheiden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte präferieren für ihre zukünftige Berufsausübung unterschiedliche Praxisformen (Abb. II.1.37 a, b)<sup>18</sup>. Die kleine „Gemeinschaftspraxis“ mit maximal 2 Inhabenden ist zwar bei beiden Geschlechtern das favorisierte Modell, doch während junge Zahnärzte alternativ eher zur Einzelpraxis tendieren, würden sich junge Zahnärztinnen eher in Richtung gemeinschaftlicher Praxisformen mit mehr Inhabenden orientieren. Auch die Studienteilnehmenden mit mindestens einem zahnärztlichen Elternteil können sich eher die Tätigkeit in einer Einzelpraxis vorstellen als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne zahnärztliche Eltern (Abb. II.1.37 c, d). Positive Erfahrungen mit einer Einzelpraxis im Elternhaus haben bei ihnen möglicherweise dazu beigetragen, dass diese Praxisform auch für den eigenen Berufsweg infrage kommt (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2).

<sup>18</sup> Signifikante Unterschiede bei den Angaben zur Einzelpraxis, zur Gemeinschaftspraxis mit mehr als 2 Inhabenden und zum MVZ (Whitney-U-Test).

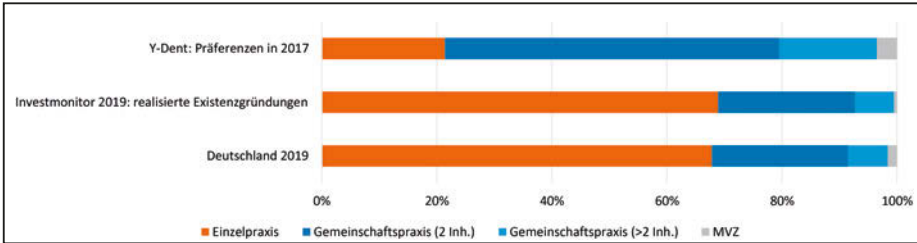


**Abbildung II.1.37:** Wie gut können sich junge Zahnärztinnen und -ärzte vorstellen, langfristig in bestimmten Praxisformen tätig zu sein (2019)? Angaben von a) Teilnehmerinnen (n = 400) und b) Teilnehmern (n = 170), c) von Teilnehmenden, deren Eltern keine Zahnärztinnen/-ärzte sind (n = 466), d) von Teilnehmenden, deren Eltern Zahnärztinnen/-ärzte sind (n = 97)

Auf Bundesebene waren im Jahr 2019 68 % aller Praxisinhabenden in einer Einzelpraxis (Abb. II.1.38) niedergelassen (KZBV 2020b). Sollten die jungen Zahnärztinnen und -ärzte die eigene Niederlassung in ihrer favorisierten Praxisform realisieren können, würde diese Entwicklung auf lange Sicht zu einem Rückgang der Einzelpraxen führen. Gleichzeitig würde die



Anzahl der Praxisformen mit mehreren zahnärztlichen Inhabenden zunehmen. Ein überdurchschnittliches Interesse, als Inhabende in (Zahn-)Medizinische Versorgungszentren einzusteigen, besteht bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten dagegen nicht.

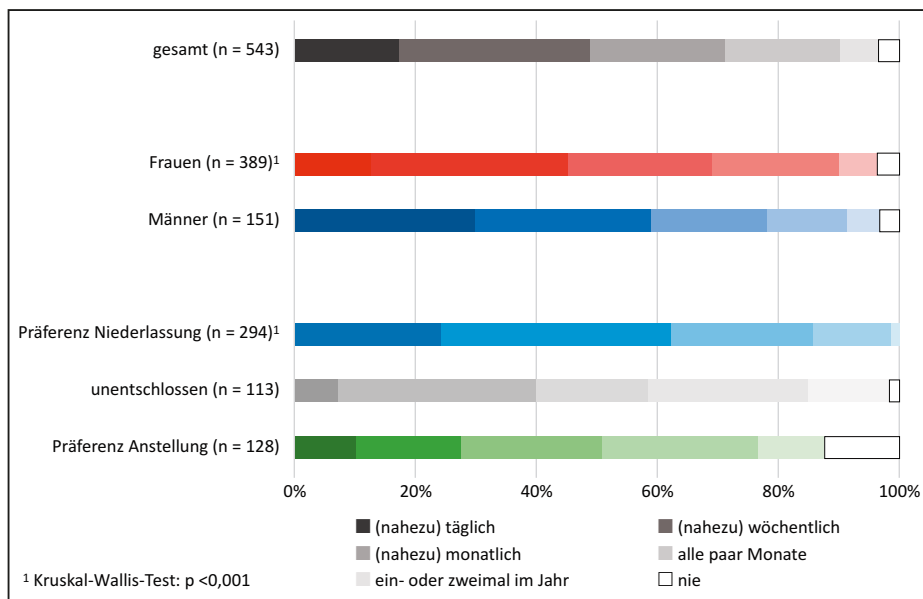


**Abbildung II.1.38:** Praxisformen Niedergelassener in Deutschland: Präferierte langfristige Praxisform junger Zahnärztinnen und -ärzte (Teilnehmende Y-Dent 2017 mit Wunsch zur Niederlassung, n = 565), in 2019 realisierte Existenzgründungen (n = 605) sowie Praxisformen bundesweit Niedergelassener (n = 48.501) im Vergleich

Bei realisierten Praxisneugründungen dagegen ist die Einzelpraxis weiterhin die am häufigsten gewählte Praxisform. Bis etwa 2004 war auf Bundesebene ein Rückgang des Anteils der Einzelpraxen zu beobachten. Zeitgleich stieg der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften auf etwa 18-19 % und macht seit nunmehr 15 Jahren etwa ein Fünftel aller bestehenden Praxen aus (KZBV 2019; Klingenberger 2018). Ihr Anteil an den Existenzgründungen liegt höher; in den Jahren zwischen 2007 und 2017 im Mittel bei 30 %. Gleichzeitig werden im Durchschnitt etwa 23 % aller Einzelpraxen nach ihrer Übernahme in Berufsausübungsgemeinschaften umgewandelt, umgekehrt erfolgten Umwandlungen von Berufsausübungsgemeinschaften in Einzelpraxen nur in etwa 18 % der Übernahmen (Klingenberger 2018). Die beobachtete Entwicklung könnte – unabhängig von den Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte – dazu beitragen, dass der Anteil der gemeinschaftlich geführten Praxisformen in Zukunft langsam weiter steigen wird. Das bedeutet nicht, dass die Einzelpraxis in Zukunft keine Bedeutung mehr haben wird, denn nach wie vor ist sie die häufigste Praxisform. Doch ist sie, wenn auch juristisch Einzelpraxis genannt, längst keine Praxis mehr, in der zwingend nur ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin tätig ist. Klingenberger (2018) spricht davon, dass eher der „Einzelkämpfer als die Einzelpraxis“ verschwindet. Die erhobenen Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte sprechen dafür, dass sich dieser Trend verstärken wird.

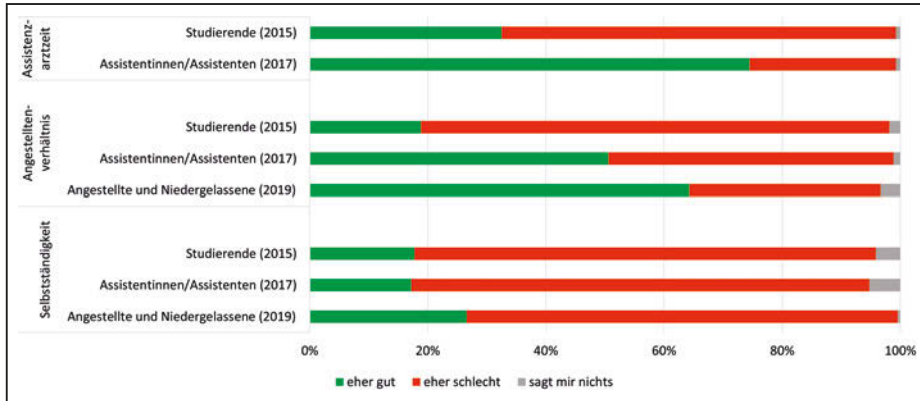
### 1.4.6 Vorbereitung auf die Niederlassung

Vor einer Niederlassung steht zunächst die gedankliche Auseinandersetzung mit dem weiteren Berufsweg. Etwa die Hälfte der noch nicht niedergelassenen Befragten beschäftigt sich regelmäßig mit ihrer zukünftigen Berufsausübung und denkt mindestens einmal die Woche darüber nach (Abb. II.1.39). Jede/r Zehnte setzt sich dagegen nur sehr selten oder nie mit dem weiteren Berufsweg auseinander.



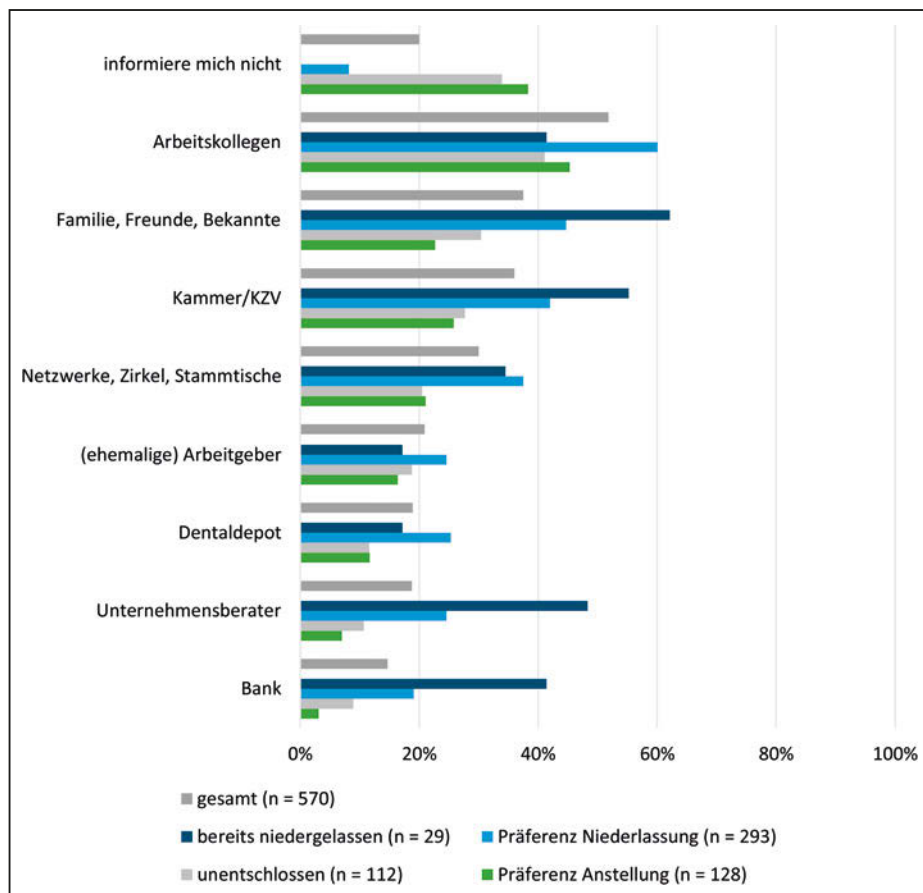
**Abbildung II.1.39:** Häufigkeit des Nachdenkens über den weiteren Berufsweg: Je heller die Schattierung, desto seltener – Angaben aus 2019 von Teilnehmerinnen (rot) und Teilnehmern (tiefblau); von Teilnehmenden, die eher zur Niederlassung tendieren (leichtblau), die eher zur Anstellung tendieren (grün) und Unentschlossenen (grau)

Dabei ist der Kenntnisstand vieler junger Zahnärztinnen und -ärzte über verschiedene Optionen auf ihrem weiteren Berufsweg gering (Abb. II.1.40). Verbessern sich die Kenntnisse über den jeweiligen aktuellen Berufsstatus zwar im Laufe der Zeit, scheint nicht unbedingt eine proaktive Auseinandersetzung mit (möglichen) kommenden beruflichen Optionen zu erfolgen. Auch nahezu vier Jahre nach der Approbation fühlen sich daher drei Viertel der Befragten nur unzureichend über die Niederlassung informiert.



**Abbildung II.1.40:** Informationsgrad junger Zahnärztinnen und -ärzte zu Berufswegen im Studium (2015), in der Assistenzzeit (2017) und der Anstellung bzw. Niederlassung (2019) – 272 Teilnehmende aller drei Befragungswellen

So informieren sich ein Fünftel der jungen Zahnärztinnen und -ärzte grundsätzlich nicht über die Niederlassung (Abb. II.1.41). Für diejenigen, die sich aktiv um Informationen bemühen, ist vor allem das direkte Umfeld die wichtigste Quelle – neben Kolleginnen und Kollegen sind dies Familie und Freunde.

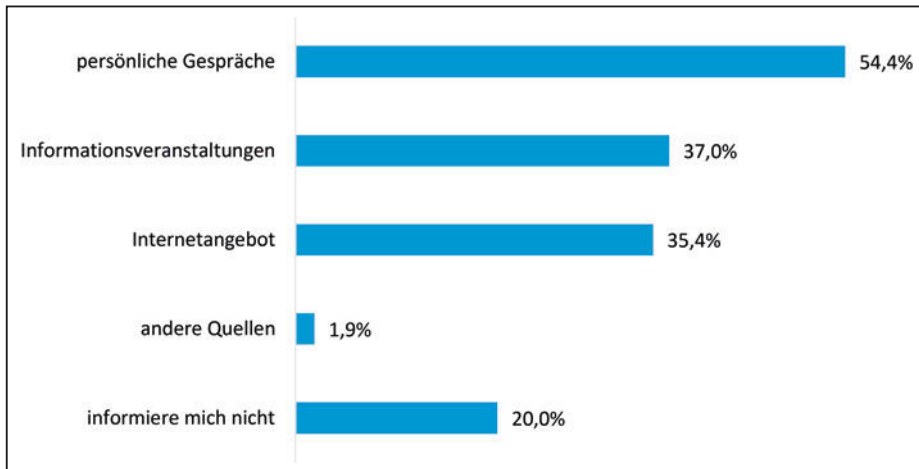


**Abbildung II.1.41:** Quellen, aus denen Informationen über die Niederlassung bezogen werden – Angaben von allen Teilnehmenden in 2019 sowie von bereits niedergelassenen Teilnehmenden, Teilnehmenden mit Berufsziel Niederlassung, Berufsziel Anstellung und Unentschlossenen

Werden Ansprechpartner aufgesucht, die über Expertenwissen in Sachen Niederlassung verfügen, wenden sich die jungen Zahnärztinnen und -ärzte mehrheitlich lieber an den eigenen Berufsstand, an ihre Kammern und KZVen, als an Experten anderer Strukturen. Nur etwa jede/r Fünfte sieht in aktuellen oder ehemaligen Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern Ansprechpartner für die eigene Niederlassung. Hier scheinen größere Hemmnisse zu bestehen als sich mit den Kollegen zu unterhalten.

Erhalten werden Informationen zur Niederlassung meist im persönlichen Gespräch (Abb. II.1.42). Die Tatsache, dass sich viele Teilnehmende unzureichend über die Selbstständigkeit informiert fühlen, lässt vermuten, dass

es sich nicht ausschließlich um den Austausch qualitativ gehaltvoller Informationen handelt.



**Abbildung II.1.42:** Informationswege, auf denen Informationen über die Niederlassung bezogen werden oder wurden (Angaben aus 2019)

Vor allem Zahnärztinnen und -ärzte, die noch unentschlossen bezüglich ihres Berufswegs sind oder eher eine Anstellung anstreben, informieren sich in der Regel nicht aktiv bei Quellen mit Expertenwissen zur Niederlassung. Genauso ist davon auszugehen, dass Informationswege, die eine aktive Informationsgewinnung voraussetzen, von ihnen in geringerem Umfang genutzt werden.

Profunde Informationen zur Niederlassung erreichen daher eher diejenigen, die niederlassungswillig sind und bereits sehr aktiv Informationen einholen. Auch Zahnärztinnen und -ärzte, die niedrighschwellig den Zugang zu Informationen über die Niederlassung haben, sei es über zahnärztlich tätige Eltern oder über bestehende berufliche oder private Netzwerke, werden sich aktiv oder passiv intensiver mit der Selbstständigkeit auseinandersetzen. Sie besitzen daher vermutlich einen Wissensvorsprung gegenüber denjenigen, denen ein solcher Zugang fehlt. Ein eben solcher Wissensvorsprung kann den Übergang in die Niederlassung erleichtern (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2).

### 1.5 Was bedeuten Handlungsmuster und Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Patientenversorgung?

Junge Zahnärztinnen und -ärzte gehen nach ihrem Studium überwiegend in die Patientenversorgung. Der Zustrom zahnärztlichen Nachwuchses ist über die letzten Jahre kontinuierlich gewesen, es ergeben sich aus den

vorliegenden Daten keine Hinweise darauf, dass sich diese Situation in den nächsten Jahren ändert.

Doch muss bereits bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten mit Ausfallzeiten für die Versorgung gerechnet werden. Denn die Phase der Familiengründung erfolgt bei nicht wenigen von ihnen in den ersten Berufsjahren. Dadurch entstehen Ausfallzeiten von zum Teil mehreren Jahren. Auch junge Zahnärzte wünschen sich, Auszeiten für die Familie zu nehmen; mehr noch betreffen längere Ausfallzeiten bei der aktuellen Gesetzgebung jedoch Frauen. Der Frauenanteil liegt in den jüngeren Jahrgängen bei über 60 % (BZÄK 2019). Da bei der überwiegenden Mehrheit junger Zahnärztinnen und -ärzte ein Kinderwunsch besteht, kann davon ausgegangen werden, dass sie mehrheitlich für mehrere Monate oder Jahre nicht an der zahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Dennoch ist damit zu rechnen, dass sie nach einer gewissen Zeit ihre zahnärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen.

Mit der Familiengründung einher geht oftmals der Wunsch nach Teilzeittätigkeit. Nicht nur junge Eltern, sondern die meisten jungen Zahnärztinnen und -ärzte möchten Arbeitszeit reduzieren. Vermutlich werden sie ihre entsprechenden Intentionen gut umsetzen können. Dies bedeutet langfristig, dass für die gleiche Arbeitsmenge mehr Personen eingesetzt werden müssten, so wie es beispielsweise bereits bei Ärzten und Ärztinnen zu beobachten ist (BÄK 2019).

Noch steigt die Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte insgesamt. Doch voraussichtlich wird ab 2030 ein nicht unerheblicher Anteil von ihnen in Rente gehen. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte dann sinken wird – nicht aufgrund eines Rückgangs der Anzahl junger Zahnärztinnen und -ärzte, sondern aufgrund der Niederlegung der Tätigkeit in den geburtenstarken älteren Jahrgängen.

Längere Ausfallzeiten und Reduzierung der Arbeitszeit bei jüngeren Zahnärztinnen und -ärzten sowie voraussichtlich sinkende Zahnärztezahlen aufgrund von Verrentungen in etwa 10 bis 15 Jahren könnten somit dazu führen, dass in Zukunft weniger Zahnärztinnen und -ärzte in geringerem zeitlichen Umfang für die zahnärztliche Versorgung zur Verfügung stehen werden. Ein möglicher Ansatzpunkt zur Aufrechterhaltung des Versorgungsumfangs könnte daher sein, die Anzahl ausgebildeter junger Zahnärztinnen und -ärzte zu erhöhen. Damit wäre zunächst jedoch nur die Versorgerseite betrachtet, nicht die Verteilung und auch nicht die Bedarfe.

Gleichzeitig wird sich der seit 2007 zu beobachtende Trend zur Anstellung vermutlich weiter fortsetzen. Bei den unter 35-Jährigen liegt der Anteil der Angestellten sowohl bei Zahnärztinnen als auch bei Zahnärzten bei über 80 % (BZÄK 2020b). Mehrheitlich werden sie sich vermutlich im Laufe ihres Berufslebens niederlassen. Sollten junge Zahnärztinnen und -ärzte ihre

beruflichen Intentionen realisieren, kann dennoch davon ausgegangen werden, dass künftig weniger als die aktuell 70 % zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen und -ärzte niedergelassen sein werden.

Oftmals lassen sich junge Zahnärztinnen und -ärzte, auch mit langfristigem Wunsch zur Niederlassung, nicht mehr direkt nach der Assistenzzeit nieder. Ihnen werden Möglichkeiten zur Anstellung geboten, in denen sie zu Konditionen, mit denen die meisten zufrieden sind, auch ohne eigene Praxis über längere Zeiträume in der Patientenversorgung tätig sein können. So vergehen auch bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten mit Wunsch zur Niederlassung zum Teil mehrere Jahre, bis sie den Schritt in die Existenzgründung gehen.

Gleichzeitig werden Praxisstrukturen immer größer. So ist auch die Einzelpraxis schon jetzt häufig nicht mehr mit der Einbehandlerpraxis gleichzusetzen. Der Trend zu mehreren Behandlern, in egal welchem Praxistyp, wird sich vermutlich weiter fortsetzen. Ist die gleiche oder eine geringere Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte wie bisher in größeren Strukturen tätig, so werden sich diese zukünftig vermutlich stärker räumlich konzentrieren als bisher.

## Kapitel 2: Wohnortnahe Versorgung

Im Gesundheitswesen ist ein anhaltender Trend von Konzentrationseffekten im städtischen Raum einerseits und von Ausdünnungseffekten im ländlichen Raum andererseits zu beobachten, eine „zunehmende Schiefelage zwischen Ballungsgebieten und Fläche“ (SVR 2014, S. 345). Daher bestehen Befürchtungen, dass es ähnlich dem im allgemeinmedizinischen Sektor bereits zu beobachtenden Ärztemangel im ländlichen Raum (Adler und v. d. Knesebeck 2011) auch in der Zahnmedizin mittel- und langfristig vor allem im ländlichen Raum zu einem Zahnärztemangel kommt, der zu lokaler Unterversorgung führt. Die BZÄK und die KZBV haben daher als weiteres gemeinsames Ziel formuliert: „Die wohnortnahe Versorgung soll gefördert werden“.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte besteht, anders als für Ärztinnen und Ärzte, Niederlassungsfreiheit. Seit 2007 ist eine Niederlassung in jedem Gebiet unabhängig vom Versorgungsgrad möglich (§ 103 Abs. 8 SGB V). Sinkt die Zahl der Niederlassungen allgemein, speziell aber im ländlichen Raum, gäbe es genau dort langfristig auch keine adäquate Möglichkeit zur Anstellung der Zahnärzte, die potenziell zwar an der Tätigkeit im ländlichen Raum interessiert wären, jedoch nicht in eigener Praxis. Denn die Anstellung von Zahnärztinnen und -ärzten in Zahnarztpraxen setzt die Tätigkeit des inhabenden Zahnarztes oder der inhabenden Zahnärztin in eben dieser Praxis voraus. Von daher ist nicht alleine das Verhältnis Niedergelassener zu Angestellten bedeutsam, sondern auch ihre räumliche Verteilung.

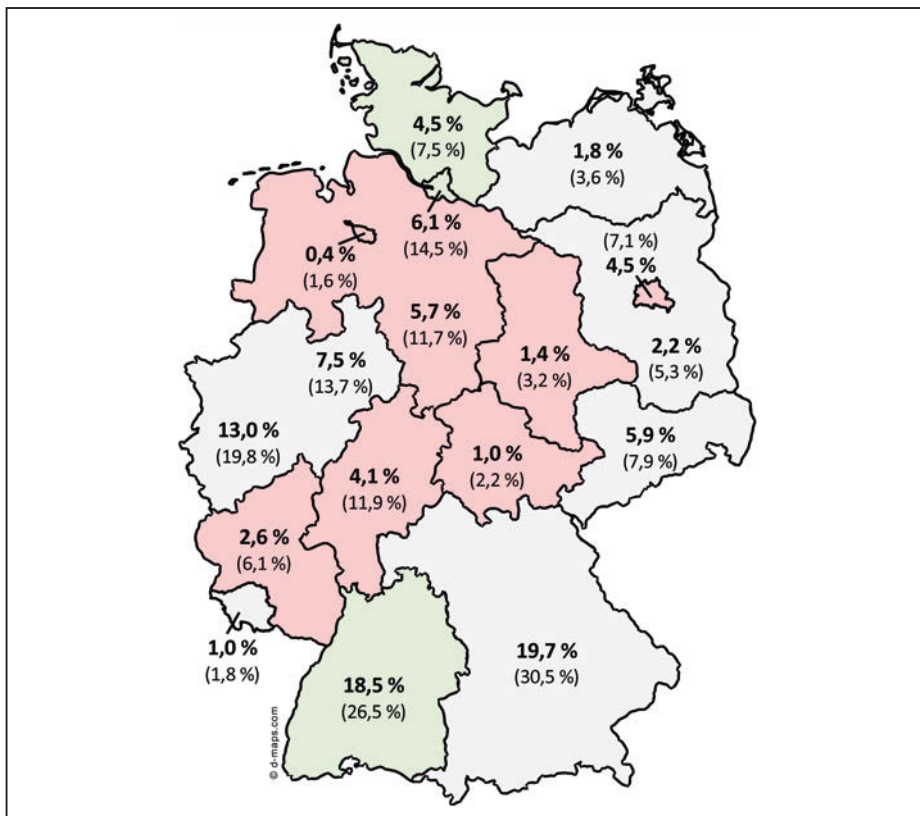
Die in diesem Kapitel diskutierten Daten zu den Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte hinsichtlich des Tätigkeitsstandorts können nur eine Annäherung an das Thema „wohnortnahe Versorgung“ bieten. Zum einen wird ausschließlich die professionelle Ebene betrachtet, nicht dagegen die der Patientinnen und Patienten oder des Systems. Zum anderen beziehen sich die Daten auf nur einen Ausbildungsjahrgang. Dieser steht zwar repräsentativ für einen Großteil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte, doch sind die Fallzahlen für detaillierte Berechnungen auf kleinräumiger Ebene in Deutschland zu gering. Auch wenn die jungen Zahnärztinnen und -ärzte in allen drei Befragungen angaben, wo sie zukünftig tätig sein wollen, handelt sich um Wünsche und Standortpräferenzen der Befragten, die keine festgelegten Standortentscheidungen sind. Da auch in diesen Entscheidungsprozess eine Reihe von Determinanten einfließen (s. Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.1), kann es sein, dass die jungen Zahnärztinnen und -ärzte später an einem anderen Standort tätig sein werden. Die genannten Standortpräferenzen zeigen dennoch als eine Art Seismograph auf, wie sich die mögliche zukünftige Verteilung von Zahnärztinnen und -ärzten in Deutschland darstellen könnte. Darüber hinaus werden Einflussfaktoren auf die Wahl des Tätigkeitsstandorts deutlich.



## 2.1 Verteilung und Entwicklung

Zum Zeitpunkt der Befragung in 2019 verteilen sich die Tätigkeitsstandorte junger Zahnärztinnen und -ärzte, die zu diesem Zeitpunkt in Deutschland zahnärztlich tätig waren, nicht analog zur Wohnbevölkerung (s. a. Anhang, Abschn. 3, Tab. 3.3). Nahezu in allen Kammer- und KZV-Bereichen arbeiten die Studienteilnehmenden vermehrt in Großstädten. Zahnärztinnen und -ärzte mit ländlichen Tätigkeitsstandorten sind dagegen unterrepräsentiert. Gleiches gilt für mittelstädtische Gebiete in einigen Kammern und KZVen. Auch Struck beschreibt, dass sich vor allem qualifizierte junge Menschen in Ballungsräumen niederlassen oder diese nach dem Studium meist ungerne wieder verlassen (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.3). Der Abschluss ihres Studiums ist bei den befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzten zum Zeitpunkt der dritten Befragung ein bis vier Jahre her. Wie mobil die Befragten sind und ob sie planen, ihren Tätigkeitsstandort in Kammer-/KZV-Bereiche und Gebiete mit geringerer Zahnarztdichte zu verlagern, betrachten wir in den folgenden Abschnitten.

Die Studienteilnehmenden wurden 2019 nach ihrer primär favorisierten Kammer/KZV für ihre zukünftige Tätigkeit gefragt: Diese liegen überwiegend im süddeutschen Raum, ganz im Norden sowie ganz im Westen (Abb. II.2.1 und Tab. II.2.1). Die Präferenz, in bestimmten west- und ostdeutschen Kammern/KZVen tätig zu werden, ist dagegen gering. In den rot unterlegten Kammer-/KZV-Bereichen liegt der Anteil Befragter, die dort tätig sein möchten, deutlich unter dem Anteil der dort aktuell tätigen Zahnärztinnen und -ärzte. Auch wenn weitere für die befragten Zahnärztinnen und -ärzte in Frage kommende Regionen in die Auswertung einbezogen werden (Abb. II.2.1), ändert sich die Verteilung beliebter Regionen nicht. Nicht nur junge Zahnärztinnen und -ärzte, auch Medizinstudierende präferieren den Süden, Nordrhein-Westfalen sowie Hamburg, während sie sich im ostdeutschen Raum dagegen überwiegend keine Tätigkeit vorstellen können (Jacob et al. 2015).

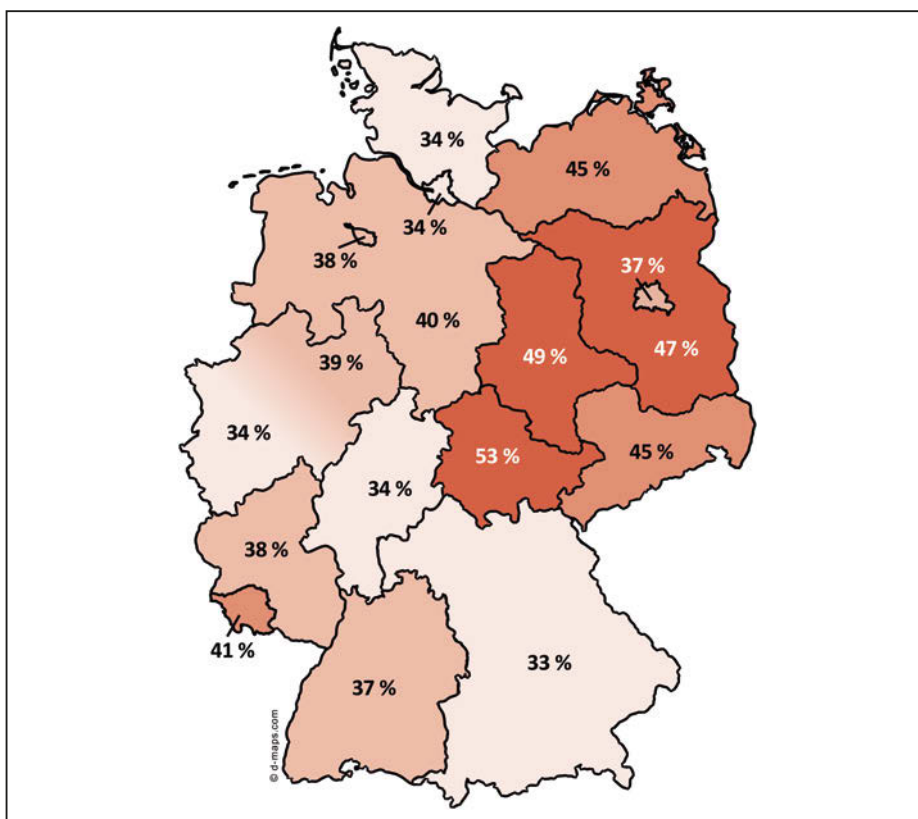


**Abbildung II.2.1:** Für den zukünftigen Tätigkeitsstandort präferierte Kammer-/KZV-Bereiche junger Zahnärztinnen und -ärzte in 2019 (fett: 1. Präferenz; in Klammern: alle in Frage kommenden Kammern/KZVen [1. Präferenz plus weitere; aufgrund von Mehrfachnennungen hier Gesamtsumme >100 %])

<b>Tabelle II.2.1: Verteilung von zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten auf die Kammer-/KZV-Bereiche sowie Anzahl der Universitätsstandorte mit Studiengang Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde</b>					
<b>Kammer/KZV</b>	<b>Verteilung Zahnärztinnen und Zahnärzte bundesweit 2019</b>	<b>Verteilung Zahnärztinnen und Zahnärzte 2019 Y-Dent 1. Präferenz</b>	<b>Verteilung Zahnärztinnen und Zahnärzte unter 35 Jahre bundesweit 2019</b>	<b>Verteilung Zahnärztinnen und Zahnärzte ab 55 Jahre bundesweit 2019</b>	<b>Universitätsstandorte</b>
Baden-Württemberg	12,8 %	18,5 %	13,8 %	12,4 %	4
Bayern	16,6 %	19,7 %	19,7 %	14,4 %	4
Berlin	6,0 %	4,5 %	6,7 %	5,9 %	1
Brandenburg	2,7 %	2,2 %	1,9 %	3,3 %	0
Bremen	0,8 %	0,4 %	0,7 %	0,8 %	0
Hamburg	2,9 %	6,1 %	3,3 %	2,6 %	1
Hessen	7,8 %	4,1 %	8,8 %	7,2 %	3
Mecklenburg-Vorpommern	1,9 %	1,8 %	1,5 %	2,3 %	2
Niedersachsen	9,0 %	5,7 %	7,5 %	9,6 %	2
Nordrhein	11,5 %	13,0 %	10,1 %	10,4 %	4
Rheinland-Pfalz	4,3 %	2,6 %	4,7 %	4,3 %	1
Saarland	1,0 %	1,0 %	0,8 %	1,0 %	1
Sachsen	5,3 %	5,9 %	4,7 %	6,4 %	2
Sachsen-Anhalt	2,5 %	1,4 %	2,0 %	3,3 %	1
Schleswig-Holstein	3,3 %	4,5 %	3,3 %	3,0 %	1
Thüringen	2,7 %	1,0 %	2,0 %	3,8 %	1
Westfalen-Lippe	8,9 %	7,5 %	8,4 %	9,3 %	2
Legende: <span style="color: #add8e6;">■</span> Anteil weicht um < 20 % vom Anteil der dort aktuell tätigen Zahnärztinnen und -ärzte ab <span style="color: #90ee90;">■</span> Anteil weicht um ≥ 20 % vom Anteil der dort aktuell tätigen Zahnärztinnen und -ärzte ab; Y-Dent und unter 35 Jahre nach oben, ab 55 Jahre nach unten <span style="color: #ffcc99;">■</span> Anteil weicht um ≥ 20 % vom Anteil der dort aktuell tätigen Zahnärztinnen und -ärzte ab; Y-Dent und unter 35 Jahre nach unten, ab 55 Jahre nach oben					

Die Verteilung aller bundesweit zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen und -ärzte unter 35 Jahren und die genannten Präferenzen der Befragten weichen teilweise voneinander ab (Tab. II.2.1). Doch auch bei ihnen sind vor allem bestimmte ostdeutsche Kammer-/KZV-Bereiche vergleichsweise unbeliebter. In ostdeutschen Kammer-/KZV-Bereichen sind besonders viele ältere Zahnärztinnen und -ärzte tätig. Dort stellt die Altersgruppe der ab 55-Jährigen zum Teil die Hälfte (Abb. II.2.2) der in der jeweiligen Kammer und KZV zahnärztlich tätigen Zahnärztinnen und -ärzte (BZÄK 2020c). So müssen die Kammer-/KZV-Bereiche, in denen der Anteil derjenigen ver-

gleichsweise höher ist, die prospektiv in den kommenden 10 bis 15 Jahren in Rente gehen, mit einer sinkenden Zahnarztdichte rechnen, falls dort nicht überproportional viele junge Zahnärztinnen und -ärzte nachrücken. In den entsprechenden Kammern und KZVen wird es möglicherweise schwierig, bei gleichbleibenden Bedingungen die zahnärztliche Versorgung in gleichem Umfang wie bisher aufrechtzuerhalten.

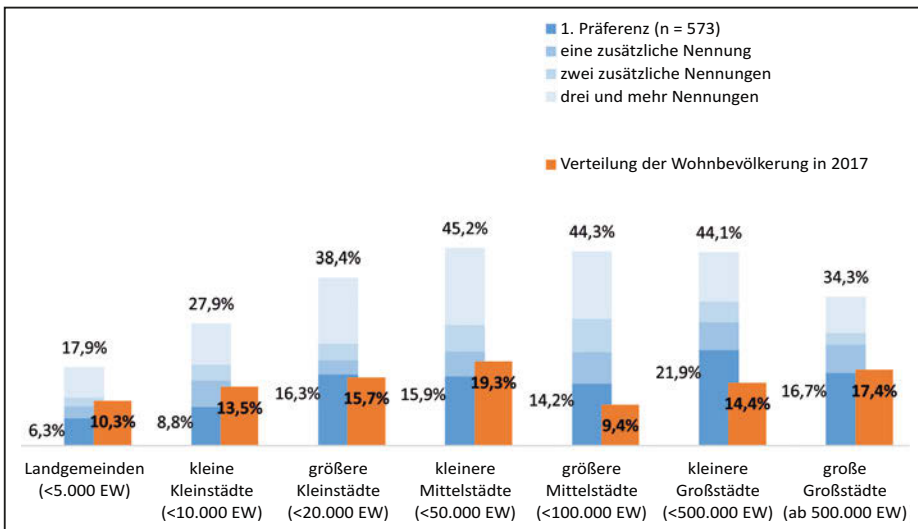


**Abbildung II.2.2:** Anteil der 55-Jährigen und älteren zahnärztlichen tätigen Zahnärztinnen und -ärzte in den jeweiligen Kammern/KZVen in 2019 (Quelle: BZÄK 2020c)

Zu einem Ungleichverhältnis in der Versorgung kann es nicht nur auf Kammer- und KZV-Ebene kommen. Auch sind verschieden dicht besiedelte Gebiete unterschiedlich attraktiv als Tätigkeitsstandort, was lokal zu Unter- oder Überversorgung führen kann.

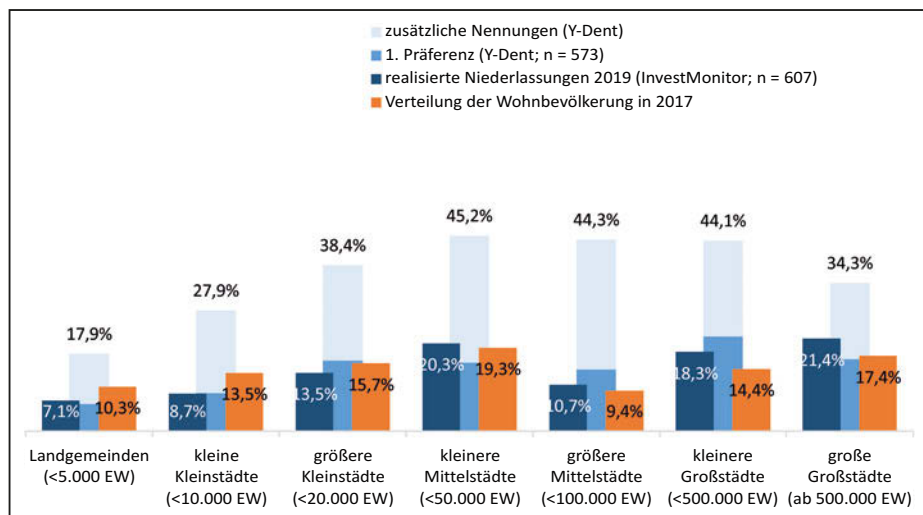
Die Zahnärztinnen und -ärzte gaben in allen drei Befragungen an, in welcher Ortsgröße sie in Zukunft tätig sein wollen. Das Bundesamt für Bau- und Raumordnung (BBSR 2017) unterscheidet von Landgemeinden bis zu großen Großstädten sieben unterschiedliche Ortsgrößenklassen; diese

Einteilung wurde übernommen. Nahezu 40 % der jungen Zahnärztinnen und -ärzte präferieren für ihre Tätigkeit in erster Linie Großstädte (Abb. II.2.3). Während in Großstädten der Anteil der Zahnärztinnen und -ärzte, die dort tätig sein wollen, den Anteil der Wohnbevölkerung übersteigt, sind es vor allem kleinere Kleinstädte und Landgemeinden, in denen ein größerer Anteil der Bevölkerung wohnt, als junge Zahnärztinnen und -ärzte dort arbeiten möchten. Neben der bevorzugten Ortsgröße wurden weitere infrage kommende Ortsgrößen als Präferenzen angegeben. Unter Berücksichtigung weiterer Präferenzen sind vor allem Mittel- und kleinere Großstädte beliebte Tätigkeitsstandorte bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten. Auch Medizinstudierende interessieren sich eher für eine Tätigkeit in Großstädten. In kleineren Kleinstädten oder Landgemeinden dagegen möchte etwa ein Drittel der Medizinstudierenden auf keinen Fall arbeiten (Jacob et al. 2015). Und nur etwa 10 % der Ärztinnen und Ärzte können sich grundsätzlich vorstellen, auf dem Land tätig zu sein (apoBank 2017a).



**Abbildung II.2.3:** Präferierter Tätigkeitsstandort junger Zahnärztinnen und -ärzte in 2019, weitere infrage kommende Regionen sowie Verteilung der Wohnbevölkerung in 2017 (Quelle: BBSR 2017)

Da anzunehmen ist, dass nicht alle jungen Zahnärztinnen und -ärzte ihre 1. Ortspräferenz umsetzen können, muss es nicht zwangsläufig in ländlicheren Gebieten zur Unterversorgung kommen. Die Verteilung von in 2019 realisierten Niederlassungen zumindest weicht in mittel- und großstädtischen Gebieten geringfügig von den erstgenannten Präferenzen der befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte ab (Abb. II.2.4).



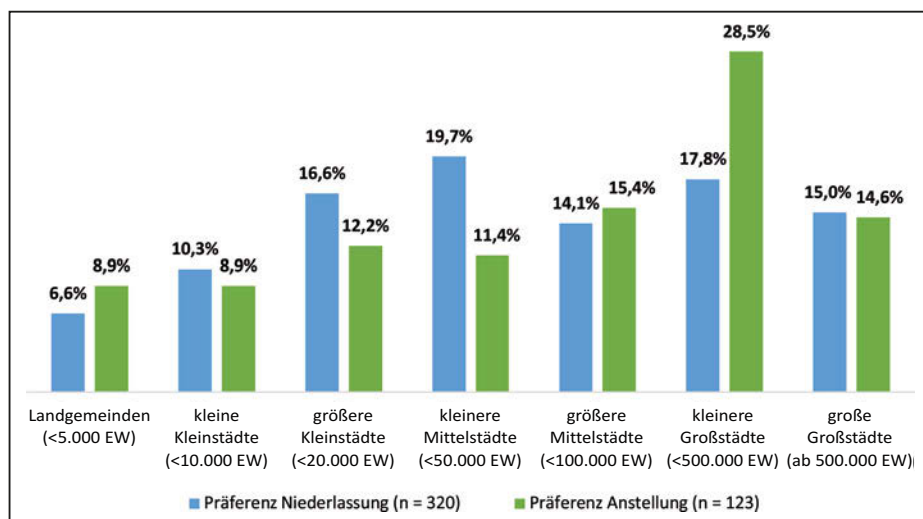
**Abbildung II.2.4:** Präferierter Tätigkeitsstandort junger Zahnärztinnen und -ärzte in 2019 mit weiteren infrage kommenden Regionen, realisierte Niederlassungen in 2019 (Quelle: Klingenberger und Köhler 2020) sowie Verteilung der Wohnbevölkerung in 2017 (Quelle: BBSR 2017)

In einer regionalen Prognose für Mecklenburg-Vorpommern konnte in verschiedenen Szenarien für 2030 keine generelle zahnmedizinische Unterversorgung festgestellt werden. Da auch die Wohnbevölkerung schrumpft und sich Versorgungsbedarfe ändern, könnte zum Teil sogar eine geringere Zahnarztdichte aufgefangen werden. Während einige Gebiete damit vermutlich auch in Zukunft ausreichend oder gar überversorgt sind, ist jedoch anzunehmen, dass es in bestimmten Gebieten lokal zu Unter- oder gar Nichtversorgung (das völlige Fehlen von Zahnärztinnen/-ärzten) kommen kann und sich dieses Ungleichgewicht zwischen gut und kaum versorgten Gebieten in den kommenden Jahren verschärft. Ob Unterversorgung in bestimmten Gebieten durch überversorgte Gebiete kompensiert werden kann, ist fraglich (Jäger et al. 2016). Diese Erkenntnisse lassen sich auf ganz Deutschland übertragen, denn zwar zeigt ein gewisser Anteil junger Zahnärztinnen und -ärzte großes Interesse, in ländlicheren Gebieten tätig zu werden, dennoch fehlt möglicherweise in einzelnen, und nicht zwangsläufig nur ländlichen, Gebieten zahnärztlicher Nachwuchs.

Die präferierte Ortsgrößenklasse der befragten Zahnärztinnen und -ärzte in Kombination mit ihrem präferierten Kammer-/KZV-Bereich (jeweils 1. Wahl) ist in Tabelle II.2.2 dargestellt. Die Daten sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Fallzahlen gerade in kleineren Kammer-/KZV-Bereichen sehr gering sind. Dennoch wird im direkten Vergleich mit dem aktuellen Tätigkeitsstandort (vgl. Anhang, Abschn. 3, Tab. 3.3) deutlich, dass Großstädte als langfristige Tätigkeitsstandorte nicht so beliebt sind, wie die Verteilung auf aktuelle Tätigkeitsstandorte vermuten ließe. Daher kann vermutet werden, dass ein Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte nach einer gewissen Zeit in der Großstadt eher mittel- oder kleinstädtischen Ortsgrößen als Tätigkeitsstandort wählt.

<b>Tabelle II.2.2: Verteilung der präferierten Tätigkeitsstandorte von Studienteilnehmenden 2019 auf Kammer-/KZV-Bereiche und darin jeweils auf verschiedene Ortsgrößenklassen (Reihenprozente) – in Hellgrau und Klammern: Verteilung der Wohnbevölkerung in 2017 (Quelle: BBSR 2017)</b>				
<b>Kammer/KZV</b>	<b>Ortsgrößenklassen</b>			<b>Gesamt (n)</b>
	Ländlich (<20.000 EW)	Mittelstädtisch (20.000–100.000 EW)	Großstädtisch (>100.000 EW)	
Baden-Württemberg	37,9 % (42,3 %)	33,3 % (38,2 %)	28,7 % (19,6 %)	87
Bayern	45,4 % (60,0 %)	26,8 % (17,5 %)	27,8 % (22,4 %)	97
Berlin	18,2 % (0,0 %)	13,6 % (0,0 %)	68,2 % (100,0 %)	22
Brandenburg	36,4 % (57,4 %)	45,5 % (35,6 %)	18,2 % (7,0 %)	11
Bremen	0,0 % (0,0 %)	0,0 % (0,0 %)	100,0 % (100,0 %)	2
Hamburg	3,4 % (0,0 %)	17,2 % (0,0 %)	79,3 % (100,0 %)	29
Hessen	42,1 % (46,2 %)	31,6 % (29,6 %)	26,3 % (24,2 %)	19
Mecklenburg-Vorpommern	55,6 % (62,7 %)	33,3 % (24,3 %)	11,1 % (12,9 %)	9
Niedersachsen	35,7 % (44,3 %)	32,1 % (36,0 %)	32,1 % (19,6 %)	28
Nordrhein	21,9 % (13,1 %*)	28,1 % (40,9 %*)	50,0 % (46,0 %*)	64
Rheinland-Pfalz	61,5 % (66,2 %)	7,7 % (18,9 %)	30,8 % (14,9 %)	13
Saarland	40,0 % (52,1 %)	20,0 % (29,7 %)	40,0 % (18,2 %)	5
Sachsen	37,9 % (47,0 %)	27,6 % (19,1 %)	34,5 % (33,8 %)	29
Sachsen-Anhalt	28,6 % (44,9 %)	57,1 % (33,6 %)	14,3 % (21,5 %)	7
Schleswig-Holstein	31,8 % (59,3 %)	27,3 % (24,6 %)	40,9 % (16,1 %)	22
Thüringen	40,0 % (56,8 %)	40,0 % (28,1 %)	20,0 % (15,1 %)	5
Westfalen-Lippe	13,9 % (13,1 %*)	52,8 % (40,9 %*)	33,3 % (46,0 %*)	36
Gesamt (n)	160	145	180	485
* ganz Nordrhein-Westfalen				

Nur dort, wo eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt niedergelassen tätig ist, können weitere Zahnärztinnen und -ärzte angestellt werden. Insofern ist von Interesse, wie sich junge Zahnärztinnen und -ärzte mit dem Wunsch, sich niederzulassen im Vergleich zu denen, die angestellt arbeiten wollen, regional verteilen. In Bezug auf die Ortsgröße zeigen Zahnärztinnen und -ärzte mit Niederlassungswunsch sowie bereits Niedergelassene andere Präferenzen als diejenigen mit Anstellungswunsch (Abb. II.2.5). Für letztere sind Großstädte besonders attraktiv, während es Zahnärztinnen und -ärzte mit Niederlassungswunsch in kleinere Strukturen zieht. Die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank kam in einer Umfrage 2017 zu ähnlichen Erkenntnissen: Vor allem angestellte Heilberufler/-innen wollen in größeren Städten und ungerne auf dem Land arbeiten. Bei den niedergelassenen Heilberuflerinnen/-beruflern dagegen stehen Mittelstädte, mehr noch als Großstädte, hoch im Kurs (apoBank 2017b).

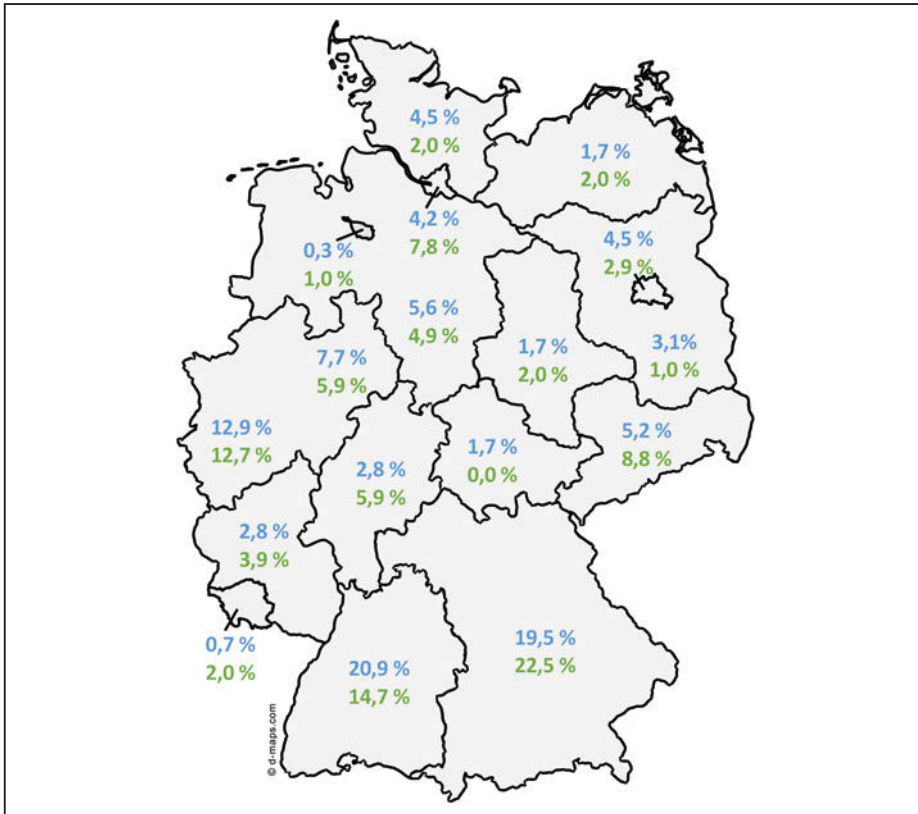


**Abbildung II.2.5:** Präferierte Ortsgröße junger Zahnärztinnen und -ärzte mit Wunsch zur oder bereits realisierter Niederlassung und mit Wunsch zur Anstellung in 2019 (1. Präferenz)

Auch hinsichtlich der präferierten Kammer-/KZV-Bereiche werden Unterschiede zwischen Befragten mit Wunsch zur Anstellung sowie bereits Niedergelassenen und Niederlassungswilligen deutlich (Abb. II.2.6). In stark urbanisierten Gebieten wird eine hohe Anzahl Angestellter kaum zu Unterversorgung führen. So wird beispielsweise in Hamburg oder Bremen trotz vieler Zahnärztinnen und -ärzte mit Anstellungswunsch weiterhin eine wohnortnahe Versorgung möglich bleiben. In Flächenstaaten dagegen kann ein Missverhältnis zwischen Anstellungs- und Niederlassungswunsch bei Zahnärztinnen und -ärzten eher dazu führen, dass es trotz ausreichend hoher Gesamtzahl an Zahnärztinnen und -ärzten zu Lücken in der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung kommt. Denn um angestell-



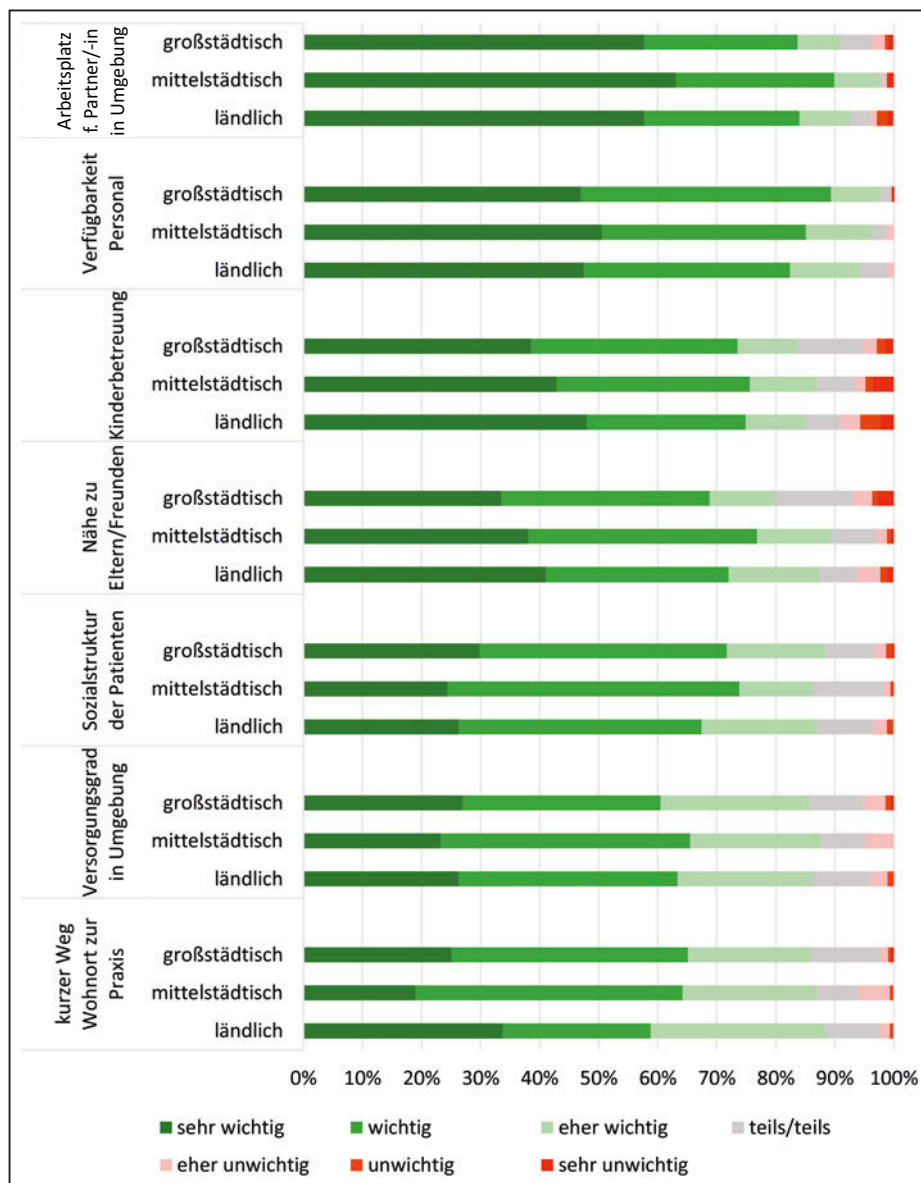
ten Zahnärztinnen und -ärzten in den entsprechenden Orten die Tätigkeit zu ermöglichen, muss dort eine Praxis vorhanden sein. Eine Ungleichverteilung betreffe zwar nicht alle Kammern und KZVen gleichermaßen, doch könnte es, den Präferenzen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte nach zu urteilen, beispielsweise in Hessen oder Sachsen zu einer ungleichen Verteilung Angestellter und Niedergelassener kommen, die trotz eines grundsätzlichen Interesses junger Zahnärztinnen und -ärzte an diesem Standort dennoch zu regionaler Unterversorgung führen könnte.



**Abbildung II.2.6:** Präferierte Kammer/KZV junger Zahnärztinnen und -ärzte mit Wunsch zur oder bereits realisierten Niederlassung (blau) und mit Wunsch zur Anstellung (grün) in 2019

Berücksichtigt bei Standortentscheidungen werden einige der Determinanten, die schon bei Entscheidungen zur Tätigkeitsform von Bedeutung sind. Ausführlich sind diese in Teil II, Abschn. 1.4.1 diskutiert, doch soll hier noch einmal auf ausgewählte Determinanten eingegangen werden, die direkt mit der Standortwahl assoziiert sind. Die Ansprüche an den Tätigkeitsstandort für eine mögliche Niederlassung unterscheiden sich bei Zahnärztinnen und -ärzten, die in der Großstadt tätig sein möchten, wenig

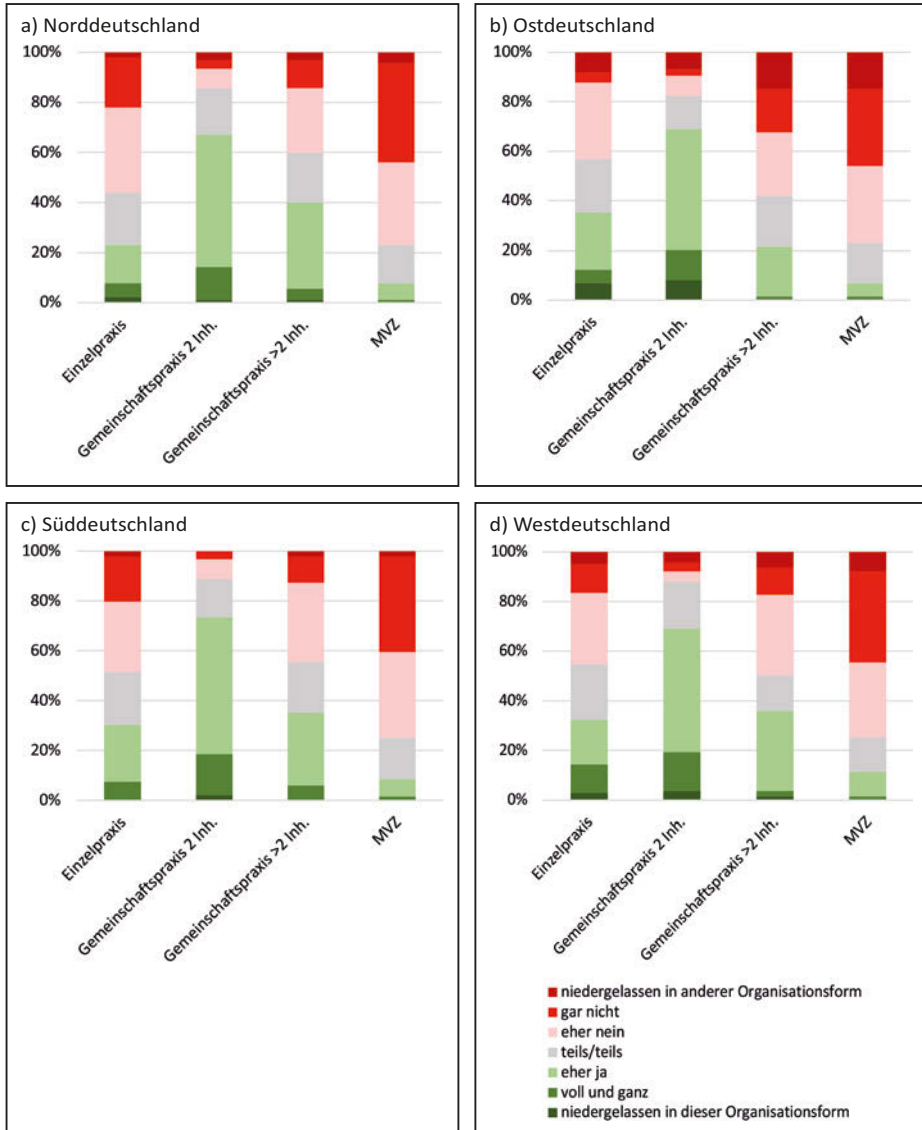
von denen, die eine Tätigkeit in Mittelstädten oder ländlicheren Gebieten anstreben (Abb. II.2.7).



**Abbildung II.2.7:** Rahmenbedingungen, die jungen Zahnärztinnen und -ärzten bei einer möglichen Niederlassung wichtig sind – Angaben der Befragten, die in 2019 als 1. Präferenz Großstädte (n = 215), Mittelstädte (n = 168) oder Kleinstädte und Landgemeinden (n = 175) angegeben haben

Lediglich die Kinderbetreuung, die Nähe zu Eltern oder Freunden sowie die Nähe zum Wohnort sind Zahnärztinnen und -ärzten, die auf dem Land arbeiten möchten, etwas häufiger sehr wichtig als ihren Kolleginnen und Kollegen (jedoch statistisch nicht signifikant). In einer regionalen Befragung der KZV Baden-Württemberg unter Angestellten sprach gegen eine Niederlassung in ländlicher Gegend (KZV BW 2019, S. 34) u. a. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (11 %), eine ungünstige Verkehrsanbindung, fehlende kulturelle Angebote sowie Patientenmangel (jeweils 10 %).

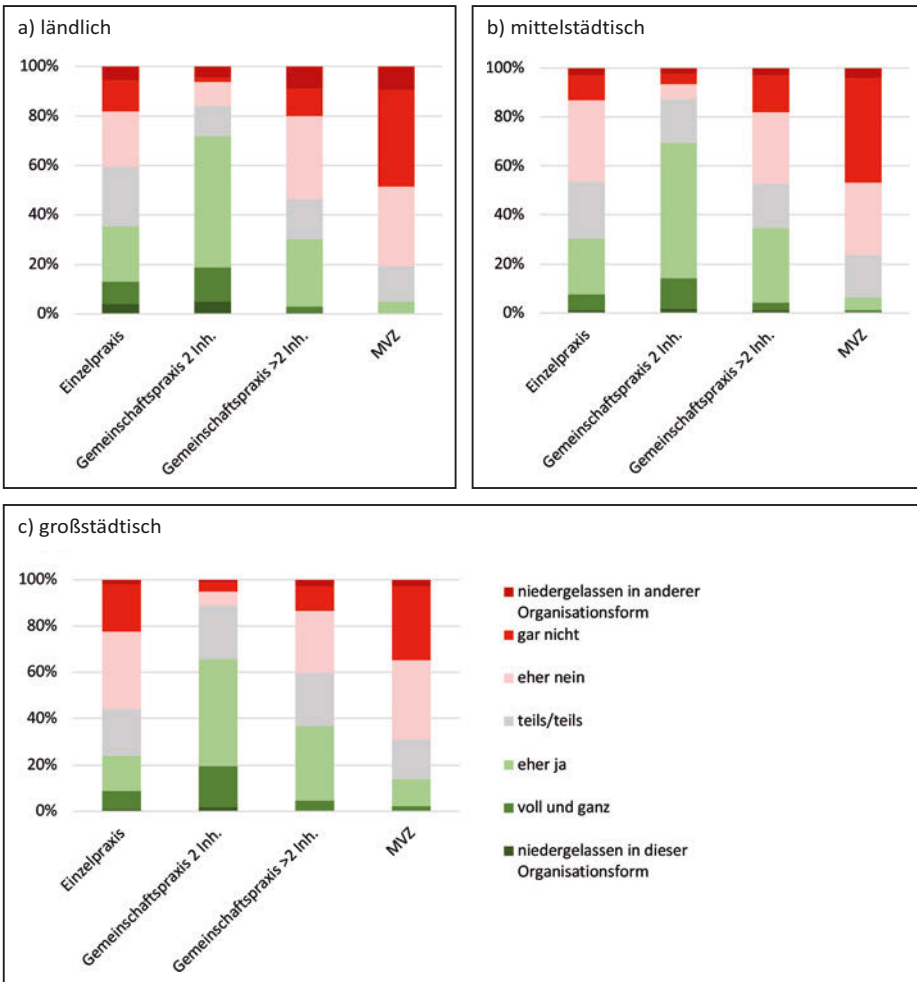
Je kleiner die Praxisform ist, in der junge Zahnärztinnen und -ärzte langfristig niedergelassen oder angestellt arbeiten möchten, desto mehr Zahnärztinnen und -ärzte können sich in den Praxen über eine weitere Fläche verteilen. Zwischen Studienteilnehmenden, die im süddeutschen Raum (Baden-Württemberg, Bayern; n = 188) und denen, die im westdeutschen Raum (Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Westfalen-Lippe; n = 139) tätig sein wollen oder bereits niedergelassen tätig sind, bestehen nur wenig Unterschiede hinsichtlich der Beliebtheit verschiedener Praxisformen. Dagegen sind bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten, die eine Tätigkeit im norddeutschen Raum (Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein; n = 90) präferieren, Einzelpraxen etwas weniger beliebt und im ostdeutschen Raum (Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen; n = 74) größere Praxisformen (Abb. II.2.8).



**Abbildung II.2.8:** Graduierung des Wunsches junger Zahnärztinnen und -ärzte, in bestimmten Praxisformen langfristig tätig sein zu wollen – In a) Norddeutschland, b) Ostdeutschland, c) Süddeutschland, d) Westdeutschland

Ähnlich marginal sind die Unterschiede zwischen Studienteilnehmenden, die in ländlichen (<20.000 EW; n = 175), in mittelstädtischen (20.000 bis <100.000 EW; n = 168) oder in großstädtischen Gebieten (ab 100.000 EW; n = 215) arbeiten wollen (Abb. II.2.9). Ein leichter Trend ist in ländlichen Gebieten zu kleineren und in großstädtischen zu größeren Praxisformen

erkennbar. Ob dieser ausreichen wird, in ländlichen und mittelstädtischen Gebieten flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung zu garantieren, ohne dass es zu Verdichtungen von praktizierenden Zahnärztinnen und -ärzten kommt, bleibt abzuwarten. Sind die in größeren Praxisformen tätigen Zahnärztinnen und -ärzte in ihrer Tätigkeit auf den Praxisstandort beschränkt, könnte eine solche Aggregation von mehr Zahnärztinnen und -ärzten auf weniger Praxen regional zu Schwierigkeiten in der wohnortnahen Versorgung führen.

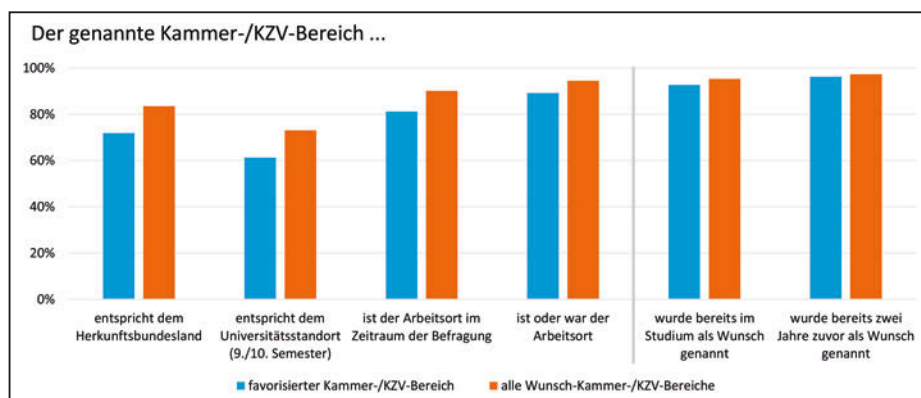


**Abbildung II.2.9:** Graduierung des Wunsches junger Zahnärztinnen und -ärzte, in bestimmten Praxisformen langfristig tätig sein zu wollen – In a) ländlichen Gebieten (<20.000 EW), b) mittelstädtischen Gebieten (20.000 bis <100.000 EW), c) großstädtischen Gebieten (ab 100.000 EW)

## 2.2 Heimat- und Ortsverbundenheit sowie Mobilität

Von Medizinstudierenden ist bekannt, dass die Wahl des Tätigkeitsstandortes durch eine starke Heimatorientierung bestimmt wird. In einer Studie aus dem Jahr 2014 wollten über 70 % der befragten Medizinstudierenden in der Heimatregion tätig sein, alternativ im Heimatbundesland oder benachbarten Regionen (Jacob et al. 2015). Auch ländliche Gebiete sind für Ärztinnen und Ärzte, die auf dem Land aufgewachsen sind, attraktiver als für ihre Kolleginnen und Kollegen (Steinhäuser et al. 2013).

Junge Zahnärztinnen und -ärzte zeigen eine vergleichbare Heimatverbundenheit (Abb. II.2.10). Größer noch ist die Verbundenheit jedoch zu den Kammern und KZVen, in denen sie aktuell oder in der Vergangenheit tätig waren. Nur etwa 10-20 % scheinen zum Befragungszeitpunkt einen Kammer-/KZV-Wechsel anzuvisieren. Ob und wann dieser Wunsch umgesetzt werden kann, bleibt zunächst offen. Gleichzeitig sind die befragten Zahnärztinnen und -ärzte in ihrer Ortsvorstellung relativ früh festgelegt. Ab dem Ende des Studiums ergeben sich kaum Veränderungen hinsichtlich des Wunsch-Kammer-/KZV-Bereichs der meisten jungen Zahnärztinnen und -ärzte.



**Abbildung II.2.10:** Entsprechen Wunsch-Kammer-/KZV-Bereiche den Regionen, in denen junge Zahnärztinnen und -ärzte bereits gelebt und gearbeitet haben?<sup>19</sup>

Flexibel ist bezüglich ihrer Wunsch-Kammer/KZV nur eine Minderheit: 58 % der jungen Zahnärztinnen und -ärzte geben ausschließlich einen Kammer-/KZV-Bereich an, in dem eine Tätigkeit für sie in Frage kommt. 27 % können sich zumindest einen weiteren Kammer-/KZV-Bereich für ihre zukünftige Tätigkeit vorstellen. Nur etwa 1 % der Befragten nennt dagegen 6 oder mehr Bereiche als mögliche zukünftige Tätigkeitsstandorte. Dabei sind die Befrag-

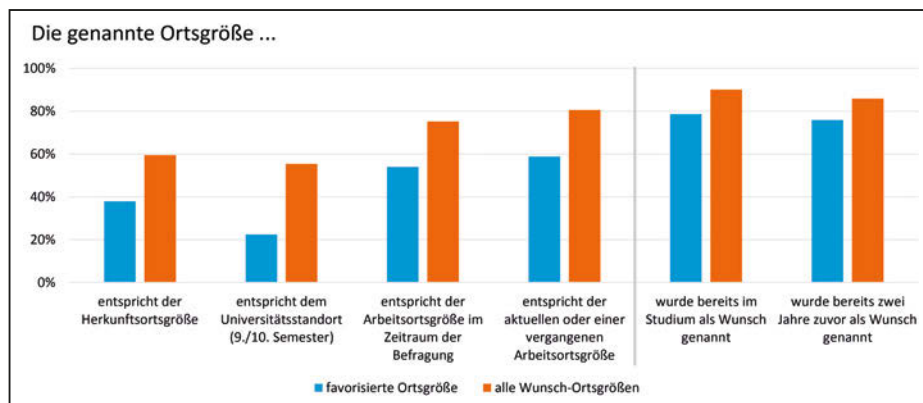
<sup>19</sup> Der Universitätsstandort im 9./10. Semester entspricht bei 54,9 % der Teilnehmenden (von insgesamt 554) dem Herkunftsbundesland.

ten in der Regel regional gebunden. Als weitere mögliche Tätigkeitsstandorte sind für die jungen Zahnärztinnen und -ärzte, wenn überhaupt, dann in der Regel benachbarte Kammer-/KZV-Bereiche interessant (Abb. II.2.11).

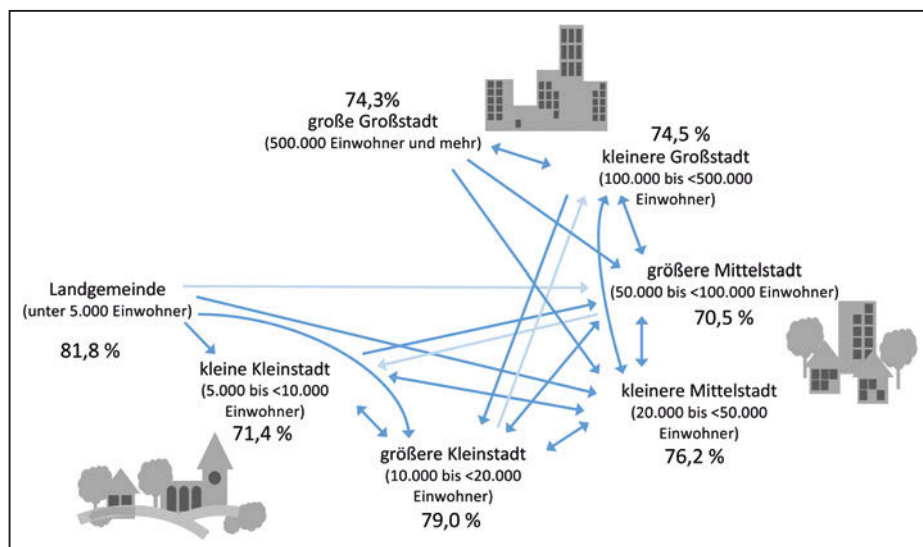


**Abbildung II.2.11:** Anteil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die sich vorstellen können, in dem Kammer-/KZV-Bereich zu arbeiten, in dem sie zum Zeitpunkt der Befragung arbeiten – Pfeile markieren Bekundungen von  $\geq 25$  % (dunkelblau) bzw. 20 bis  $< 25$  % (hellblau) der Teilnehmenden, auch in anderen Kammer-/KZV-Bereichen als dem jeweils aktuellen Kammer-/KZV-Bereich tätig zu werden

Die Verbundenheit junger Zahnärztinnen und -ärzte mit bestimmten Ortsgrößen ist deutlich geringer als die zu Kammer- oder KZV-Bereichen (Abb. II.2.12). Dies wird auch an der Anzahl genannter Alternativen zur favorisierten Ortsgröße deutlich: Nur 25 % der Befragten nennen ausschließlich eine in Frage kommende Ortsgröße. 37 % dagegen können sich die Tätigkeit in einer anderen als der Wunsch-Ortsgröße vorstellen und 15 % nennen zwei weitere infrage kommende Ortsgrößen. Vor allem Städte mittlerer Größe kommen als Alternativen auch für diejenigen infrage, die primär andere Ortsgrößen präferieren würden (Abb. II.2.13).



**Abbildung II.2.12:** Entsprechen Wunschortsgrößen den Ortsgrößen, in denen junge Zahnärztinnen und -ärzte bereits gelebt und gearbeitet haben?



**Abbildung II.2.13:** Anteil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die sich vorstellen können, in der Ortsgrößenklasse zu arbeiten, in der sie zum Zeitpunkt der Befragung arbeiten – Pfeile markieren Bekundungen von  $\geq 25\%$  (dunkelblau) bzw. 20 bis <25 % (hellblau) der Teilnehmenden, in anderen Ortsgrößen als der jeweils aktuellen Ortsgröße tätig zu werden



### **2.3 Was bedeuten Handlungsmuster und Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte für die wohnortnahe Versorgung?**

Präzisere Vorhersagen zu wohnortnahen Versorgungsstrukturen, welche Daten zu Zahnärztinnen und -ärzten anderer Altersgruppen einbeziehen sowie die lokale Bevölkerungsentwicklung (Bevölkerungsumfang und Altersstruktur) und die Entwicklung von Versorgungsbedarfen und Inanspruchnahme berücksichtigen, leisten andere Untersuchungen als die vorliegende (Jäger et al. 2016). So ist beispielsweise geplant, im „Zahnärztlichen Versorgungsatlas 2030“ des Instituts der Deutschen Zahnärzte auf Planungsbereichsebene die zukünftigen Entwicklungen sowohl der Versorgungs- als auch der Bedarfsseite zu betrachten. Die hier dargestellten Analysen zu den Tätigkeitsstandortpräferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte können jedoch dazu beitragen, Entscheidungen junger Zahnärztinnen und -ärzte bezüglich gewählter Tätigkeitsstandorte nachvollziehbar zu machen und ihre Entscheidungen in entsprechenden Prognosen zu berücksichtigen.

Die dargestellten Daten deuten darauf hin, dass es vereinzelt in eher ländlichen Regionen zu lokaler Unterversorgung kommen könnte. Denn eine wohnortnahe Versorgung setzt voraus, dass sich ausreichend Zahnärztinnen und -ärzte bedarfsorientiert verteilen.

Doch erfolgen Entscheidungen junger Zahnärztinnen und -ärzte bezüglich des Tätigkeitsstandortes nicht unbedingt bedarfsgeleitet, sondern sie präferieren in der Regel ihnen bekannte Regionen. In ihren bisherigen Wohnorten haben sie soziale Netzwerke aufgebaut, die sie nicht ohne Weiteres verlassen werden (s. a. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.3). Dabei werden junge Zahnärztinnen und -ärzte vermutlich selten Schwierigkeiten haben, an den von ihnen präferierten Orten tätig zu sein. Vor allem in größeren Orten ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, angestellt oder niedergelassen zahnärztlich tätig zu sein. Eine wohnortferne Versorgung oder sogar Unterversorgung muss in mittel- und großstädtischen Orten daher in den nächsten Jahren nicht befürchtet werden.

Anders könnte dagegen die Entwicklung im ländlichen Raum aussehen. Für eine wohnortnahe Versorgung müssten auch dort Zahnarztpraxen in erreichbarer Nähe vorhanden sein. Den Gebieten, in denen sich kein junger Zahnarzt bzw. keine junge Zahnärztin niederlassen möchte, droht damit auf lange Sicht gesehen Unter- oder Nichtversorgung. Zusätzlich könnte der Trend zu größeren Praxen und in weniger bevölkerungsreichen Gebieten dazu führen, dass deren Einzugsgebiete in Zukunft größer werden. Denn auch junge Zahnärztinnen und -ärzte, die langfristig im ländlichen Bereich tätig sein möchten, präferieren – dem allgemeinen Trend folgend – oftmals größere Praxisstrukturen als die Einzelpraxis. Größere Strukturen setzen in der Regel voraus, dass den zahnärztlichen Versorgungsbedarfen der im Einzugsgebiet lebenden Patientinnen und Patienten nicht von

einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin alleine nachgekommen werden kann. Vor allem Zahnärztinnen und -ärzte, die eine Anstellung im ländlichen Bereich anstreben, werden daher vermutlich nicht immer ihre Standortpräferenz realisieren können – auch wenn an den entsprechenden Standorten Unterversorgung drohen sollte. Somit müssten von Patientinnen und Patienten in diesen Fällen längere Wege zur nächsten Zahnarztpraxis in Kauf genommen werden.

Sinnvoll könnte es daher sein, rechtzeitig Versorgungsmodelle und Strukturen zu schaffen, die eine Versorgung eben dieser Gebiete, denen Unter- oder Nichtversorgung droht, aus umliegenden Gebieten heraus ermöglichen. Vorstellbar wären beispielsweise mobile Konzepte oder Ausnahmeregelungen hinsichtlich der am Vertragszahnarztsitz oder in Zweigpraxen verbrachten Stunden, auch für Angestellte.

## Kapitel 3: Aus- und Fortbildung für Versorgungsbedarfe

In diesem Kapitel widmen wir uns der Frage, ob junge Zahnärztinnen und -ärzte nach ihrer subjektiven Auffassung angemessen ausgebildet sind und inwiefern sie sich in Fort- und Weiterbildungsprogrammen auf die Patientenversorgung vorbereiten. Doch betrachten wir zunächst, wie sich die Versorgungsbedarfe in Deutschland in den nächsten Jahren entwickeln werden.

### 3.1 Versorgungsbedarfe in Deutschland

Versorgungsbedarfe umfassen die Prävention, Therapie und Nachsorge zahnmedizinischer Erkrankungen, die in Deutschland auf Bevölkerungsebene vorliegen. Ein Paradigmenwechsel hin zu mehr Vorsorge in der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung in Deutschland führte in den letzten Dekaden zu einer Veränderung der Krankheitslast und damit auch zu einer Veränderung der Versorgungsbedarfe (KZBV und BZÄK 2016). Auch die Bevölkerung verändert sich: Altersgruppen werden größer oder kleiner, vulnerable Patientengruppen bedürfen unserer besonderen Aufmerksamkeit.

Der Mundgesundheitszustand der deutschen Bevölkerung wird in regelmäßigen Abständen in den Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS) erhoben, zuletzt 2015 in der DMS V (Jordan und Micheelis 2016). Auf Basis der Ergebnisse dieser Studien wurde die Entwicklung verschiedener zahnmedizinischer Erkrankungen bis in das Jahr 2030 extrapoliert (Tab. II.3.1), um zukünftige Versorgungsbedarfe einschätzen zu können.

Karies ist die Erkrankung mit der zweithöchsten Prävalenz (34 %) in Deutschland (IHME 2020). Sie zeichnet sich aus durch eine Zerstörung der Zahnhartsubstanz. Infolge einer Karieserkrankung kann eine Füllungstherapie notwendig werden, um den Zahn erhalten zu können. Greifen alle zahnerhaltenden Maßnahmen nicht, kommt es im schlimmsten Fall zum Zahnverlust. Die Karieserfahrung beschreibt daher neben der Anzahl kariöser auch die Anzahl gefüllter und aufgrund von Karies fehlender Zähne. Gemessen wird sie mit dem DMFT-Index (für Decayed Missing Filled Teeth), mit dem angegeben wird, wie viele von 28 bleibenden Zähnen (ohne Weisheitszähne) betroffen sind.

Einhergehend mit der Einführung individualprophylaktischer Programme, bevölkerungweiter Präventionsprogramme an Kindergärten und Schulen sowie der breiten Verfügbarkeit fluoridierter Zahnpasten sank die Karieserfahrung in den vergangenen 20 Jahren deutlich. Auch in Zukunft wird in allen Altersgruppen ein weiterer Rückgang der Karieserfahrung erwartet.

Für das Jahr 2030 geht man davon aus, dass Kinder (12-Jährige) eine durchschnittliche Karieserfahrung von 0,1 Zähnen je Kind aufweisen werden. Somit würde die Anzahl betroffener Zähne bundesweit bei allen 12-

Tabelle II.3.1: Aktuelle und prognostizierte Versorgungsbedarfe (Quellen: Schwendicke et al. 2018; Jordan et al. 2019; Schwendicke et al. 2020; Jordan et al. 2020)													
		bei Kindern (12 Jahre)			bei Erwachsenen (35–44 Jahre)			bei Senioren (65–74 Jahre)			in Gesamtbevölkerung		
		2015	2030	Trend	2015	2030	Trend	2015	2030	Trend	2015	2030	Trend
<b>Karies</b>	Anzahl betroffener Zähne												
Karieserfahrung	DMFT je Individuum	0,5	0,2	↓	11,2	7,7	↓	17,7	14,9	↓			
	betroffen in Gesamtbevölkerung (in Mio.)	0,35	0,1	↓	111,8	82,5	↓	149,2	171,6	↑	868,0	740,3	↓
Kariöse Zähne	DT je Individuum	0,1	0,0	↓	0,5	0,6	↑	0,5	0,9	↑			
	betroffen in Gesamtbevölkerung (in Mio.)										32,8	46,2	↑
Fehlende Zähne	MT je Individuum	0,1	0,1	→	2,1	0,5	↓	11,1	6,9	↓			
	betroffen in Gesamtbevölkerung (in Mio.)										364,0	287,0	↓
Gefüllte Zähne	FT je Individuum	0,3	0,1	↓	8,6	6,6	↓	6,1	7,1	↑			
	betroffen in Gesamtbevölkerung (in Mio.)										471,2	407,2	↓
Wurzelkarieserfahrung	je Individuum	-	-		1,1	1,1	→	2,32	2,32	→	1,35	1,35	→
	betroffen in Gesamtbevölkerung (in Mio.)	-	-		10,9	11,8	↑	19,6	26,7	↑	104,0	99,0	↓
<b>Zahnlosigkeit</b>	Betroffene Menschen												
	Anteil (in %)	-	-		0,8			12,4	4,2	↓			
<b>Parodontitis</b>	Anzahl betroffener Zähne (bei Sondierungstiefe ≥4 mm)												
Parodontaler Behandlungsbedarf	je Individuum	-	-		4,8	3,2	↓	7,5	12,2	↑			
	betroffen in Gesamtbevölkerung (in Mio.)	-	-		47,3	33,7	↓	63,4	140,9	↑	364,5	464,4	↑
	betroffene Menschen (mindestens ein Zahn mit Sondierungstiefe ≥4 mm)												
	Anteil (in %)	-	-		37	22	↓	80	76	↓			
	Anzahl (in Mio.)	-	-		3,7	2,4	↓	6,7	8,8	↑	34,9	30,9	↓

Jährigen von insgesamt 0,35 Mio. auf 0,1 Mio. zurückgehen. Auch bei Erwachsenen (35-44 Jahre) ist ein Rückgang der Karieserfahrung zu erwarten, da die Anzahl verloreener Zähne (MT) sowie die Anzahl gefüllter Zähne (FT) vermutlich weiter sinken wird. Der für Senioren (65-74 Jahre) prognostizierte Rückgang der Karieserfahrung ist auf den längeren Erhalt der eigenen Zähne zurückzuführen (Jordan et al. 2019). Weniger Zahnverluste bedeuten einerseits einen Rückgang zahnersetzender, prothetischer Maßnahmen (Jordan et al. 2020). Doch je mehr Zähne vorhanden sind, desto mehr Zähne stehen unter potenziellem Kariesrisiko. In höheren Altersgruppen wird daher ein Anstieg gefüllter und kariöser Zähne erwartet (Jordan et al. 2019).

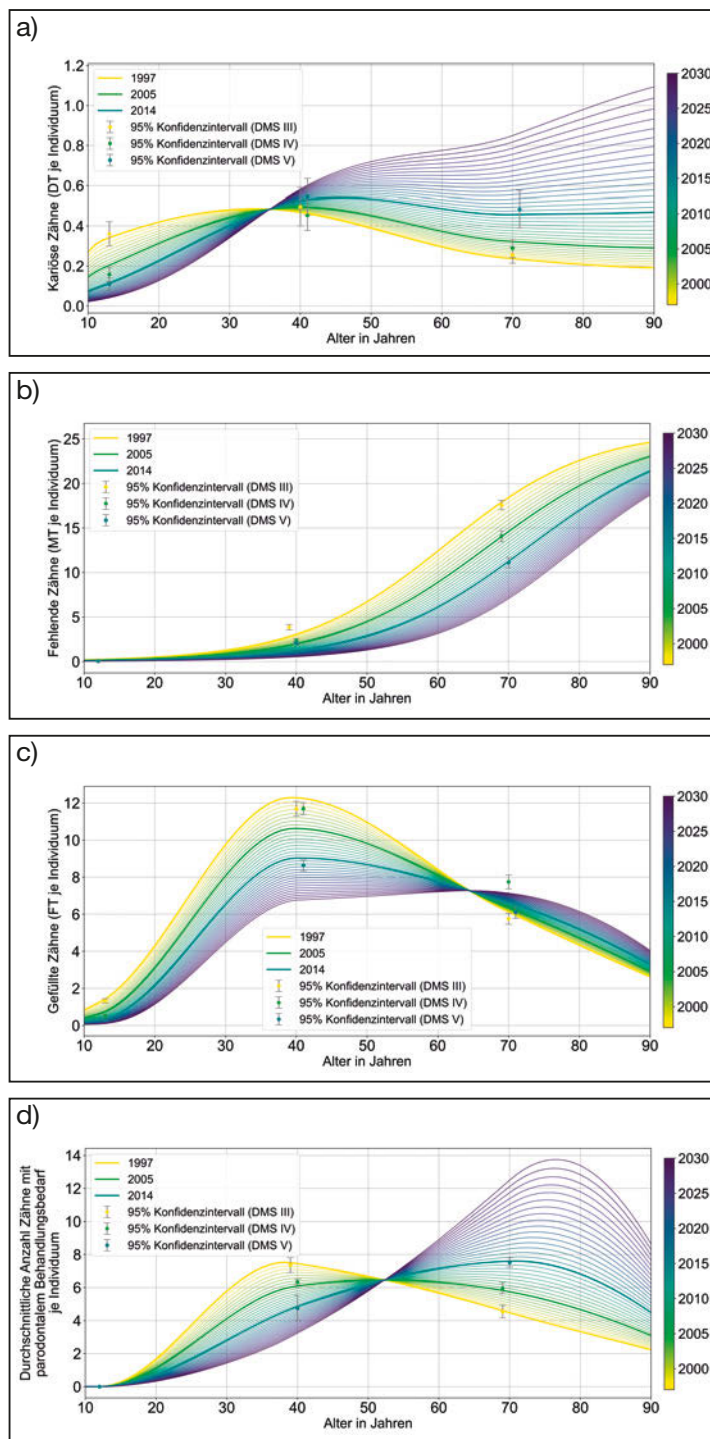
Zu erwarten ist ein Anstieg der Karieserfahrung ab einem Alter von etwa 40 Jahren, ein Anstieg der Füllungserfahrung ab einem Alter von etwa 65 Jahren. Die Restaurationsspirale (Karies → Füllung → Teilkrone → Krone → Wurzelkanalfüllung → Revision → Wurzelspitzenresektion → Extraktion) nach Qvist (2008) wird somit zu einem späteren Zeitpunkt im Lebensverlauf starten. Kariesmanagement und Füllungstherapien werden also zunehmend höhere Altersgruppen betreffen (Abb. II.3.1a, b, c). Benötigt werden daher gezielte Konzepte zur Kariesprävention und zum Kariesmanagement auch dieser Altersgruppen (Jordan et al. 2019).

Parodontitis ist eine chronische entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates. Andauernde Zahnfleischentzündungen greifen auf diesen über und breiten sich aus. Dieser Prozess dauert meist Jahre oder Jahrzehnte, aggressive und schnell verlaufende Formen kommen seltener vor. Unbehandelt kann auch die Parodontitis zum Zahnverlust führen. Parodontale Erkrankungen sind assoziiert mit Allgemeinerkrankungen wie Diabetes mellitus oder kardiovaskulären Erkrankungen.

Der Anteil der Erwachsenen (35-44 Jahre) mit schwerer Parodontitis ist rückläufig. Auch die Anzahl behandlungsbedürftiger<sup>20</sup> Zähne wird weiter abnehmen. Bei Menschen ab 52 Jahren dagegen geht man von einem Anstieg parodontal behandlungsbedürftiger Zähne aus. Auch die Anzahl betroffener älterer Personen wird steigen. Während der prozentuale Anteil Betroffener sogar leicht rückläufig sein wird, führt der steigende Anteil von Menschen in dieser Altersgruppe insgesamt dennoch zu einem Anstieg der Fallzahlen in dieser Altersgruppe.

Auch die Behandlung parodontaler Erkrankungen wird somit stärker altersspezifisch sein als bisher (Abb. II.3.1d). Da mit steigendem Alter und bei Pflegebedürftigen zunehmend Ko-Morbiditäten eine Rolle spielen werden, wird die Komplexität der Behandlungen erhöht sein. Daher wird gefordert, die zukünftigen Zahnärztinnen und -ärzte auf diese Versorgungsbedarfe gezielter vorzubereiten (Schwendicke et al. 2018).

<sup>20</sup> In die Kategorie „behandlungsbedürftig“ wurden in der Berechnung alle Zähne mit einem Attachmentverlust von 4 mm und mehr erfasst.



**Abbildung II.3.1:** (Prognostizierte) versorgungsbedürftige Zähne je Individuum zwischen 1997 und 2030 nach Alter – a) kariöse Zähne; b) fehlende Zähne; c) gefüllte Zähne; d) parodontal behandlungsbedürftige Zähne (Quellen: Schwendicke et al. 2018; Jordan et al. 2019)

Versagen zahnerhaltende, konservierende und parodontale Therapien, kommt es zum Zahnverlust. Oftmals wird dann eine Behandlung notwendig, in welcher der fehlende Zahn künstlich ersetzt werden muss. Mit dem längeren Erhalt der eigenen Zähne wird auch die zahnersetzende, prothetische Versorgung tendenziell erst im fortgeschrittenen Alter notwendig werden und der Bedarf insgesamt zurückgehen (Jäger et al. 2016). Weniger fehlende Zähne bedeuten gleichzeitig bessere Verankerungsmöglichkeiten für festsitzenden Zahnersatz. Innerhalb des prothetischen Behandlungsspektrums wird es daher vermutlich zu Verschiebungen der Bedarfe von festsitzendem und herausnehmbaren Zahnersatz kommen (KZBV und BZÄK 2016).

Im Zuge des demografischen Wandels altert die Bevölkerung Deutschlands: Die über 65-Jährigen umfassen mit 18,3 Millionen Menschen heute 22 % der Bevölkerung. 2030 werden sie mit 21,6 Millionen 26 % der Bevölkerung ausmachen und 2060 mit 23 Millionen 31 % (Destatis 2020a; Rothgang und Unger 2017). Gleichzeitig bleibt die Mundgesundheit länger erhalten. Oralen Erkrankungen gehen mehr gesunde Jahre voraus als noch in vorangegangenen Generationen; die Erkrankungen verschieben sich in höhere Altersgruppen, auch als Morbiditätskompression bezeichnet (KZBV und BZÄK 2016). Zahnärztliche Versorgungsbedarfe werden sich daher zukünftig in zunehmendem Maße in älteren Bevölkerungsgruppen ergeben (KZBV 2017). Herausforderungen ergeben sich u. a. dadurch, dass nur wenig Evidenz über Therapien bei älteren Menschen vorliegt (v. Renteln-Kruse et al. 2017).

Die Patientengruppe älterer Menschen bringt nicht nur vermehrt orale Erkrankungen in die Praxis, sondern zunehmend auch chronische Erkrankungen und Multimorbiditäten (Haubitz 2017). Interventionen gewinnen zudem dadurch an Komplexität, dass sie unterschiedliche institutionelle Kontextbedingungen, wie die Unterbringung in Pflegeheimen, berücksichtigen müssen (v. Renteln-Kruse et al. 2017). Die Pflegequote, also der Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland, ist innerhalb der letzten Dekade kontinuierlich gestiegen. 2017 waren 44,5 % der 85- bis 90-Jährigen sowie 70,7 % der über 90-Jährigen pflegebedürftig (Destatis 2020b). Ihre Mundgesundheit ist in der Regel schlechter als die Mundgesundheit nichtpflegebedürftiger Gleichaltriger. Sie haben weniger Zähne, mehr Karies und häufiger Zahnfleischbluten. Etwa ein Drittel ist auf Hilfe bei der täglichen Mundhygiene angewiesen. Während der Behandlungsbedarf pflegebedürftiger Menschen vergleichsweise hoch ist, ist nur jede/r Zweite uneingeschränkt therapiefähig (KZBV und BZÄK 2016). Es wird gefordert, speziell für diese Menschen gezielt umfassende/fachübergreifende Behandlungskonzepte zu entwickeln, die sowohl die medizinischen als auch die veränderten zahnmedizinischen Anforderungen berücksichtigen (Jordan et al. 2019).



Herausforderungen werden sich in Zukunft auch in weiteren Bevölkerungsgruppen ergeben: So ist die Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung schlechter als in anderen Bevölkerungsgruppen (Nitschke und Schulte 2012). Die frühkindliche Karies der Milchzähne, die Early Childhood Caries (ECC), bleibt trotz der Erfolge auf dem Gebiet der Kariesprävention seit Jahren auf konstantem Niveau. Je nach Region sind zwischen 5 % und 20 % der Kinder in Deutschland betroffen (Treuner und Splieth 2013). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen eine höhere Karieserfahrung auf als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund, Erwachsene mit Migrationshintergrund haben dagegen vergleichsweise mehr fehlende Zähne (Aarabi et al. 2013). Und auch die Karieserfahrung zwischen den sozialen Schichten ist nach wie vor ungleich verteilt. Von den 12-Jährigen mit niedrigem Sozialstatus haben 75 % naturgesunde Gebisse, von denen mit hohem Sozialstatus dagegen 88 %. Auch wenn soziale Ungleichheiten verringert werden konnten, treten Versorgungsbedarfe vermutlich auch in Zukunft vor allem in niedrigeren Sozialschichten auf (KZBV und BZÄK 2016).

Für die Zukunft ist von einem Anstieg präventiver Therapien auszugehen. Denn präventive Versorgungskonzepte sollen weiter ausgebaut werden, wobei sich vermutlich Zielgruppen verschieben werden. Aller Voraussicht nach werden zukünftig präventive Maßnahmen vermehrt auch ältere Menschen sowie vulnerable Patientengruppen adressieren (BZÄK 2017; KZBV 2017). Auch zahnärztliche Therapien werden sich vermehrt an ältere Menschen richten. Gleichzeitig wird der zahnärztliche Behandlungsbedarf in der Gesamtbevölkerung vermutlich sinken. In Mecklenburg-Vorpommern führte der Rückgang der Gesamtbevölkerung bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils älterer Menschen in der Summe zu einem Rückgang zahnmedizinischer Leistungen zwischen 2001 und 2011. Bis 2030 werden diese weiter abnehmen (Jäger et al. 2016; Schwendicke et al. 2016). Der Anteil parodontaler Behandlungen wird sich hingegen voraussichtlich vergrößern. Gleichzeitig geht der Anteil prothetischer Behandlungen zurück. Auch konservierende, prophylaktische und kieferorthopädische Leistungen werden in absoluten Zahlen bis 2030 weniger nachgefragt – ihr relativer Anteil zu anderen zahnärztlichen Behandlungen wird sich dagegen vermutlich nicht ändern (Jäger et al. 2016).

Eine entsprechende zahnärztliche Versorgung garantieren zu können, setzt voraus, dass zukünftige Zahnärztinnen und -ärzte angemessen ausgebildet sind. Im Laufe ihres Berufslebens werden sie sich entsprechend veränderter Versorgungsbedarfe fort- oder weiterbilden müssen, um sich auf veränderte Anforderungen einzustellen. Praxisgründern wird geraten, die eigenen Arbeitsschwerpunkte an den oralen Bedarfen der Bevölkerung zu orientieren (Klingenberger 2018, S. 88). Ob das Studium angemessen auf aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe sowie den Praxisalltag vorbereitet, soll in den folgenden Abschnitten betrachtet werden.



## 3.2 Vorbereitung auf den Versorgungsalltag

### 3.2.1 Im Studium

Das Studium der Zahnheilkunde soll Studierende für ihre allgemein Zahnärztliche Tätigkeit nach dem Staatsexamen wissenschaftlich und praktisch ausbilden (ZÄPrO § 1, Abs. 1). Die ab dem 01.10.2021<sup>21</sup> gültige Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZÄPrO) präzisiert die Ziele des Studiums gegenüber der bis zu diesem Zeitpunkt und seit 1955 gültigen Approbationsordnung: Der Zahnarzt und die Zahnärztin sollen durch die wissenschaftliche und praktische zahnärztliche Ausbildung zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung der Zahnheilkunde, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt werden. Dabei werden grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern, die für die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, vermittelt (ZÄPrO § 1).

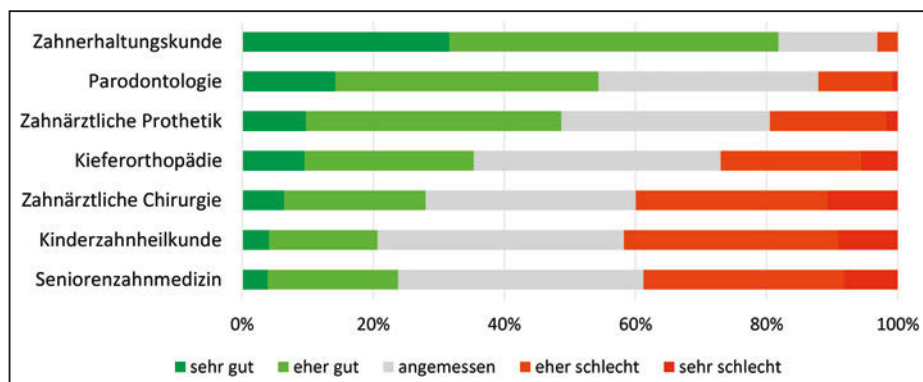
Das bestandene Staatsexamen dient als externe Bewertung, ob diese Ausbildungsziele erreicht wurden. Eine Beurteilung der Angemessenheit der Lehrinhalte des Studiums für die Berufspraxis durch die angehenden Zahnärztinnen und -ärzte selbst ist abschließend erst nach dem Berufseintritt möglich. Dennoch kann sich der Grad der wahrgenommenen Vorbereitung auf die Sicherheit auswirken, mit der Berufseinsteigende Behandlungssituationen begegnen; so wird eine/ein Zahnärztin/-arzt, die/der im Studium wiederholt praktische Erfahrungen im Bereich der Zahnextraktion sammeln konnte, einer Extraktion auch in der Praxis mit Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit begegnen können.

Daher wurde bereits in der ersten Befragungswelle 2015 am Ende des Studiums erhoben, inwiefern die angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzte die Vorbereitung des Studiums auf die Praxis einschätzen. Bewertet werden sollte dabei nicht die Qualität der Lehre, sondern es sollten vielmehr die Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung beurteilt werden. Am Ende ihres Studiums fühlt sich ein Teil der Befragten in vielen zahnärztlichen Disziplinen nicht gut auf die Praxis vorbereitet (Abb. II.3.2). In den Bereichen Kinderzahnheilkunde und Seniorenzahnmedizin<sup>22</sup> geben weniger als ein Viertel der Studierenden an, sich mindestens gut vorbereitet zu fühlen. Vor allem in der Seniorenzahnmedizin werden aufgrund des wachsenden Anteils älterer Menschen mit den entsprechenden zahnmedizinischen Herausforderungen, die sie mit sich bringen, zunehmend komplexe Versorgungsbedarfe auftreten. Im Studium werden jedoch in einigen Disziplinen je nach Universität zum Teil nur theoretische und keine praktischen Veranstaltungen angeboten. Nach den Angaben der damaligen Studieren-

<sup>21</sup> Ursprünglich: 01.10.2020; auf Grundlage des „Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ um ein Jahr verschoben.

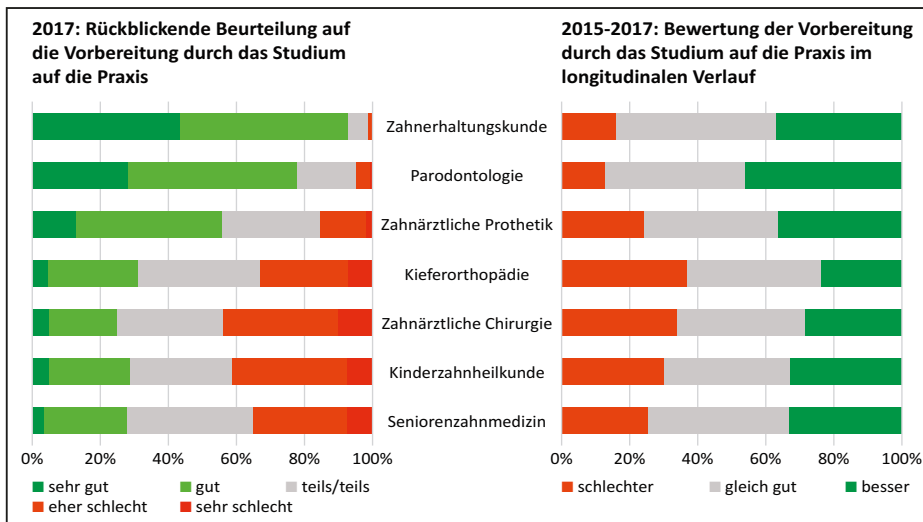
<sup>22</sup> Im Fragebogen als „Alterszahnheilkunde“ abgefragt.

den ist daher davon auszugehen, dass diese jungen Zahnärztinnen und -ärzte mehrheitlich mit Unsicherheiten in Bezug auf die eigenen fachlichen Fähigkeiten in das Berufsleben starten. Auch wenn sorgenvolle Antizipationen vor dem Eintritt in den Beruf vor Enttäuschungen in der Arbeitswelt schützen können, erleichtert eine gute Berufsvorbereitung den Berufsstart und mildert den „Praxisschock“ (Dippelhofer-Stiem 2001).



**Abbildung II.3.2:** Wie gut fühlen sich Studierende am Ende des Studiums in verschiedenen Fachdisziplinen auf die Praxis vorbereitet? Angaben aller Studierenden an Befragungswelle 1

Nachdem sie erste Berufserfahrung sammeln konnten, wurden die Studienteilnehmenden etwa ein Jahr nach ihrem Berufseintritt in der zweiten Befragungswelle erneut zur fachlichen Vorbereitung befragt. Rückblickend sollten sie beurteilen, wie gut oder schlecht sie sich durch das Studium auf die Praxis vorbereitet fühlten. Der Eindruck aus dem Studium bestätigt sich vor allem in der Zahnerhaltungskunde: Auch mit den in der Praxis gesammelten Erfahrungen fühlt sich die überwiegende Mehrheit der jungen Zahnärztinnen und -ärzte in dieser Fachdisziplin durch das Studium „gut“ oder „sehr gut“ aufgestellt (Abb. II.3.3). Die wissenschaftliche und praktische Ausbildung durch das Studium der Zahnheilkunde bereitet aus Sicht junger Zahnärztinnen und -ärzte zahnmedizinisch-fachlich somit auch rückblickend nur in wenigen Disziplinen gut auf den berufspraktischen Alltag vor.



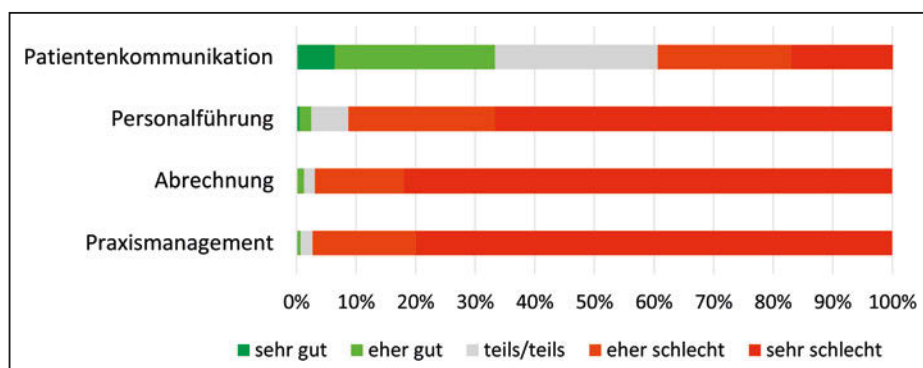
**Abbildung II.3.3:** Wie beurteilen Zahnärztinnen und -ärzte in der Assistenzzeit (2017) rückblickend die fachliche Vorbereitung durch das Studium auf die Praxis, wenn sie im Beruf stehen? Und wie fällt die persönliche Beurteilung 2017 im Vergleich zur Beurteilung zwei Jahre zuvor aus? Antworten aller Teilnehmenden, die an den Befragungswellen 1 und 2 teilgenommen haben und in Welle 2 in der Assistenzzeit waren

Im allgemein Zahnärztlichen Alltag nehmen Behandlungen aus dem Bereich der Zahnerhaltung den größten Raum ein (KZBV 2018). Aber auch in Disziplinen, die von einer Minderheit als gut in ihrer Vorbereitung beurteilt werden, ergeben sich jetzt und in Zukunft Versorgungsbedarfe. Zusammenfassend gibt es in der Vorbereitung des Studiums auf die Praxis durchaus Optimierungspotenzial. Die neue Approbationsordnung greift diese Bereiche zum Teil auf – so werden in der Kinderzahnheilkunde beispielsweise praktische Leistungen verlangt und der Querschnittsbereich „Medizin und Zahnmedizin des Alterns und des alten Menschen“ wurde aufgenommen. Inwiefern diese Neuerungen sich auf die Sicherheit auswirken, mit der junge Zahnärztinnen und -ärzte den Berufseinstieg erleben, sollte weiter beobachtet werden.

Das Aufgabenspektrum eines Zahnarztes/einer Zahnärztin in der Praxis setzt neben den zahnmedizinischen Kenntnissen und Fähigkeiten auch Know-how in weiteren Bereichen voraus. Zu den sogenannten „Soft Skills“ gehört beispielsweise die Patientenkommunikation. Auch Kenntnisse zu Dokumentation und Abrechnung sollten vorhanden sein, denn die erbrachten Leistungen müssen in vorgegebener Weise über den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) oder die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden. Und diejenigen, die eine Niederlassung anvisieren, werden sich spätestens zu diesem Zeit-

punkt mit Herausforderungen aus dem Spektrum des Praxismanagements und der Personalführung konfrontiert sehen.

Daher wurden die Studienteilnehmenden nach ihrem Berufseinstieg gebeten, auch die Vorbereitung durch das Studium auf diese nichtzahnmedizinischen Bereiche rückblickend zu beurteilen. Während sich noch etwa ein Drittel gut auf die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten vorbereitet fühlt, geben über 80 % an, dass das Studium sehr schlecht auf den Bereich Abrechnung vorbereitet habe (Abb. II.3.4). Auch Kenntnisse, die für eine Niederlassung bedeutend sein können, werden im Studium aus Sicht der jungen Zahnärztinnen und -ärzte schlecht vermittelt.



**Abbildung II.3.4:** Wie beurteilen Zahnärztinnen und -ärzte in der Assistenzzeit rückblickend die fachliche Vorbereitung durch das Studium auf die Praxis, wenn sie im Beruf stehen? Antworten aller Teilnehmenden, die in Welle 2 in der Assistenzzeit waren

Eine vergleichsweise schlechte Ausbildung in Bereichen, die nicht direkt mit (zahn-)ärztlichen Fachdisziplinen zusammenhängt, wird auch in einer longitudinalen Studie der British Medical Association (BMA) berichtet. Angehende Ärztinnen und Ärzte wurden retrospektiv nach der Vorbereitung auf ihr zweites klinisches Jahr gefragt. Die Vorbereitung auf die klinische Praxis wurde dabei von 77 % als „gut“ und von 22,1 % als „adäquat“ berichtet; die Vorbereitung auf juristische Aspekte, Versorgungsqualität und Versorgungsfunktion war dagegen verbesserungsbedürftig (BMA 2009).

Ob nun die Ausbildung in entsprechenden fachfernen Disziplinen bereits im Studium vollständig erfolgen sollte und überhaupt kann oder ob nicht in der Vorbereitungsassistenzzeit zumindest ein Teil dieser Themenbereiche besser vermittelt werden könnte, bleibt zu diskutieren. Festgehalten werden muss jedoch, dass die befragten Studierenden nach ihrer eigenen Einschätzung in nichtzahnmedizinischen Disziplinen mit nur geringen Kenntnissen in den Beruf starten.

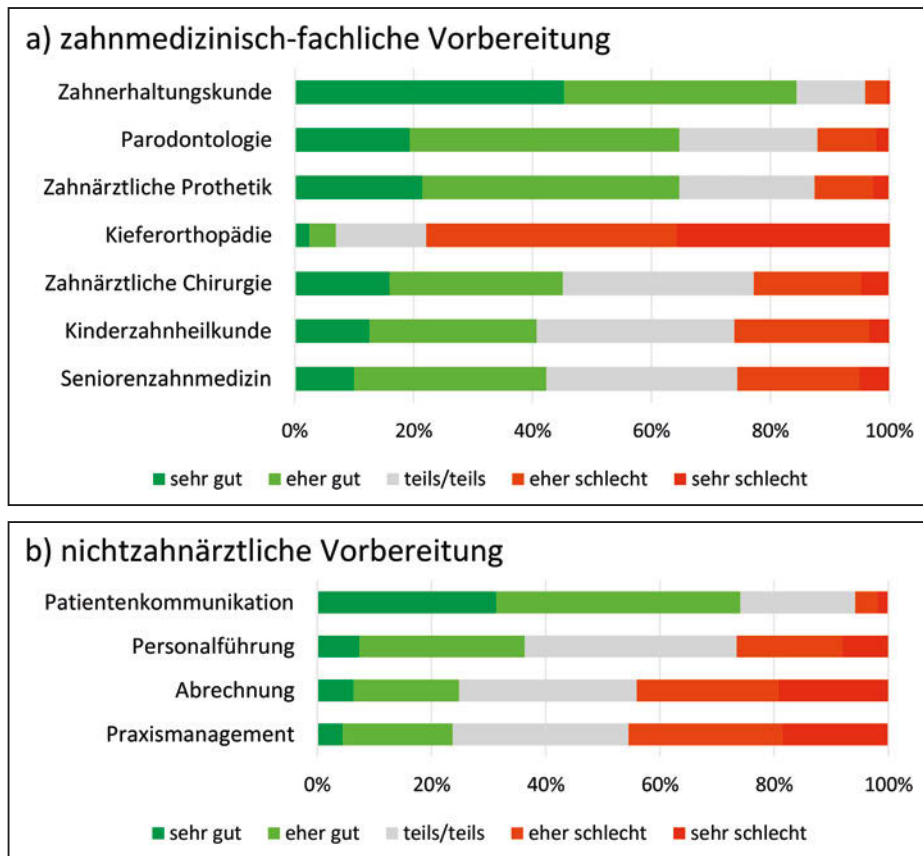
### 3.2.2 In der Assistenzzeit

Nach dem Studium folgt für eine große Mehrheit der Zahnärztinnen und -ärzte als erste berufliche Station die Anstellung als Vorbereitungsassistentin. Die Vorbereitungszeit ist Voraussetzung für die Zulassung sowohl als niedergelassene/r Vertragszahnärztin/-arzt als auch für die Tätigkeit als angestellte/r Zahnärztin/-arzt in vertragszahnärztlicher Praxis (Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte; Zahnärzte-ZV). Fachlich-inhaltliche Ziele oder Vorgaben sind in der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte für die zweijährige Vorbereitungszeit nicht festgelegt. Dabei soll die Tätigkeit in vertragszahnärztlicher Praxis sicherstellen, dass der Vorbereitungsassistent oder die Vorbereitungsassistentin die „Bedingungen und Erfordernisse der Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen in eigener Tätigkeit in der Praxis eines niedergelassenen Vertragszahnarztes kennengelernt hat, ehe er selbst als Vertragszahnarzt in eigener Praxis zugelassen werden kann“ (BSG-Urteil vom 08.05.1996, 6 RKA 29/95). Empfohlen wird, die Vorbereitungszeit zu nutzen, um zahnmedizinisch-fachliche und nicht-zahnmedizinische Kenntnisse zu vertiefen und die Abläufe in einer Zahnarztpraxis kennenzulernen (BLZK 2021).

Auch die Vorbereitung in der Assistenzzeit auf die zahnärztliche Tätigkeit in der Anstellung oder der Niederlassung wurde durch die Studienteilnehmenden rückblickend beurteilt. Wie schon im Studium fühlt sich auch in der Assistenzzeit über die Hälfte der jungen Zahnärztinnen und -ärzte nicht gut auf die zahnmedizinischen Bedarfe älterer Menschen und die zahnärztliche Behandlung von Kindern vorbereitet (Abb. II.3.5). 80 % bewerten die fachliche Vorbereitung in der Kieferorthopädie als schlecht oder sehr schlecht. Bei diesen Teilnehmenden kann davon ausgegangen werden, dass sie in ihrer Assistenzzeit in einer (allgemein-)zahnmedizinischen Praxis tätig waren, welche wenig Berührungspunkte zu kieferorthopädischen Fragestellungen hatte. Kieferorthopädische Behandlungen werden in der Regel in Fachpraxen durchgeführt. Studienteilnehmende, die eine Weiterbildung oder einen Fachzahnarzt/-ärztin im Bereich Kieferorthopädie angeben, bewerten die Vorbereitung auf diese Disziplin während ihrer Assistenzzeit deutlich besser.

Patientenkommunikation, als Teil nichtzahnmedizinischer Kenntnisse, wird der Mehrheit dagegen gut vermittelt. Fähigkeiten dagegen, die zur Führung einer eigenen Praxis hilfreich sind, etwa in den Bereichen Praxismanagement und Personalführung, scheinen nicht unbedingt in der Vorbereitungszeit erlernt zu werden.

Zufrieden mit der Entwicklung neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten sind in der Assistenzzeit dennoch 65,9 % der Assistenz Zahnärzte und -ärztinnen, nach Abschluss der Vorbereitungszeit sogar 76,1 %. Damit gibt jedoch immerhin ein Drittel an, weniger zufrieden zu sein. Sie bemängeln, dass die Arbeitsbedingungen nicht geeignet sind, um neue Fähigkeiten zu entwickeln und dass Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten nicht gefördert werden.



**Abbildung II.3.5:** Wie beurteilen Zahnärztinnen und -ärzte rückblickend die Vorbereitung in der Vorbereitungszeit auf ihre zahnärztliche Tätigkeit in der Niederlassung oder Anstellung? a) die zahnmedizinisch-fachliche Vorbereitung, b) die nichtzahnärztliche Vorbereitung – Antworten aller Teilnehmenden, die in Welle 3 angestellt oder niedergelassen waren

Zahnärztlich-fachliche Grundlagen erwerben Zahnmedizinstudierende im Studium, gefestigt werden die Kenntnisse in der Assistenzzeit. Offensichtlich besteht jedoch auch jetzt noch fachlicher Aufholbedarf. Gut vorbereitet fühlen sich junge Zahnärztinnen und -ärzte in der Zahnerhaltung. Der Versorgungsbedarf in diesem Bereich wird zukünftig gerade bei älteren Menschen steigen, auf Seniorenzahnheilkunde wiederum fühlen sich junge Zahnärztinnen und -ärzte nicht gut vorbereitet.

Mehr noch als in den zahnmedizinisch-fachlichen Disziplinen werden Defizite in der Vermittlung nicht primär zahnmedizinischer Kenntnisse deutlich. Streben die jungen Zahnärztinnen und -ärzte eine Niederlassung an, muss die Aneignung betriebswirtschaftlichen und für das Management der

Praxis notwendigen Wissens somit in Eigenregie erfolgen. Diese gefühlte unzureichende Kenntnisse, beispielsweise zu betriebswirtschaftlichen Aspekten, sind ein Grund, warum sich Zahnärztinnen und -ärzte erst spät niederlassen (s. a. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2 und Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.3). Bereits eine frühere Befragung niedergelassener Zahnärztinnen und -ärzte des IDZ aus dem Jahr 2004 ergab, dass sich auch damals nur 5,8 % der neu Niedergelassenen den Anforderungen der zahnärztlichen Berufsausübung gewachsen sahen (Klingenberger und Becker 2004). Damit scheint auch bei ihnen eine Vorbereitung auf betriebswirtschaftliche Herausforderungen im weiteren Berufsleben nicht im Studium oder in der Vorbereitungsassistenzeit erfolgt zu sein. Doch hatten die damals befragten Zahnärztinnen und -ärzte kaum eine Wahl, einen alternativen Berufsweg in der Patientenversorgung einzuschlagen.

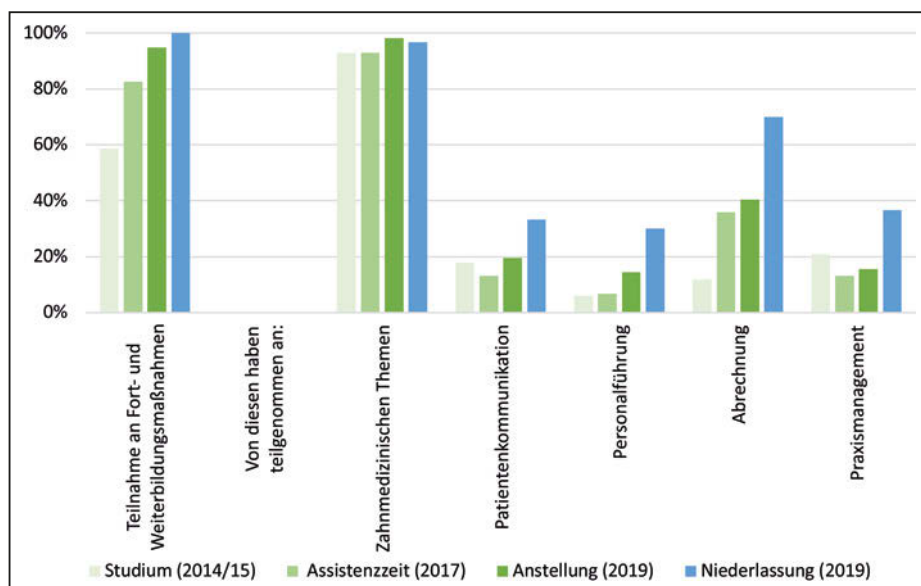
Sowohl im Studium als auch in der Assistenzeit steht nur ein begrenzter Zeitrahmen zur Verfügung, in dem eine große Menge Neues erlernt werden soll. Hier besteht natürlich die Schwierigkeit, zu priorisieren, seien es nun die zahnmedizinisch-fachlichen Disziplinen untereinander oder auch nicht-zahnmedizinische gegenüber zahnmedizinischen Kenntnissen. Die u. a. durch die (alte) Approbationsordnung vorgegebene Verteilung scheint dabei einige im praktischen Versorgungsalltag wichtige Fachdisziplinen im Verhältnis zu vernachlässigen. Auch Kenntnisse zur Führung einer Praxis werden hier in der Regel kaum vermittelt. In der Assistenzeit erfolgt keine bundesweit einheitlich geregelte Vermittlung und Vertiefung zahnmedizinischer und nichtzahnmedizinischer Kenntnisse. Damit ist es den Berufsanfängerinnen/-anfängern überlassen, in welchen Bereichen sie ihr Wissen proaktiv selber erweitern wollen. Dies bietet ihnen einerseits die Möglichkeit, nach dem eigenen Wissensstand zu priorisieren, andererseits besteht die Gefahr, dass dadurch möglicherweise Bereiche, zu denen der Kenntnisstand gering ist, nicht weiterverfolgt werden.

### **3.3 Fort- und Weiterbildung**

Eine Möglichkeit, Wissensdefizite auszugleichen, ist die gezielte Wahrnehmung entsprechender Fortbildungsangebote. Dies beschränkt sich nicht auf die ersten Berufsjahre, denn Zahnärztinnen und -ärzte leben einerseits ein „traditionelles Selbstverständnis der berufsbegleitenden Fortbildung“ (Bergmann-Krauss et al. 2005) und sind andererseits auch zur regelmäßigen und berufslebenslangen Fortbildung verpflichtet. So legen es sowohl die Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer als auch die Berufsordnungen der Zahnärztekammern und das Sozialgesetzbuch fest (§ 95d SGB V). Menge und Umfang der Fortbildungen sind vorgegeben, nicht jedoch fachliche Inhalte. Die Leitsätze zur Fortbildung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) fassen unter zahnärztlicher Fortbildung die Aktualisierung und Weiterentwicklung

fachlicher und interdisziplinärer Kenntnisse sowie klinisch-praktischer Fähigkeiten zusammen, wobei auch sie sowohl die Themenauswahl als auch die Art und Weise der Fortbildung den Zahnärzten und -ärztinnen überlassen (BZÄK et al. 2019). Ob die Fortbildungen daher genutzt werden, um vorhandene Kenntnisse zu vertiefen, Wissenslücken zu schließen oder sogar, um sich fachlich gezielt auf veränderte Versorgungsbedarfe einzustellen, bleibt dem oder der Einzelnen überlassen. Nach der Musterberufsordnung § 5 Fortbildung ist „der Zahnarzt, der seinen Beruf ausübt, verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig ist“. Die Nachweispflicht über Fortbildung ist darüber hinaus im Sozialgesetzbuch geregelt (§ 95d SGB V). Sie beginnt mit Aufnahme einer vertragszahnärztlichen Angestellten- oder Niedergelassenentätigkeit und greift damit noch nicht während des Studiums oder der Assistenzzeit.

Dennoch werden Fortbildungsveranstaltungen von der Mehrheit der Stuzahnärztinnen und -ärzte nicht erst mit Beginn der Anstellung oder Niederlassung, sondern auf freiwilliger Basis bereits in den ersten Berufsjahren und schon im Studium regelmäßig besucht (Abb. II.3.6). Vor allem Fortbildungen zu zahnmedizinischen Themen stoßen bei ihnen auf großes Interesse.

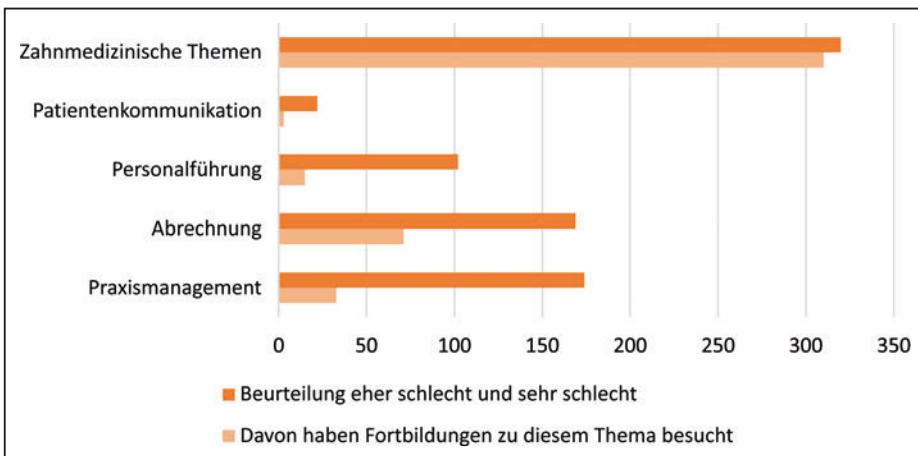


**Abbildung II.3.6:** Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in den zwei Jahren vor der jeweiligen Befragung (Es waren Mehrfachnennungen der Themenbereiche möglich, daher übersteigt die Anzahl der Nennungen 100 %)



Die Motivation zur Fortbildung sowie die spezifischen zahnmedizinisch-fachlichen Inhalte der besuchten Veranstaltungen wurden in der Studie nicht erfragt. In einer 2004 durchgeführten Studie gaben niedergelassene Zahnärztinnen und -ärzte eher intrinsische Motive an, wie die „Anpassung und Aktualisierung des Wissens“ und die „Umsetzung des Wissens, Praxis verbessern“. Motivation zur Fortbildung war bei ihnen das Erreichen beruflicher Zufriedenheit und guter Behandlungsqualität. Das Antwortverhalten jüngerer Befragter unterschied sich damals nicht deutlich von dem ihrer älteren Kollegen und Kolleginnen (Bergmann-Krauss et al. 2005).

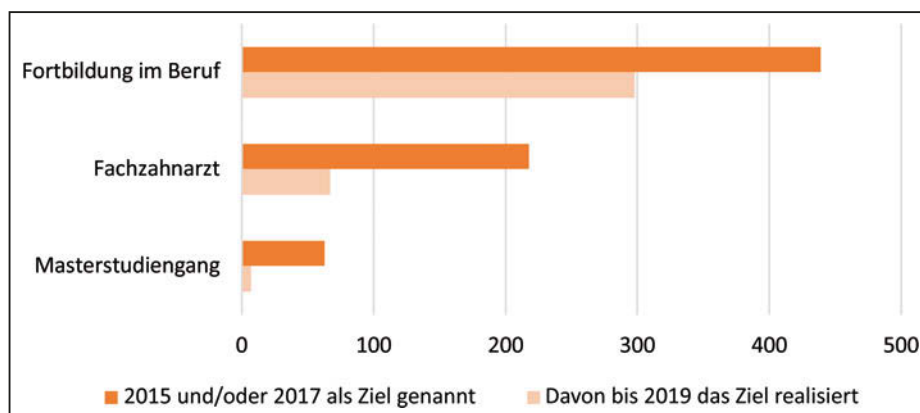
Weniger häufig als zu zahnmedizinischen Themen werden von den aktuell befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzten jedenfalls Fortbildungen zum Praxismanagement oder der Personalführung besucht, obwohl die Vorbereitung auf diese für die Existenzgründung hilfreichen Bereiche in der Assistenzzeit von 45 % sowie 27 % als schlecht oder sehr schlecht beurteilt werden (Abb. II.3.7).



**Abbildung II.3.7:** Werden empfundene Defizite in der Assistenzzeit durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen kompensiert? Retrospektive Beurteilung der Vorbereitung in der Vorbereitungsassistenzzeit durch Niedergelassene und Angestellte (2019) und Besuch von Fortbildungsveranstaltungen (Anzahl der Teilnehmenden)

Die berufliche Fortbildung ist ein Ziel, welches eine Mehrzahl der jungen Zahnärztinnen und -ärzte für die ersten Berufsjahre bewusst plant. Im Studium bereits gibt über die Hälfte der Studierenden die Fortbildung im Beruf als Ziel für die nächsten Jahre an. Neben der Promotion und höherer Lebensqualität sind ihnen nur das Ankommen im Beruf und die Stellensuche wichtiger. In der Assistenzzeit dann wird die Fortbildung im Beruf nach der Promotion das am zweithäufigsten genannte Ziel der nächsten zwei Jahre – nahezu zwei Drittel der Teilnehmenden haben sich den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen vorgenommen. 68 % derjenigen, die sich die Fortbildung im

Beruf als Ziel gesetzt haben, realisieren ihr Vorhaben dann auch in den ersten Berufsjahren (Abb. II.3.8). Anders verhält es sich bei denen, die eine zeitintensivere Fort- oder Weiterbildung geplant hatten: Von denjenigen, die angeben, sich zum Fachzahnarzt bzw. zur Fachzahnärztin weiterbilden zu wollen, haben 31 % im Jahr 2019 ihr Vorhaben bereits realisiert oder befinden sich in der Weiterbildung. 11 % derjenigen, die als Ziel einen Masterstudiengang genannt haben, haben dieses Ziel im Jahr 2019 bereits realisiert.



**Abbildung II.3.8:** Wurden die in 2015 und 2017 gesetzten persönlichen Fort- und Weiterbildungsziele erreicht? Angaben aus 2019 (Anzahl der Teilnehmenden)

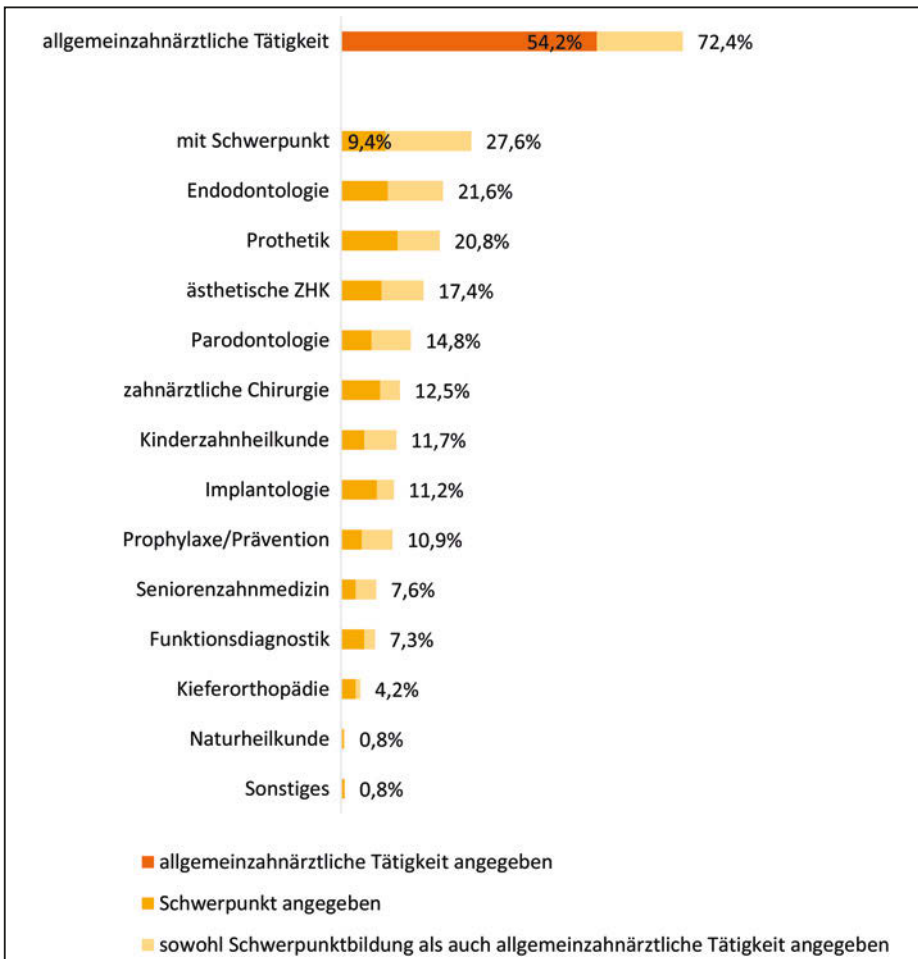
Neben der Verbesserung der Fähigkeiten wird die Teilnahme an Fortbildungen auch zur Bildung von Tätigkeitsschwerpunkten genutzt. Um Tätigkeitsschwerpunkte auszuweisen, werden besondere Kenntnisse und Erfahrung auf dem jeweiligen Fachgebiet vorausgesetzt und müssen ggf. gegenüber der zuständigen Zahnärztekammer nachgewiesen werden. Der erfolgreiche Abschluss einer bundes- oder landesweit einheitlich strukturierten Fort- oder Weiterbildung mit Vorgaben zu den Inhalten des Curriculums oder eine entsprechende Zertifizierung werden dagegen nicht vorausgesetzt.

Masterstudiengänge oder Spezialisierungen der zahnmedizinischen Fachgesellschaften bieten entsprechende Fortbildungen an, die nach Abschluss zum Tragen eines Titels oder einer Zusatzbezeichnung berechtigen.

In einer Weiterbildung erfolgt der „geregelte Erwerb besonderer beruflicher Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten“ in speziellen Fachgebieten. Während der Weiterbildungsassistenzeit bilden sich die Zahnärztinnen zur Fachzahnärztin bzw. die Zahnärzte zum Fachzahnarzt weiter. Nach Abschluss führen sie die entsprechende Fachgebietsbezeichnung. Bundeseinheitlich werden Weiterbildungen für Oralchirurgie, Kieferorthopädie und Öffentliches Gesundheitswesen angeboten, in einigen Bundesländern auch für Parodontologie und Allgemeine Zahnheilkunde. Fachzahnärzte/

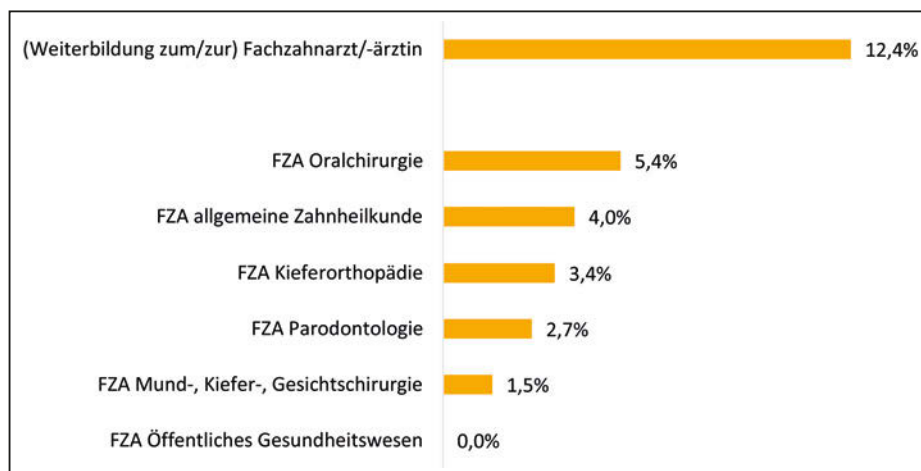
-ärztinnen für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie haben zusätzlich ein humanmedizinisches Studium durchlaufen.

Ein großer Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte bleibt jedoch in den ersten Berufsjahren zunächst allgemein Zahnmedizinisch tätig (nicht zu verwechseln mit den Fachzahnärzten für Allgemeine Zahnheilkunde). Über die Hälfte arbeiten in der Anstellung oder Niederlassung zunächst ohne weiteren Schwerpunkt (Abb. II.3.9). In den Befragungen geben einige Teilnehmende an, sowohl allgemein Zahnärztlich tätig zu sein, als auch einer Tätigkeit mit Schwerpunkt nachzugehen. Ihre Angaben sind durch hellere Balkenanteile dargestellt.



**Abbildung II.3.9:** Anteil allgemein Zahnärztlich Tätigen und der mit Schwerpunkten Tätigen im Frühjahr 2019 (Welle 3) – Die dargestellten Werte beziehen sich auf alle teilnehmenden Angestellten und Niedergelassenen (sowohl Einfach- als auch Doppelnennungen)

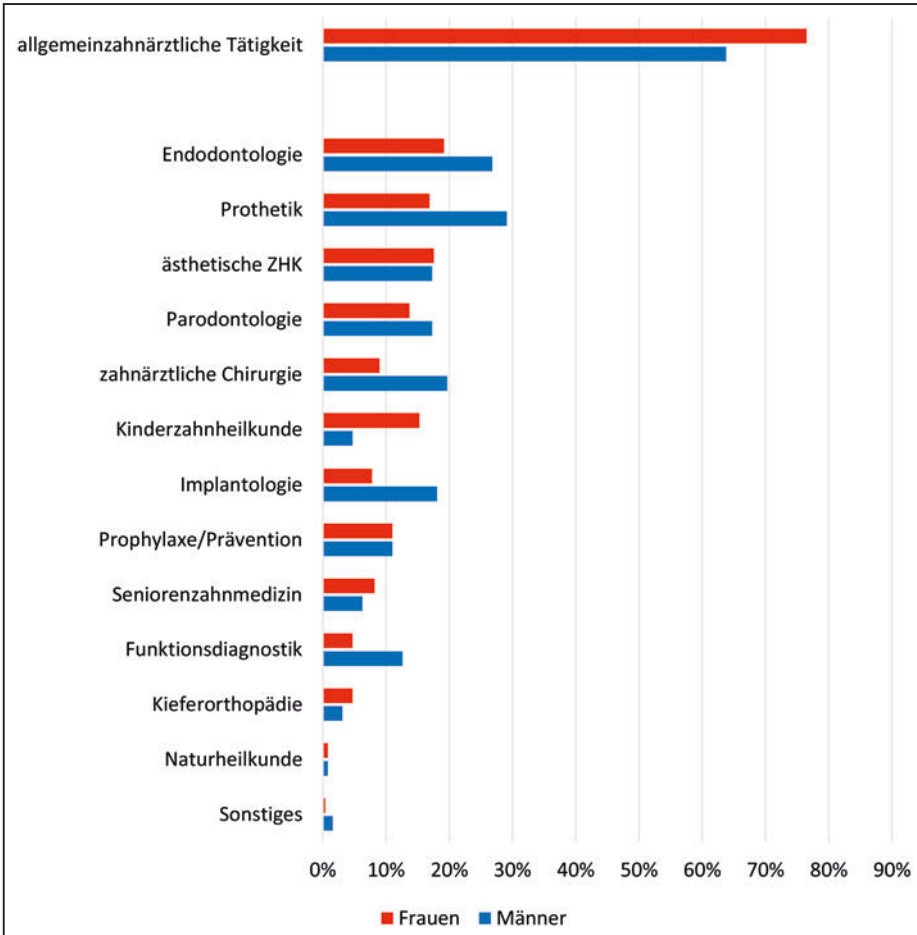
Eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt bzw. zur Fachzahnärztin absolvieren 12,4 % der Studienteilnehmenden (Abb. II.3.10). Beliebt ist vor allem die Weiterbildung zum/zur Fachzahnarzt/-ärztin für Oralchirurgie.



**Abbildung II.3.10:** Anteil junger Zahnärztinnen und -ärzte, die eine Weiterbildung zum/zur Fachzahnarzt/-ärztin absolviert haben oder sich im Frühjahr 2019 (Welle 3) in der Weiterbildung befinden

In einer Befragung aus dem Jahr 2009 lag der Anteil der allgemein-zahnärztlich tätigen Zahnärzte ohne Schwerpunkt im Vergleich bei 44 %; 6,7 % waren dagegen fachzahnärztlich tätig (Micheelis et al. 2010). 56 % der Zahnärzte und -ärztinnen gaben damals an, einen Schwerpunkt gebildet zu haben – am häufigsten genannt wurden Prophylaxe/Prävention, Prothetik und Parodontologie. Als Schwerpunkt scheint die Prophylaxe/Prävention insofern zwischenzeitlich an Bedeutung verloren zu haben. Möglicherweise ist dieses Thema aber auch bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten noch aus dem nicht allzu lange zurückliegenden Studium gut im Gedächtnis, wo es vermutlich in den zahnhalterhaltenden Fächern einen hohen Stellenwert eingenommen hat.

Während Zahnärzte eher manuell-operative Arbeitsschwerpunkte wählen, konzentrieren sich Zahnärztinnen auf Schwerpunkte, in denen die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Vordergrund steht (Abb. II.3.11). Bereits 10 Jahre zuvor fokussierten Frauen vermehrt auf Prophylaxe/Prävention, Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie, während Männer eher zu Endodontologie, Prothetik und Implantologie tendierten. Erklärt wurde die unterschiedliche Wahl mit traditionsgeleiteten Berufsbildentwürfen (Micheelis et al. 2010). Inwiefern diese Erklärung noch heute Gültigkeit besitzt, bleibt offen, da die Motive der Schwerpunktsetzung bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten noch nicht ausreichend erforscht sind.



**Abbildung II.3.11:** Anteil allgemeinzahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und Zahnärzte und der mit Schwerpunkten tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die Angaben beziehen sich auf alle in 2019 angestellt oder niedergelassenen Tätige

Die Überlegungen junger Zahnärztinnen und -ärzte hinsichtlich der Bildung eines Schwerpunkts variieren in den beobachteten vier Jahren stark. Nur 38,5 % der Teilnehmenden bleiben kontinuierlich in ihrem Wunsch, einen Schwerpunkt zu bilden oder nicht. Etwa die Hälfte dieser Teilnehmenden gibt jeweils in allen drei Befragungswellen an, einen Schwerpunkt bilden zu wollen, die andere Hälfte möchte durchgängig allgemeinzahnärztlich arbeiten. Noch am Ende ihres Studiums, also vier Jahre zuvor, planen zwei Drittel der Befragten, die an allen drei Befragungswellen teilnahmen, in ihren ersten beiden Berufsjahren einen Schwerpunkt zu bilden. Realisieren können dies bis in die Anstellung oder Niederlassung dann 28 % von ihnen.

Dass die Schwerpunktsetzung oder andere berufliche Fort- und Weiterbildungsziele nicht in den ersten Berufsjahren erfolgten, muss nicht bedeuten, dass diese nicht auch zu einem späteren Zeitpunkt im weiteren Berufsleben erfolgen können. Dennoch unterliegt gerade die Wahl von Arbeitsschwerpunkten einer gewissen Dynamik, wie an den longitudinalen Daten, die einen Prozess von etwa vier Jahren beschreiben, deutlich wird: Waren im Studium noch Implantologie, zahnärztliche Chirurgie und ästhetische Zahnheilkunde beliebte Fachgebiete, werden in den ersten Jahren des Berufslebens vor allem in Endodontologie und zahnärztlicher Prothetik Schwerpunkte gebildet. Möglicherweise ist die Änderung der fachlichen Interessen auf die in der Praxis gesammelten Erfahrungen zurückzuführen. Doch auch von bereits länger im Beruf stehenden Zahnärztinnen und -ärzten weiß man, dass sie ihre Arbeitsschwerpunkte im Laufe des Berufslebens neu ausrichten. Bei einer 2009 durchgeführten Befragung gaben sogar über zwei Drittel an, in den vergangenen fünf Jahren eine Neuausrichtung vorgenommen zu haben (Micheelis et al. 2010).

Die von jungen Zahnärztinnen und -ärzten gewählten Schwerpunkte spiegeln zukünftige Versorgungsbedarfe nur zum Teil gut wider. Es ist zu vermuten, dass bei der Wahl von Schwerpunkten nicht allein zahnmedizinische Bedarfe der Bevölkerung von Bedeutung sind. Vor allem auch persönliche Interessenslagen oder auch wettbewerbliche Bedingungen, die eine Abgrenzung gegenüber den Kolleginnen und Kollegen ratsam erscheinen lassen, könnten einen größeren Einfluss auf die Schwerpunktwahl haben (Micheelis et al. 2010). Die Flexibilität, mit der Schwerpunkte gewählt und ggf. auch im Laufe des Berufslebens geändert werden, lässt jedoch vermuten, dass sich die aktuelle Verteilung gesetzter Schwerpunkte in den nächsten Jahren verschieben wird. Somit ist davon auszugehen, dass die Zahnärzteschaft auf veränderte Versorgungsbedarfe grundsätzlich durch veränderte Schwerpunktsetzungen und auch gezielte Fortbildungen flexibel reagieren kann.

### **3.4 Werden junge Zahnärztinnen und Zahnärzte angemessen auf Versorgungsbedarfe vorbereitet?**

Zahnärztliche Versorgungsbedarfe in Deutschland werden sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten verändern: Der zahnärztliche Behandlungsbedarf wird insgesamt vermutlich sinken und die Anteile einzelner Behandlungen werden sich verlagern. Während parodontale Behandlungen voraussichtlich einen größeren Anteil ausmachen werden, wird der Anteil prothetischer Behandlungen zurückgehen. Bestimmte Patientengruppen bringen veränderte Versorgungsbedarfe mit sich, ein großer Teil der Therapien und auch Präventionsmaßnahmen wird sich zukünftig an ältere Menschen richten, die aufgrund ihres Alters veränderte Anforderungen an die zahnärztliche Behandlung mit sich bringen.

Aufgrund der negativen Bewertungen der Ausbildung in einigen Fachdisziplinen durch junge Zahnärztinnen und -ärzte muss davon ausgegangen werden, dass die im Studium vermittelten Inhalte nur in ausgewählten Disziplinen angemessen auf die Versorgung im Praxisalltag vorbereiten. Zwar ist der praktische Anwendungsbezug der im Zahnmedizinstudium erlernten fachlichen und praktischen Kenntnisse mit keiner anderen hochschulischen Ausbildung vergleichbar (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.5). Doch vor allem in Fachdisziplinen, die mehrheitlich weniger gut hinsichtlich ihrer Vorbereitung auf den Versorgungsalltag bewertet werden, ergeben sich jetzt und in Zukunft Versorgungsbedarfe. Dies betrifft beispielsweise die Behandlung von Patientengruppen, welche besondere Behandlungsbedarfe mit sich bringen, wie Pflegebedürftige, Kinder, Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit niedrigerem Sozialstatus.

In der Studienzeit müssen sehr viele Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden. Fachdisziplinen konkurrieren hier ggf. miteinander trotz der vergleichsweise hohen Stundenzahl, die Zahnmedizinierende für ihr Studium aufbringen. Dabei liegt die Vermutung nahe, dass sowohl der bisherige den Fachdisziplinen zugemessene Anteil im Studium als auch die in den einzelnen Disziplinen vermittelten Inhalte nicht uneingeschränkt optimal auf den Praxisalltag vorbereiten. Möglicherweise wurde einigen Fachdisziplinen bisher zu wenig Unterrichtszeit eingeräumt. Auch ist nicht in jeder Disziplin ein praktischer Ausbildungsanteil garantiert. Mit Anpassungen und Optimierungen, wie sie teilweise schon in der neuen Approbationsordnung vorgesehen sind, könnte eine passgenauere Vorbereitung auf aktuelle Versorgungsbedarfe bereits im Studium erfolgen.

Auch mit der Vorbereitung durch die Vorbereitungsassistenzeit auf die spätere Tätigkeit in der Anstellung und Niederlassung ist nur ein Teil der befragten Zahnärztinnen und -ärzte zufrieden. Dies betrifft insbesondere nichtzahnmedizinische Kenntnisse. In der Vorbereitungsassistenzeit erlernte Fähigkeiten können zudem individuell stark voneinander abweichen, da es keine strukturierten Vorgaben über die in der Vorbereitungsassistenzeit vermittelten Inhalte gibt.

Damit Wissensdefizite die jungen Zahnärztinnen und -ärzte nicht von einer Niederlassung abhalten, schlägt Struck vor, rechtzeitig betriebswirtschaftliche und rechtliche Kenntnisse zu vermitteln – entweder bereits im Studium oder in den allerersten Berufsjahren (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2). Denkbar wäre beispielsweise die einheitliche Strukturierung der Assistenzeit. So könnten für die Berufsausübung zentrale zahnmedizinisch-fachliche und nichtzahnmedizinische Inhalte, die im Studium beispielsweise aus Zeitgründen nicht in den Lehrplan aufgenommen werden können, spätestens in den zu absolvierenden zwei Jahren der Assistenzeit vermittelt werden.

Die Beseitigung empfundener Wissensdefizite, aber auch die Vertiefung vorhandenen Wissens, erfolgt in Fort- und Weiterbildungen. Das Interesse an Fortbildungsveranstaltungen allgemein ist groß, doch verdeutlichen die Ergebnisse der Befragung aus 2019 auch: Fortbildung findet nicht nur in Bereichen statt, in denen der Kenntnisstand gering ist. Zum Teil folgt die Wahl der besuchten Veranstaltungen vermutlich persönlichen Interessen. Ähnlich verhält es sich mit der Schwerpunktsetzung in Bezug auf benötigte Versorgungsbedarfe. Auch diese werden nicht ausschließlich nach Bedarfen, sondern nach persönlichen Interessen und Vorlieben gewählt.

Dabei entwickeln Zahnärztinnen und -ärzte dennoch verschiedene Strategien, mit denen sie den zahnmedizinischen und demografischen Herausforderungen begegnen, die sich im Laufe ihres Berufslebens ändern. Bereits vor zehn Jahren stellten niedergelassene Zahnärztinnen und -ärzte in ihrem Praxisalltag einen Anstieg parodontaler Erkrankungen und bestimmter Zahnhartsubstanzerkrankungen (Wurzelkaries, Erosionen) bei gleichzeitigem Rückgang der Zahnverluste ihrer Patienten fest. Sie bekundeten, auf die Entwicklungen vor allem durch Setzung von Arbeitsschwerpunkten (57,3 %) oder einer Spezialisierung mit formalem Abschluss (18,8 %) reagieren zu wollen (Micheelis et al. 2010). Es ist anzunehmen, dass auch junge Zahnärztinnen und -ärzte sich im Laufe ihres weiteren Berufslebens auf veränderte Bedarfe einstellen werden – entweder durch gezielte Fortbildung oder durch Bildung neuer, angepasster Behandlungsschwerpunkte. Da ein großer Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte vorwiegend allgemein Zahnmedizinisch behandelt, ist eine zahnärztliche Grundversorgung vermutlich auch in Zukunft gesichert.



## Kapitel 4: Die zahnärztliche Versorgung – Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend soll noch einmal die Frage aufgegriffen werden, ob ausreichend angemessen ausgebildete Zahnärztinnen und -ärzte dort ankommen, wo sie benötigt werden, um die zahnärztliche Versorgung auch zukünftig zu garantieren. Mit Blick auf die dargestellten Studienergebnisse muss konstatiert werden: In weiten Teilen ja. Dennoch ergeben sich in allen drei Teilfragen – dem Weg in die Versorgung, der wohnortnahen Versorgung sowie der Angemessenheit der Aus-, Fort- und Weiterbildung – Einschränkungen unterschiedlichen Ausmaßes.

Der Wunsch vieler junger Zahnärztinnen und -ärzte, behandelnd tätig zu sein, ist sehr ausgeprägt. Entsprechend gehen die meisten von ihnen direkt nach ihrer Approbation in die Patientenversorgung. Dennoch ist in etwa 10 bis 15 Jahren mit einem Rückgang der Anzahl behandelnd tätiger Zahnärztinnen und -ärzte zu rechnen. Denn geburtenstarke Jahrgänge werden in diesem Zeitraum nach und nach in den Ruhestand gehen. Bei gleichbleibender Entwicklung könnten junge Zahnärztinnen und -ärzte, obwohl sie mehrheitlich in der Patientenversorgung tätig sein wollen, diese Verluste nicht ausgleichen. Darüber hinaus wird vermutlich das Gesamtstundenvolumen aktiv tätiger Zahnärztinnen und -ärzte in Zukunft sinken. Denn einerseits sind bereits jetzt sinkende Wochenarbeitszeiten zu beobachten, die – sollten junge Zahnärztinnen und -ärzte die von ihnen für ihren weiteren Berufsverlauf gewünschten Arbeitszeiten umsetzen können – möglicherweise weiter sinken werden. Andererseits ist aufgrund des gestiegenen Frauenanteils damit zu rechnen, dass längere Ausfallzeiten zu Beginn des Berufslebens aufgrund von Schwangerschaft und Kindererziehung einen höheren Einfluss haben werden als bisher.

Das Verhältnis Angestellter zu Niedergelassenen wird sich in den kommenden Jahren voraussichtlich zunächst weiter verschieben. Zwar ist davon auszugehen, dass sich nach wie vor auch zukünftig zahnärztlich tätige Zahnärztinnen und -ärzte mehrheitlich niederlassen, doch scheint die Anstellung eine attraktive Alternative für mindestens 23 % der Zahnärztinnen und -ärzte zu sein. Zum Teil wird die Anstellung zu Berufsbeginn nicht deswegen gewählt, weil sie die präferierte Tätigkeitsform auch für das gesamte weitere Berufsleben darstellt, sondern sie dient zunächst als Übergang. So ist ein Fünftel der Teilnehmenden unentschlossen bezüglich ihres zukünftigen Berufswegs und daher zunächst weiter im Angestelltenverhältnis tätig. Dies spiegelt genau die komfortablen Arbeitsbedingungen wider, die sich jungen Zahnärztinnen und -ärzten zurzeit bieten: Sie müssen sich nicht entscheiden, sich auch über die Niederlassung oder beispielsweise Praxisformen nicht gezielt informieren, da sie in der Anstellung eine Tätigkeitsform finden, die ihnen oftmals vertretbare Arbeitsbedingungen bietet. Auch als Übergangsphase vor der Niederlassung wird eine längere Zeit der Anstellung gerne genutzt. Warum die Niederlassung, auch

wenn sie langfristig angestrebt wird, nicht zeitnah realisiert wird, kann verschiedene Gründe haben. Zum einen ist es möglich, dass andere Lebensbereiche zum Zeitpunkt der Erhebung bei den jungen Zahnärztinnen und -ärzten Vorrang haben. Andere nutzen die Zeit, um sich gezielt auf die Niederlassung vorzubereiten. Denkbar ist zum anderen, dass Abweichungen von Niederlassungspräferenzen dazu führen, dass Niederlassungspläne, die einen Kompromiss bedeuten würden, zunächst verschoben werden und dass diejenigen, die ihre Präferenz nicht verwirklichen konnten, (zunächst) weiter in der Anstellung bleiben.

Solange junge Zahnärztinnen und -ärzte zu den von ihnen gewünschten und als akzeptabel empfundenen Bedingungen in der Patientenversorgung tätig sein können, ist nicht davon auszugehen, dass der Zustrom in die Praxen nachlässt. Ob dagegen die zahnärztliche Versorgung in gleichem Umfang gegeben ist, wenn am anderen Ende des Berufslebens vergleichsweise viele Zahnärztinnen und -ärzte aus der Versorgung ausscheiden, müsste unter Berücksichtigung der Entwicklung weiterer Faktoren<sup>23</sup> als nur der Anzahl der Zahnärztinnen und -ärzte, die am Beginn ihres Berufslebens stehen, untersucht werden. Sollte sich dann herauskristallisieren, dass mehr Zahnärztinnen und -ärzte als vorhanden zur Sicherstellung der Versorgung benötigt würden, ist nicht davon auszugehen, dass diese aus den Reihen bereits ausgebildeter Zahnärztinnen und -ärzte herangezogen werden könnten, die sich ja mehrheitlich in der Versorgung befinden. In einem solchen Fall müssten Zahnärztinnen und -ärzte auf anderen Wegen rekrutiert werden, beispielsweise über eine Erhöhung der Ausbildungszahlen. Mit einer solchen Maßnahme alleine wäre jedoch noch nicht die flächendeckende Verteilung aller Zahnärztinnen und -ärzte sichergestellt.

Die Entwicklung der wohnortnahen Versorgung allein durch Betrachtung der Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte vorherzusehen, ist kaum möglich. Dennoch ergeben sich Hinweise darauf, dass möglicherweise vereinzelt in eher ländlichen Regionen in Zukunft ein Zahnärztemangel auftreten könnte. Dies gilt wahrscheinlich umso mehr für die Teile Deutschlands, in denen zurzeit überproportional viele ältere Zahnärztinnen und -ärzte tätig sind. In größeren Ortsstrukturen dagegen wird die zahnärztliche Versorgung vermutlich auch weiterhin gesichert sein.

Eine Verschiebung des Verhältnisses von Angestellten zu Niedergelassenen könnte Engpässe in der Versorgung im ländlichen Bereich weiter verschärfen. Finden sich für einzelne Ortschaften keine niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzte, ist dort auch keine zahnärztliche Versorgung durch Angestellte möglich. Befürchtungen seitens der zahnärztlichen Körperschaften, dass durch die Sogwirkung der Ballungsräume für die Bevöl-

<sup>23</sup> Unter anderem der Entwicklung der zu versorgenden Bevölkerung, Versorgungsbedarfen oder auch Regularien.

kerung in ländlichen Gegenden der Zugang zur Versorgung erschwert sein könnte (KZBV 2017), sind daher nicht unberechtigt.

Für ihre Tätigkeit präferieren junge Zahnärztinnen und -ärzte Kammer-/KZV-Bereiche und Orte, zu denen sie einen biografischen Bezug haben. Dabei kommen grundsätzlich auch ländliche Regionen als Tätigkeitsstandort infrage. Dort wünschen sie sich Arbeitsmöglichkeiten für ihre Partner/-innen sowie Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder. Allein die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen vor Ort erscheint dabei nicht notwendigerweise zielführend (s. a. die Ausführungen weiter unten zu „2. Ziel: Die wohnortnahe Versorgung soll gefördert werden“ sowie Steinhäuser et al. 2012; SVR 2014; Lukasczik et al. 2018). Mögliche Konzepte, um eine flächendeckende zahnmedizinische Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten, könnten beispielsweise bei der Mitversorgung unterversorgter Gebiete aus besser versorgten angrenzenden Gebieten heraus ansetzen.

Junge Zahnärztinnen und -ärzte werden nur in einem Teil der zahnmedizinischen Fachdisziplinen angemessen auf die Praxis und bestehende sowie zukünftige Versorgungsbedarfe vorbereitet. Zahnmedizinische Versorgungsbedarfe der Bevölkerung werden sich verlagern. Dabei werden sich nicht nur die Anteile konservierender, parodontaler und prothetischer Behandlungen verschieben. Des Weiteren werden vermutlich Behandlungskonzepte stärker altersspezifisch sein müssen als bisher.

Zahnmedizinisch-fachlich sind Studierende zwar recht gut ausgebildet, doch verdeutlichen die negativen Bewertungen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte Defizite vor allem bezogen auf die zahnmedizinisch-fachliche Ausbildung in den Bereichen, in denen mit steigenden und komplexeren Versorgungsbedarfen zu rechnen ist. Möglicherweise kann entsprechendes Wissen in der Vorbereitungsassistenzzeit erworben werden. Doch da es keine strukturierten Vorgaben über die in der Vorbereitungsassistenzzeit vermittelten Inhalte gibt, weichen die in dieser Zeit erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten vermutlich individuell voneinander ab. Absolvieren die Berufsanfänger/-innen ihre Vorbereitungsassistenz in einer Praxis, die viel zusätzliches Wissen vermittelt oder fordern sie es selber ein, ist es möglich, hier in vielen Disziplinen für das weitere Berufsleben dazuzulernen. Sollte beides nicht der Fall sein, müssen fehlende Kenntnisse ggf. außerhalb der Praxis in Eigenregie erworben werden. Erfolgt dies nicht oder nicht in allen Bereichen, bleiben Wissensdefizite während der ersten Berufsjahre bestehen. Dennoch ist davon auszugehen, dass im Laufe des Berufslebens gezielte Fortbildungen und Schwerpunktsetzungen genutzt werden, um sich auf veränderte Versorgungsbedarfe einzustellen.

Kenntnisse, die bei einer Existenzgründung und während der Niederlassung hilfreich sein können, werden nach Wahrnehmung junger Zahnärztinnen und -ärzte bereits im Studium größtenteils schlecht und später zum

Teil auch in der Assistenzzeit nicht ausreichend vermittelt. Auch hier bleibt es dem oder der Einzelnen überlassen, Grundlagenwissen beispielsweise über Personal- oder auch Praxismanagement zu erwerben. Ob Kenntnisse zur Niederlassung, aber vor allem auch zu grundlegenden nichtzahnärztlich-fachlichen Themen besser im Studium vermittelt werden können oder in der Assistenzzeit, sei dahingestellt. Werden sie jedoch angehenden und jungen Zahnärztinnen und -ärzten nicht nähergebracht, können entsprechende Wissensdefizite im weiteren Berufsweg die Niederlassung verzögern oder verhindern (vgl. auch Teil II, Exkurs, Abschn. 2.2).

Zahnärztinnen und -ärzte decken bereits jetzt zu Beginn ihres Berufslebens ein breites Behandlungsspektrum ab. Die meisten von ihnen sind allgemein Zahnmedizinisch tätig und bilden sich regelmäßig fort. Auch wenn das Zahnmedizinstudium vergleichsweise gut auf die Praxis vorbereitet, könnte mit Anpassungen und Optimierungen, wie sie teilweise schon in der neuen Approbationsordnung vorgesehen sind, eine noch passgenauere Vorbereitung erfolgen. Auf veränderte Versorgungsbedarfe und die Bedarfe spezieller Patientengruppen sollte so bereits im Studium stärker eingegangen werden als bisher. Nach Einführung der Approbationsordnung bleibt zu evaluieren, ob zukünftige Zahnärztinnen und -ärzte angemessener auf den Versorgungsalltag und auf zukünftige Versorgungsbedarfe vorbereitet werden. Wäre dies nicht der Fall, könnte die Approbationsordnung ggf. zeitnah erneut angepasst werden. Auch die Vorbereitung durch die Versorgungsassistenzzeit könnte gezielter erfolgen, wenn entsprechende Strukturen dafür geschaffen werden. Gerade zu Berufsbeginn könnte eine systematische Strukturierung jungen Zahnärztinnen und -ärzten helfen, vorhandene Wissenslücken gezielt zu schließen. Möglicherweise erleichtert ein Wissenszuwachs Übergänge in die Niederlassung. Eine solche gezielte Lenkung wird im weiteren Verlauf des Berufslebens vermutlich entbehrlich sein, denn auf veränderte Versorgungsbedarfe reagieren Zahnärztinnen und -ärzte flexibel durch Fortbildungen und Setzung neuer Schwerpunkte. Allein die fachlich angemessene Ausbildung und Fortbildung der Zahnärzteschaft reicht jedoch vermutlich nicht aus. Auch sollten Leistungen entsprechend veränderter zahnärztlicher Versorgungsbedarfe der Bevölkerung regelmäßig angepasst und aktualisiert werden.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben im Hinblick auf zahnärztlichen Nachwuchs Ziele festgelegt. Die Erreichbarkeit zweier dieser Ziele wird in den folgenden Abschnitten betrachtet.

### *1. Ziel: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen früher in die Niederlassung*

Die Mehrheit junger Zahnärztinnen und -ärzte intendiert zwar für ihren weiteren Berufsverlauf eine Niederlassung, doch in der Regel nicht direkt oder

kurz nach der Assistenzzeit. Wie kann dennoch eine frühere Niederlassung gefördert werden? Damit sich junge Zahnärztinnen und -ärzte früher niederlassen, müsste die Existenzgründung bereits in frühen Berufsjahren attraktiver sein als die Bedingungen, die sich ihnen in der Anstellung bieten.

Dabei sind vermutlich gerade die komfortablen Arbeitsbedingungen auch in der Anstellung mitverantwortlich dafür, dass junge Zahnärztinnen und -ärzte zu einem Großteil in der Patientenversorgung tätig sind und nicht in fachfremde Berufe abwandern. Sie sind zufrieden mit ihrer Tätigkeit und den Konditionen, zu denen sie diese ausüben können. Ein Leidensdruck, der dazu führen würde, dass vermehrt junge Zahnärztinnen und -ärzte aus der Anstellung in die Niederlassung gehen, besteht für sie in der Regel nicht.

Dennoch ist der Wunsch, sich niederzulassen, bei vielen jungen Zahnärztinnen und -ärzten vorhanden. Dabei warten sie oftmals, bis die Umstände und Rahmenbedingungen stimmig sind. Bis dahin nehmen sie die Möglichkeiten zur Berufsausübung wahr, die ihnen geboten werden. Die längere Phase der Anstellung wird gerne genutzt, um sich einerseits fachlich in Ruhe auf die Existenzgründung vorzubereiten und andererseits Ziele im privaten Bereich zu verfolgen.

Die fachliche Vorbereitung böte einen Ansatzpunkt, um diese Übergangsphase zu verkürzen. Denn Kenntnisse, die für die Existenzgründung notwendig erscheinen, könnten bereits früher, also im Studium oder in der Assistenzzeit, besser und strukturierter vermittelt werden. Möglicherweise fördert eine entsprechende Wissensgrundlage eine frühere Niederlassung, da somit Kenntnisse nach der Assistenzzeit nur vereinzelt aufgearbeitet werden müssten.

In der Zeit der ersten Berufsjahre gründen nicht wenige junge Zahnärztinnen und -ärzte eine Familie. Möglich ist es durchaus, parallel eine Praxis zu gründen. Doch vor allem junge Zahnärztinnen wünschen sich in dieser Zeit eine berufliche und damit einhergehende finanzielle Absicherung für die Zeit der Schwangerschaft, der ersten Lebensjahre ihrer Kinder und auch im Krankheitsfall. In der Niederlassung ist eine entsprechende Absicherung bislang nicht in gleichem Maß gegeben wie in der Anstellung und meist nur unter erhöhtem organisatorischem Aufwand möglich. Solange sich nicht auch in der Niederlassung mit der Anstellung vergleichbare Bedingungen bieten, ist nicht davon auszugehen, dass sich diejenigen Zahnärztinnen und -ärzte für eine frühere Niederlassung entscheiden, die aufgrund der Familiengründung die Existenzgründung hinauszögern.

Daneben bieten sich jedoch eine Reihe weiterer Ansatzpunkte, um Arbeitsbedingungen in der und Rahmenbedingungen für die Niederlassung so zu gestalten, dass die Existenzgründung für junge Zahnärztinnen und -ärzte

attraktiver wird. Da jedoch sehr viele Determinanten in die Entscheidungsfindung einfließen und nicht alle jungen Zahnärztinnen und -ärzte ihrer beruflichen Zukunft gleichermaßen entschieden entgegenblicken, scheint eine zielgruppengerichtete Ansprache erfolversprechender als generalisierende Maßnahmen. Um zielgerichtete Unterstützung anbieten zu können, empfehlen Bonfadelli und Friemel (2010), zunächst das Problem zu analysieren, in den nächsten Schritten die Zielgruppe festzulegen sowie die Ziele zu definieren und erst abschließend die Strategie zu wählen. Mit dem von ihnen vorgeschlagenen Vorgehen lassen sich Ansatzpunkte finden, um junge Zahnärztinnen und -ärzte auf ihrem Weg in die Niederlassung zu begleiten und sie in ihren spezifischen Vorstellungen und Wünschen zu unterstützen. Vorstellbar wäre beispielsweise, Informationen über das zu erwartende Einkommen leichter verfügbar zu machen, den Anteil der Gesamtarbeitszeit in der Niederlassung durch Bürokratieabbau zu verringern oder Angebote zu schaffen, um Familie und Existenzgründung besser vereinbaren zu können. So wünschten sich in einer Befragung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank 92 % der befragten Heilberufler/-innen kompatible Kinderbetreuungsangebote und 90 % flexible Arbeitszeitmodelle und Teilzeitangebote (apoBank 2019). Zusätzlich warnen Bonfadelli und Friemel (2010, S. 31) bei der Bestimmung der Strategie von Kampagnen davor, fälschlicherweise anzunehmen, dass die Zielgruppe immer interessiert und motiviert sei. So erreicht man vermutlich über Informationsbroschüren oder -veranstaltungen nicht die Zahnärztinnen und -ärzte, die momentan keine Niederlassung planen oder unentschlossen sind, da sie sich nicht aktiv um Informationen bemühen werden. Entsprechende Kampagnen sollten gezielt auf bestimmte Themen und Gruppen fokussieren, um erfolversprechend zu sein. Zielgruppe wären damit je nach Kampagne nicht unbedingt ausschließlich die jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die sich bereits für eine Niederlassung entschieden haben. Ein Weiterbildungsassistent beispielsweise, dessen Eltern Zahnärzte sind und der bald seinen Arbeitgeber wechseln möchte, ist vermutlich eher von einer Niederlassung überzeugt als eine Vorbereitungsassistentin, die mit ihrer aktuellen Arbeitsstelle zufrieden ist. Während ihr allgemeinere Entscheidungshilfen, ob die Niederlassung oder die Anstellung für sie die richtige Wahl ist, nützlich sein können, würde sein Weg in die Niederlassung durch Informations- und Unterstützungsangebote mit sehr konkret ausformulierten Inhalten positiv gefördert werden können.

Andere Ansätze könnten vorsehen, das Image der Niederlassung zu steigern. Über Vorteile der Niederlassung zu informieren, ohne dabei über bekannte Sorgen hinwegzugehen, könnte auch Unentschlossene zur Niederlassung bewegen. Traditionelle Arbeitsmodelle der Niederlassung und Anstellung bieten oftmals entweder kaum Mitsprache bei wenig Verantwortung oder umfassende Mitsprache bei umfassender Verantwortung. Eventuell ließen sich über neue Modelle, die beides vereinen und gleichzeitig eine größere Flexibilität erlauben, mehr junge Zahnärztinnen und -ärzte überzeugen, die Niederlassung zeitnah „auszuprobieren“.

Junge Zahnärztinnen und -ärzte grundsätzlich früher zur Niederlassung zu bewegen, wird vermutlich nur für einen kleinen Teil der Niederlassungswilligen realisierbar sein. Erfolgversprechender scheint, Zahnärztinnen und -ärzte auf ihrem Weg in die Niederlassung mit sehr zielgruppenspezifischen Ansätzen zu unterstützen. Denn sowohl ein Hinauszögern allgemeiner beruflicher Entscheidungen als auch eine Verzögerung der Niederlassung haben individuell sehr unterschiedliche Gründe. Dennoch verfolgen die meisten Niederlassungswilligen dieses berufliche Ziel konstant. Sie könnten gefördert werden, indem ihnen auf ihrem Weg möglichst viele Hürden, Beschränkungen und Vorgaben genommen werden. Werden sie dabei aktiv unterstützt, ist davon auszugehen, dass die jungen Zahnärztinnen und -ärzte – früher oder später – ihren Wunsch von der Existenzgründung auch umsetzen werden.

## *2. Ziel: Die wohnortnahe Versorgung soll gefördert werden*

In weiten Teilen Deutschlands sollte dieses Ziel gut umsetzbar sein. Doch in vereinzelt, eher ländlichen Gebieten könnte die Sicherstellung der wohnortnahen zahnärztlichen Versorgung in Zukunft eine Herausforderung darstellen. Wie aber können diese oftmals subjektiv weniger attraktiven Arbeitsregionen und -gebiete zukünftig attraktiver für junge Zahnärztinnen und -ärzte gestaltet werden?

Im medizinischen Bereich werden Maßnahmen wie die Schaffung von Anreizen zur Niederlassung in unterversorgten Regionen sowie gleichzeitige Sanktionen für Niedergelassene in überversorgten Regionen diskutiert, um Ungleichverteilungen entgegenzuwirken (Klose und Uhlemann 2006).

Die Wiedereinführung der Niederlassungsbeschränkung scheint auf den ersten Blick ein möglicher Weg, um Zahnärztinnen und -ärzte zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu bewegen. Doch ist nicht unwahrscheinlich, dass Zahnärztinnen und -ärzte sich weiter anstellen lassen, statt eine Niederlassung in Erwägung zu ziehen, wenn sie diese nicht an ihrem präferierten Standort realisieren können. Da jede/r Niedergelassene bis zu vier weitere Zahnärztinnen und -ärzte anstellen darf, wäre somit eine Anstellung für die meisten Zahnärztinnen und -ärzte an ihrem gewünschten Tätigkeitsort wahrscheinlich möglich. Eine solche Maßnahme könnte insofern letztlich sogar die Aggregation von Zahnärztinnen und -ärzten in bereits gut versorgten Gebieten verschärfen, also kontraproduktiv im Hinblick auf das angestrebte Ziel wirken.

Um eine Tätigkeit im ländlichen Raum für Ärztinnen und Ärzte attraktiver zu gestalten, wurden u. a. monetäre Anreize diskutiert. Jedoch scheinen familiäre Aspekte ökonomische Überlegungen zu überlagern (Kistemann und Schröder 2007; Steinhäuser et al. 2013). Auch Zahnärztinnen und -ärzte, die



sich eine Tätigkeit in ländlichen Gebieten vorstellen können, wünschen sich einen Arbeitsplatz für den Partner oder die Partnerin sowie die Verfügbarkeit von Kinderbetreuung. Bisher jedoch konnten entsprechende Maßnahmen nicht nachweislich flächendeckend drohende Unterversorgung verhindern (SVR 2014; Lukasczik et al. 2018). Zum Teil haben sich Landgemeinden bereits gezielt auf die Bedürfnisse junger (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte eingestellt. Doch scheinen diese zum einen nicht unbedingt über lokal durchgeführte Maßnahmen informiert zu sein (Steinhäuser et al. 2012), zum anderen sind nicht ausschließlich die genannten Determinanten ausschlaggebend bei der Wahl des Tätigkeitsstandorts. Auch Kinderbetreuungsmöglichkeiten und eine gut ausgebaute Infrastruktur werden junge Zahnärztinnen und -ärzte, die sich in der entsprechenden Region keine zahnärztliche Tätigkeit vorstellen können, nicht notwendigerweise umstimmen.

Bessere Aussichten auf Erfolg hat daher vermutlich die direkte Ansprache derjenigen Zahnärztinnen und -ärzte, die einen Bezug zum Ort haben, sei es als Heimat oder als aktueller oder ehemaliger Arbeitsstandort. Denn die jungen Zahnärztinnen und -ärzte sind sehr fokussiert auf bestimmte Regionen und dazu wenig mobil. Der Schritt aus den Universitätsstädten heraus ist für sie auch aufgrund aufgebauter Beziehungen und vorhandener Strukturen nicht selbstverständlich (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 2.3). Sind die den jungen Zahnärztinnen und -ärzten wichtigen Beziehungen und Strukturen auch außerhalb der Großstädte gegeben und sind ihnen diese vor allem auch bekannt und vertraut, fällt vermutlich der Schritt, den Arbeitsplatz dorthin zu verlagern, leichter.

Dieser Ansatz alleine löst jedoch vermutlich nicht flächendeckend das Problem drohender zahnmedizinischer Unterversorgung. Sinnvoll könnte es daher sein, rechtzeitig Versorgungsmodelle und Strukturen zu schaffen, die eine Versorgung eben dieser Gebiete, denen Unter- oder Nichtversorgung droht, aus umliegenden Gebieten heraus ermöglicht. Vorstellbar wären beispielsweise mobile Konzepte oder Ausnahmeregelungen hinsichtlich der am Vertragszahnarztsitz und in Zweigpraxen verbrachten Stunden, auch für Angestellte. An dieser Stelle sind Politik, zahnärztliche Körperschaften und Gemeinden oder Kommunen gleichermaßen gefragt, die Rahmenbedingungen entsprechend zu gestalten, um auch in Zukunft die wohnortnahe Versorgung zu garantieren.

Für junge Zahnärztinnen und -ärzte bieten sich bereits zu Beginn ihres Berufslebens vielfältige Möglichkeiten der Berufsausübung, wie längere Zeiten der Anstellung, Teilzeitmodelle oder die Niederlassung ohne regionale Zulassungsbeschränkungen. Wie die Präferenzen der befragten Zahnärztinnen und -ärzte verdeutlichen, werden diese Möglichkeiten vermutlich auch in Zukunft weiterhin genutzt. Möglicherweise ist zwar über die gezielte Ansprache junger Zahnärztinnen und -ärzte vereinzelt eine frühere Niederlassung zu bewirken oder auch eine Verlagerung der Tätigkeit



in eine Region, der Unterversorgung droht. Doch werden vermutlich beide Ziele eher erreicht werden können, wenn sich gleichzeitig die Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung in der Weise ändern, dass zum einen die Niederlassung attraktiver gestaltet und zum anderen die Mitversorgung unterversorgter Gebiete aus bestehenden Strukturen heraus ermöglicht wird.

## Literaturverzeichnis

Aarabi, G., Reißmann, D. R., Heydecke, G., Farhan, D., Kofahl, C.: Die Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – eine kritische Betrachtung. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 2013, 68, (5), 280-287

Abele, A. E.: Beruf – kein Problem, Karriere – schon schwieriger: Berufslaufbahnen von Akademikerinnen und Akademikern im Vergleich. In: Abele, A. E., Hoff, E.-H., Hohner, H.-U. (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Heidelberg 2003, 157-182

Abele-Brehm, A. E., Stief, M.: Die Prognose des Berufserfolgs von Hochschulabsolventinnen und -absolventen. Befunde zur ersten und zweiten Erhebung der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O, 2004, 48, (1), 4-16

Adler, G., von dem Knesebeck, J.-H.: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2011, 54, (2), 228-237

Ajzen, I., Fishbein, M.: Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs (N.J.) 1980

Ajzen, I.: The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, 50, (2), 179-211

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Chance Niederlassung. apoBank-Studie. URL: [<https://www.apobank.de/dam/jcr:0917213e-aa06-4f7d-944b-90c5a6cbfb30/apobank-chance-niederlassung.pdf>], zuletzt abgerufen 05.02.2021, Düsseldorf 2014

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Inside Heilberuf. Werte, Ziele, Wünsche – eine Studie der apoBank. URL: [<https://newsroom.apobank.de/documents/inside-heilberuf-werte-ziele-wuensche-85806>], zuletzt abgerufen 05.02.2021, Düsseldorf 2017a

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Zukunftsbild Heilberufler 2030. Eine Studie der apoBank. apoView. 1/17, URL: [<https://newsroom.apobank.de/documents/apoview-i-strich-2017-zukunftsbild-heilberuf-2030-69467>], zuletzt abgerufen 05.02.2021, Düsseldorf 2017b

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Kind oder Kittel? Kind und Kittel! Zur Vereinbarkeit von Familie und Heilberuf. apoView 2019, URL: [<https://newsroom.apobank.de/documents/apoview-2019-zur-vereinbarkeit-von-familie-und-heilberuf-92202>], zuletzt abgerufen 05.02.2021, Düsseldorf 2019

Arndt, W.: Abbruch und Aufschub von Gründungsvorhaben: Eine empirische Analyse mit den Daten des Gründerpanels des IfM Bonn. IfM-Materialien, No. 209, Bonn 2011

Auschra, R.: Plattes Land sucht Zahnärzte. *Der freie Zahnarzt*, 2018, (9),15-17

BÄK [Bundesärztekammer]: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019. Bundesgebiet gesamt. URL: [<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/>], zuletzt abgerufen 05.02.2021, Berlin 2019

Bauer, T. K., Rulff, C., Tamminga, M. M.: *Berlin Calling – Internal Migration*. Germany Ruhr Economic Papers #823, Essen 2019

BBSR [Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung]: *Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen. Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland. Übersicht Stadt- und Gemeindetyp*. Stand 31.12.2017. URL: [[https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/download-ref-sgtyp.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile&v=11](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/download-ref-sgtyp.xlsx?__blob=publicationFile&v=11)], zuletzt abgerufen 23.06.2020, Bonn 2017

Becker, G. S.: *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. Chicago/London 1964

Becker, R., Haunberger, S., Schubert, F.: Studienfachwahl als Spezialfall der Ausbildungsentscheidung und Berufswahl. *Zeitschrift für ArbeitsmarktForschung*, 2010, 42, 292-310

Becker-Schmidt, R.: Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, R., Kortendiek B. (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung – Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden 2008, 65-73

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: *Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung (EFO-Z)*. IDZ-Information, 2005, (2)

Blickle, G.: Berufswahl und berufliche Entwicklung. In: Nerdinger, F. W., Blickle, G., Schaper, N. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin/Heidelberg 2019, 209-218

Bliemeister, P.: Einkommensrisiko Mutterschaft? Selbständige und abhängig beschäftigte Frauen im Vergleich. In: Gather, C., Biermann, I., Schürmann, L., Ulbricht, S., Zippran, H. (Hrsg.): *Die Vielfalt der Selbständigkeit. Sozialwissenschaftliche Beiträge zu einer Erwerbsform im Wandel*. Berlin 2014, 93-110

Blossfeld, H.-P.: Berufsverläufe und Arbeitsmarktprozesse. Ergebnisse sozialstruktureller Längsschnittuntersuchungen. In: Mayer, K. U. (Hrsg.): *Lebensverläufe und sozialer Wandel*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 31, 1990, 118-145

Blossfeld, H.-P., Timm, A.: Der Einfluss des Bildungssystems auf den Heiratsmarkt. Eine Längsschnittanalyse der Wahl des ersten Ehepartners im Lebenslauf. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 1997, 49, (3), 440-476

BLZK [Bayerische Landeszahnärztekammer]: *Vorbereitungsassistent*. URL: [[https://www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/pa\\_vorbereitungsassistent.html](https://www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/pa_vorbereitungsassistent.html)], zuletzt abgerufen 08.02.2021, München 2021

BMA [British Medical Association]: *The cohort study of 2006 medical graduates. Third report June 2009*. URL: [[http://bmaopac.hosted.exlibrisgroup.com/exlibris/aleph/a23\\_1/apache\\_media/39M2XKS2KSU91H465LXD164TUECIB7.pdf](http://bmaopac.hosted.exlibrisgroup.com/exlibris/aleph/a23_1/apache_media/39M2XKS2KSU91H465LXD164TUECIB7.pdf)], zuletzt abgerufen 05.02.2021, London 2009

BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung]: *Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019*. Berlin 2020

- BMG [Bundesministerium für Gesundheit]: Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. Bonn/Berlin 2020
- Bögenhold, D.: Der Gründerboom. Realität und Mythos der neuen Selbständigkeit. Frankfurt/New York 1987
- Bonfadelli, H., Friemel, T. N.: Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. UVK, Konstanz 2010
- Boudon, R.: Education, Opportunity, and Social Inequality – Changing Prospects in Western Society. New York 1974
- Bourdieu, P.: Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2, 1983, 183-198
- bpb [Bundeszentrale für politische Bildung]: Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.), URL: [[https://www.wzb.eu/system/files/docs/sv/iuk/dr2016\\_bf\\_gesamt\\_korr.pdf](https://www.wzb.eu/system/files/docs/sv/iuk/dr2016_bf_gesamt_korr.pdf)], zuletzt abgerufen 10.02.2021, Bonn 2016
- Braun, N., Gautschi, T.: Rational-Choice-Theorie. Weinheim/München 2011
- Breen, R., Goldthorpe, J. H.: Explaining Educational Differentials. Towards a Formal Rational Action Theory. Rationality and Society, 1997, 9, (3), 275-305
- Brix, U., Schrüfer, L., Sternberg, R., von Bloh, J.: Unternehmensgründungen in einer alternden Gesellschaft: Ungenutzte Potenziale bei Frauen und Älteren. IAB-Kurzbericht Nr. 27, Nürnberg 2016
- Brix, U., Sternberg, R., Vorderwühlbecke, A.: Selbstständigkeit in Ost- und Westdeutschland: Gründungen sind selten Frauensache. IAB-Kurzbericht Nr. 10, Nürnberg 2015
- Brüderl, J., Preisendörfer, P., Ziegler, R.: Der Erfolg neugegründeter Betriebe: Eine empirische Studie zu den Chancen und Risiken von Unternehmensgründungen. Berlin 1996
- Bundesagentur für Arbeit: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Akademikerinnen und Akademiker. URL: [[https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Broschuere-Akademiker.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Broschuere-Akademiker.pdf?__blob=publicationFile&v=4)], zuletzt abgerufen 10.02.2021, Nürnberg April 2019
- Burt, R. S.: Structural Holes. The Social Structure of Competition. Cambridge (Mass.) 1992
- Buss, D., Schlegel, H.: Der Angestellte Zahnarzt (m/w). Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe, 2017a, 42, (2), 42-44
- Buss, D., Schlegel, H.: Was bewegt den Angestellten Zahnarzt? Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe, 2017b, 42, (4), 42-45
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer], DGZMK [Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde], KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Leitsätze zur zahnärztlichen Fortbildung. Aktualisierte Fassung 2019. Berlin/Düsseldorf 2019
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Formen zahnärztlicher Berufsausübung. Berlin 2011

- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2011/2012. Berlin 2012
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Zehn gute Gründe für eine zukunftsfeste Zahnmedizin. Gesundheitspolitische Perspektiven für die Legislaturperiode 2017-2021. Berlin 2017
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2018/2019. Berlin 2019
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Schriftliche Anfrage zu Daten der BZÄK 2019. Abteilung Statistik, Andreas Kunzler, Kathrin Fuchs, 21.10.2020, Berlin 2020a
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Schriftliche Anfrage zu Daten der BZÄK. Abteilung Statistik, Kathrin Fuchs, 17.03.2020, Berlin 2020b
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2019/2020. Berlin 2020c
- Coleman, J. S.: Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1-3, München 1995
- Davidsson, P., Honig, B. L.: The role of social and human capital among nascent entrepreneurs. *Journal of Business Venturing*, 2003, 18, (3), 301-331
- Davies, S., Guppy, N.: Fields of Study, College Selectivity, and Student Inequalities in Higher Education. *Social Forces*, 1997, 75, (4), 1417-1438
- Destatis [Statistisches Bundesamt]: Vollzeitbeschäftigte arbeiteten 2018 im Durchschnitt 41 Stunden pro Woche. Zahl der Woche Nr. 18 vom 30. April 2019. Wiesbaden 2019
- Destatis [Statistisches Bundesamt]: 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland – Basis 2018. Variante 1: Moderate Entwicklung bei niedrigem Wanderungssaldo (G2L2W1). Wiesbaden 2020a
- Destatis [Statistisches Bundesamt]: Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung. Bonn 2020b
- Destatis [Statistisches Bundesamt]: Arbeitsmarkt. Teilzeit. Online-Dokument, URL: [<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Glossar/teilzeittaetigkeit.html>], zuletzt abgerufen 08.02.2021, Wiesbaden 2020c
- Dietrich, H., Abraham, M.: Übergänge in Ausbildung und Arbeitsmarkt. In: Abraham, M., Hinz, T. (Hrsg.): *Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde*. Wiesbaden 2018, 77-116
- Dippelhofer-Stiem, B.: Antizipatorische Sozialisation: Prozesse und Folgen für die Einmündung in den Beruf. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 2001, 21, (4), 356-370
- Ditton, H.: Der Beitrag von Schule und Lehrern zur Reproduktion von Bildungsungleichheit. In: Becker, R., Lauterbach, W. (Hrsg.): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*. Wiesbaden 2016, 281-312
- Dobrow Riza, S., Heller, D.: Follow your heart or your head? A longitudinal study of the facilitating role of calling and ability in the pursuit of a challenging career. *Journal of Applied Psychology*, 2015, 100, (3), 695-712
- Euler, T., Trennt, F., Trommer, M., Schaeper, H.: Werdegänge der Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen 2005. Dritte Befragung des Prüfungsjahrgangs 2005 zehn Jahre nach dem Abschluss. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW), *Forum Hochschule* 1/2018, URL: [[https://www.dzhw.eu/pdf/pub\\_fh/fh-201801.pdf](https://www.dzhw.eu/pdf/pub_fh/fh-201801.pdf)], Hannover 2018

- Fabian, G., Hillmann, J., Trennt, F., Briedis, K.: Hochschulabschlüsse nach Bologna. Werdegänge der Bachelor- und Masterabsolvent(inn)en des Prüfungsjahrgangs 2013. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW), Forum Hochschule 1/2016, URL: [[https://www.dzhw.eu/pdf/pub\\_fh/fh-201601.pdf](https://www.dzhw.eu/pdf/pub_fh/fh-201601.pdf)], Hannover 2016
- Franko, N.: Praxisstart. Der junge Zahnarzt, 1/2010, 20-27
- Fritsch, M., Kritikos, A., Pijnenburg, K.: Business cycles, unemployment and entrepreneurial entry: First evidence from Germany. *International Entrepreneurship Management Journal*, 2013, 11, (2), 267-286
- Fuller, S.: Job Mobility and Wage Trajectories for Men and Women in the United States. *American Sociological Review*, 2008, 73, (1), 158-183
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D. D., Rieger, M. A.: Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychological and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 2008, 8, (353), DOI: 10.1186/1471-2458-8-353, Open Access: [<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-353>]
- Ganesch, F., Dütsch, M., Struck, O.: Arbeitsplatzmobilität zwischen Ost-, Nord- und Süddeutschland: Erfolgsfaktoren von Einkommenszuwächsen. *Sozialer Fortschritt*, 2020, 69, (6-7), 417-444
- Georg, W.: Studium und Beruf. Zum Wandel des Verhältnisses von Hochschule und Berufsausbildung. In: Jäger, W., Schützeichel, R. (Hrsg.): *Universität und Lebenswelt. Festschrift für Heinz Abels*. Wiesbaden 2008, 84-117
- Glaser, B. G., Strauss, A. L.: *Status passage*. New York 1971
- Granovetter, M.: The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 1973, 78, (6), 1360-1380
- Griebel, W.: Übergangsforschung aus psychologischer Sicht. In: Schumacher, E. (Hrsg.): *Übergänge in Bildung und Ausbildung. Gesellschaftliche, subjektive und pädagogische Relevanzen*. Bad Heilbrunn 2004, 25-45
- Grunow, D.: Zwei Schritte vor, eineinhalb Schritte zurück. Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und Sozialisation aus Perspektive des Lebensverlaufs. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 2013, 33, (4), 384-398
- Hartmann, M.: *Elitesoziologie. Eine Einführung*. Frankfurt am Main 2004
- Hartmannbund [Verband der Ärzte Deutschlands]: *Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation. Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“* Berlin 2012
- Haubitz, M.: Chronizität und Multimorbidität. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung*. 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2017, 289-394
- Heidner, D.: Umfrage bestätigt: Angestellte planen Selbstständigkeit. *Der Freie Zahnarzt*, 2019, 63, (9), 32-33
- Heine, C., Spangenberg, H.: Von der Schule in das Studium. In: Schumacher, E. (Hrsg.): *Übergänge in Bildung und Ausbildung. Gesellschaftliche, subjektive und pädagogische Relevanzen*. Bad Heilbrunn 2004, 189-211

Hillmert, S., Jacob, M.: Soziale Ungleichheit beim Hochschulzugang: Wen führt das System der Berufsausbildung zur Universität, wen nicht ... und warum? Überlegungen aus einer humankapitaltheoretischen Perspektive. Arbeitspapier Nr. 5 des Projektes Ausbildungs- und Berufsverläufe der Geburtskohorten 1964 und 1971 in Westdeutschland, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 2002

Hisrich, R. D.: Entrepreneurship/intrapreneurship. *American Psychologist*, 1990, 45, (2), 209-222

Holland, J. L.: Exploring Careers with a Typology. What We Have Learned and Some New Directions. *American Psychologist*, 1996, 51, (4), 397-406

IFB [Institut für Freie Berufe Nürnberg]: Statistiken. 2019 [<https://ifb.uni-erlangen.de/forschung/statistiken/>], zuletzt abgerufen 22.10.2020

IfM Bonn [Institut für Mittelstandsforschung Bonn]: Gründungen und Unternehmensschließungen. Gewerbliche Existenzgründungen und Liquidationen. 2019. Online-Dokument: [<https://www.ifm-bonn.org/statistiken/gruendungen-und-unternehmensschliessungen/gewerbliche-existenzgruendungen-und-liquidationen/>], zuletzt abgerufen 22.10.2020, Bonn 2020

IHME [Institute for Health Metrics and Evaluation]: GBD Compare. Viz Hub. University of Washington, Washington 2020

infas [Institut für angewandte Sozialwissenschaft]: Tabellenband. Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. URL: [[https://www.kbv.de/media/sp/infas\\_TabBand\\_Aerztemonitor2018\\_Aerzte\\_20180615.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf)], Bonn 2018

Jacob, M., Klein, M.: Der Einfluss der Bildungsherkunft auf den Berufseinstieg und die ersten Erwerbsjahre von Universitätsabsolventen. *Beiträge zur Hochschulforschung*, 2013, 35, (1), 8-37

Jacob, R., Kopp, J., Schultz, S.: Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Berlin 2015

Jacob, R.: Berufsmonitoring Medizinstudenten. 2. Welle. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten, Frühjahr 2014. Universität Trier. Fachbereich IV Soziologie/Empirische Sozialforschung, Trier 2014

Jäger, R., van den Berg, N., Hoffmann, W., Jordan, R. A., Schwendicke, F.: Estimating future dental services' demand and supply: a model for Northern Germany. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2016, 44, (2), 169-179

Jonsson, J. O., Grusky, D. B., Di Carlo, M., Pollak, R., Brinton, M. C.: Microclass Mobility: Social Reproduction in Four Countries. *American Journal of Sociology*, 2009, 114, 977-1036

Jordan, A. R., Micheelis, W.: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln 2016

Jordan, R. A., Krois, J., Schiffner, U., Micheelis, W., Schwendicke, F.: Trends in caries experience in the permanent dentition in Germany 1997–2014, and projection to 2030: Morbidity shifts in an aging society. *Scientific Reports*, 2019, 9, (1), 1-7

Jordan, R. A., Stark, H., Nitschke, I., Micheelis, W., Schwendicke, F.: Epidemiological trends, predictive factors, and projection of tooth loss in Germany 1997-2030: part I. missing teeth in adults and seniors. *Clin Oral Invest*, 2021, 25, (1), 67-76, DOI: 10.1007/s00784-020-03266-9, Epub 21.11.2020

- Judge, T. A., Kammeyer-Mueller, J. D.: On the value of aiming high: the causes and consequences of ambition. *Journal of Applied Psychology*, 2012, 97, (4), 758-775
- Kay, R., Günterberg, B.: Existenzgründungen von Frauen – aktuelle Entwicklungen (2019). IfM Bonn: Daten und Fakten Nr. 24, Bonn 2019
- Kettler, N., Frenzel Baudisch, N., Klingenberger, D., Jordan, R. A.: Zukunft der regionalen Versorgung in Deutschland – Wohin wollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte? *Das Gesundheitswesen*, 2018, 81, (5), 391-396
- Kettler, N., Klingenberger, D.: IDZ-Studie zum Berufsbild. Was junge Zahnärzte heute wollen. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 2016, 106, (24), 2918-2923
- Kettler, N.: Familie und Beruf: Kein Ding der Unmöglichkeit! IDZ-Studie zum Berufsbild. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 2017, 107, (12), 1484-1486
- Kistemann, T., Schröer, M.-A.: Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortwahlverhalten von Vertragsärzten in einem übersorgten Planungsgebiet. *Das Gesundheitswesen*, 2007, 69, (11), 593-600
- Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen (AVE-Z). *IDZ-Information*, 2004, (1)
- Klingenberger, D., Sander, T.: Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren – Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen. *IDZ-Information*, 2014, (1)
- Klingenberger, D.: Die zahnärztliche Niederlassung. Stand der Forschung zur Praxisgründung. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln 2018
- Klingenberger, D., Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2018 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). *Zahnmed Forsch Versorg*, 2019, 2, (2)
- Klingenberger, D., Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2019 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). *Zahnmed Forsch Versorg*, 2020, 3, (1)
- Klingenheben, T., Perings, S., Perings, C.: Nachwuchsproblematiken für Praxen und Kliniken: Herausforderung der Generationen. *Aktuelle Kardiologie*, 2019, 8, (1), 58-63
- Klose, J., Uhlemann, T.: Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung. Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. *G+G Wissenschaft*, 2006, 6, (3), 7-17
- Kopetsch, T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung. 5., akt. u. komplett überarb. Aufl., Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), URL: [<https://cdn.aerzteblatt.de/download/files/2010/09/down148303.pdf>], Berlin 2010
- Kracke, N.: Unterwertige Beschäftigung von AkademikerInnen in Deutschland. Die Einflussfaktoren Geschlecht, Migrationsstatus und Bildungsherkunft und deren Wechselwirkungen. *Soziale Welt*, 2016, 67, (2), 177-204
- Krack-Roberg, E., Rübenach, S., Sommer, B., Weinmann, J.: Lebensformen in der Bevölkerung, Kinder und Kindertagesbetreuung. [Unterkap. 2.1 in Kap. 2 Familie, Lebensformen und Kinder], In: bpb [Bundeszentrale für politische Bildung]: Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.), URL: [[https://www.wzb.eu/system/files/docs/sv/iuk/dr2016\\_bf\\_gesamt\\_korr.pdf](https://www.wzb.eu/system/files/docs/sv/iuk/dr2016_bf_gesamt_korr.pdf)], zuletzt abgerufen 10.02.2021, Bonn 2016, 42-59



Krueger, N. F.: The Impact of Prior Entrepreneurial Exposure on Perceptions of New Venture Feasibility and Desirability. In: Entrepreneurship Theory and Practice, 1993, 18, (1), 5-21

Krüssmann, P. C.: Psychische Gesundheit, Belastung und Vereinbarkeit von Familie und Studium beziehungsweise Beruf von Ulmer Studierenden der Humanmedizin sowie von Ulmer Ärztinnen und Ärzten. Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Ulm, Tag der Promotion 19.10.2018, Ulm 2017

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung], BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung. 1. Aufl., Berlin/Köln 2016

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Agenda Mundgesundheit. Versorgung wohnortnah und präventionsorientiert weiterentwickeln und gestalten. Gesundheitspolitische Positionen der Vertragszahnärzteschaft. Köln 2017

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Jahrbuch 2018. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschliesslich GOZ-Analyse. Köln 2018

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Jahrbuch 2019. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschliesslich GOZ-Analyse. Köln 2019

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Schriftliche Anfrage zu Daten der KZBV/ZäPP. Abteilung Statistik, Kristina Salm, 22.09.2020, Köln 2020a

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Tabelle „Vergleichsdaten der KZBV/IDZ-Studie Berufsbild junger Zahnärzte“. Abteilung Statistik, Kristina Salm, 11.05.2020, Köln 2020b

KZV BW [Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg]: Versorgungsbericht 2019. Stuttgart 2019

Lang-von Wins, T.: Der Unternehmer: Arbeits- und organisationspsychologische Grundlagen. Berlin 2004

Leifels, A.: Existenzgründer und Bürokratie: für jeden dritten eine Schwierigkeit, aber selten ein Abbruchgrund. KfW Research, Fokus Volkswirtschaft, Nr. 175, Frankfurt am Main 2017

Lukasczik, M., Ahnert, J., Ströbl, V., Vogel, H., Donath, C., Enger, I., Gräbel, E., Heyelmann, L., Lux, H., Maurer, J., Özbe, D., Spieckenbaum, S., Voigtländer, E., Wildner, M., Zapf, A., Zellner, A., Holleder, A.: Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. Das Gesundheitswesen, 2018, 80, (6), 511-521

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie (ANFO-Z). IDZ-Information, 2010, (1)

Morgan, S. L., Leenman, T. S., Todd, J. J., Weeden, K. A.: Occupational Plans, Beliefs about Educational Requirements, and Patterns of College Entry. Sociology of Education, 2013, 86, (3), 197-217

Müller, W., Brauns, H., Steinmann, S.: Expansion und Erträge tertiärer Bildung in Deutschland, Frankreich und im Vereinigten Königreich. Berliner Journal für Soziologie, 2002, 12, (1), 37-62



Nierobisch, K.: Studium, Übergang und Beruf: Unterschiedliche Gestaltungsformen von Pädagog/innen und Mediziner/innen. In: von Felden, H., Schiener, J. (Hrsg.): Transitionen – Übergänge vom Studium in den Beruf. Zur Verbindung von qualitativer und quantitativer Forschung. Wiesbaden 2010, 106-156

Nitschke, I. Schulte, A. G.: Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000-2012). IDZ-Information, 2012, (3)

Oberlander, W., Reil, A.: Zahnärztinnen in Bayern. Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ergebnisse der Umfrage der Bayerischen Landes Zahnärztekammer unter Zahnärztinnen 2010. Institut für Freie Berufe (Hrsg.), Nürnberg 2010

PKV [Verband der Privaten Krankenversicherung]: PKV Datenportal: Der Datenservice der PKV. Köln 2020, URL: [<https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2008/2018/12>], zuletzt abgerufen 09.02.2021

Preisendörfer, P., Voss, T.: Organizational Mortality of Small Firms: The Effects of Entrepreneurial Age and Human Capital. *Organization Studies*, 1990, 11, (1), 107-129

Qvist, V.: Longevity of Restorations - „The Death Spiral“. In: Fejerskov, O., Kidd, E. (Hrsg.): *Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management*. 2. Aufl., Oxford 2008, 443-456

Reimer, D., Pollak, R.: The Impact of Social Origin on the Transition to Tertiary Education in West Germany 1983 and 1999. *Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Arbeitspapiere – Working Papers Nr. 85*, Mannheim 2005

Röhl, K.-H.: Mompreneurs: Gründen mit Kindern. iwd Der Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft, 09.03.2018, Online-Dokument: [<https://www.iwd.de/artikel/mompreneurs-gruenden-mit-kindern-380711/>], zuletzt abgerufen 22.10.2020, Köln 2018

Rothgang, H., Unger, R.: Demografischer Wandel. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung*. 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2017, 340-345

Savickas, M. L.: Career Construction. A Developmental Theory of Vocational Behavior. In: Brown, D. (Hrsg.): *Career Choice and Development*. San Francisco (CA) 2002, 149-205

Scherer, R. F., Adams, J. S., Carley, S. S., Wiebe, F. A.: Role model performance effects on development of entrepreneurial career preference. In: *Entrepreneurship Theory and Practice*, 1989, 13, (3), 53-71

Schmitt-Rodermund, E., Silbereisen, R. K.: Erfolg von Unternehmern: Die Rolle von Persönlichkeit und familiärer Sozialisation. In: Moser, K., Batinic, B., Zempel, J. (Hrsg.): *Unternehmerisch erfolgreiches Handeln*. Göttingen 1999, 115-143

Schmitt-Rodermund, E.: Pathways to successful entrepreneurship: Parenting, personality, competence, and interests. *Journal of Vocational Behavior*, 2004, 65, (3), 498-518

Schröder, M.: Der Generationenmythos. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2018, 70, (3), 469-494

Schwendicke, F., Jäger, R., Hoffmann, W., Jordan, R. A., van den Berg, N.: Estimating spatially specific demand and supply of dental services: a longitudinal comparison in Northern Germany. *Journal of Public Health Dentistry*, 2016, 76, (4), 269-275

Schwendicke, F., Krois, J., Kocher, T., Hoffmann, T., Micheelis, W., Jordan, A. R.: More teeth in more elderly: Periodontal treatment needs in Germany 1997-2030. *Journal of Clinical Periodontology*, 2018, 45, (12), 1400-1407

Shapero, A.: The Entrepreneurial Event. In: Kent, C. A. (Hrsg.): *The Environment for Entrepreneurship*. Lexington (Toronto) 1984, 21-40

Sieverding, M.: Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenz und Diskrepanz zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 1992, 36, (4), 157-166

Statista: Anzahl der Zahnärzte in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 2004 bis 2018, veröffentlicht von Rainer Radtke, 13.08.2020, Online-Dokument: [<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/426233/umfrage/anzahl-der-zahnaerzte-in-deutschland-nach-geschlecht/>], zuletzt abgerufen 22.10.2020, Hamburg 2020

Statistisches Bundesamt: Mehr Zeit für Behandlung. Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlussbericht August 2015. Statistisches Bundesamt, im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates, Wiesbaden 2015

Statistisches Bundesamt: Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Lange Reihen mit Jahresergebnissen ab 1975. Tabellen zu Bildung und Forschung mit Originalwerten und Veränderungsdaten. Online-Dokument: [<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html>], zuletzt abgerufen 07.07.2020, Wiesbaden 2020a

Statistisches Bundesamt: Studienanfänger: Deutschland, Semester, Nationalität, Geschlecht, Studienfach. SF185 Zahnmedizin. Online-Dokument: [<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>], zuletzt abgerufen 22.10.2020, Wiesbaden 2020b

Statistisches Bundesamt: Gesundheitspersonalrechnung. Online-Dokument: [[https://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc\\_them\\_rech?tk=0&tk2=90033&p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_sprache=D&cnt\\_ut=0&ut=90033](https://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=0&tk2=90033&p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&cnt_ut=0&ut=90033)], zuletzt abgerufen 22.10.2020, Wiesbaden 2020c

Steinhäuser, J., Scheidt, L., Szecsenyi, J., Götz, K., Joos, S.: Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. *Das Gesundheitswesen*, 2012, 74, (10), 612-617

Steinhäuser, J., Joos, S., Szecsenyi, J., Götz, K.: Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2013, 89, (1), 10-15

Sternberg, R., Wallisch, M., Gorynia-Pfeffer, N., von Bloh, J., Baharian, A.: *Global Entrepreneurship Monitor 2018/2019. Unternehmensgründungen im weltweiten Vergleich – Länderbericht Deutschland 2018/19*. RWK Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft, Eschborn 2019

Stifterverband für die deutsche Wissenschaft: *Hochschul-Bildungs-Report 2020 – Bericht 2017/18*. Essen 2017

Struck, O.: Bildungsexpansion, soziale Mobilität und die Bedeutung von frühen Lernumwelten. In: Hanns-Seidel-Stiftung, Repräsentanzbüro Beijing: *Soziale Mobilität als Beitrag zu einer ausgeglichenen sozioökonomischen Entwicklung. Im Dialog mit China Bd. 13* (Schriftenreihe zur Gesellschaftspolitik in Deutschland und China), Beijing 2019, 79-91

Struck, O.: Generation als zeitdynamische Strukturierung von Gesellschaften und Organisationen. In: Szydlik, M. (Hrsg.): Generation und Ungleichheit. Wiesbaden 2004, 49-76

Stüber, H.: Bildungsrenditen beruflicher und akademischer Abschlüsse. In: Lange, J. (Hrsg.): Ausbildung oder Studium? Bildungsangebot und Berufsfindung zwischen individuellen Wünschen und gesellschaftlichen Bedarfen. Evangelische Akademie Loccum, Loccumer Protokolle 58/15, Rehburg-Loccum 2017, 35-43

Super, D. E.: The Definition and Measurement of Early Career Behavior: A First Formulation. In: The Personnel and Guidance Journal, 1963, 41, (9), 775-780

SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen]: Bedarfsgerechte Versorgung? Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin 2014

Treuner, A., Splieth, C.: Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. Zahnärztliche Mitteilungen, 2013, 103, (17), 44-50

von Renteln-Kruse, W., Neumann, L., Frilling, B., Dapp, U.: Versorgung alter Menschen. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2017, 384-388

Wanger, S., Hartl, T., Zimmert, F.: Revision der IAB-Arbeitszeitrechnung 2019. Grundlagen, methodische Weiterentwicklungen sowie ausgewählte Ergebnisse im Rahmen der Generalrevision 2019 der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. IAB-Forschungsbericht 7/2019, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.), Nürnberg 2019

Watermann, R., Baumert, J.: Entwicklung eines Strukturmodells zum Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und fachlichen und überfachlichen Kompetenzen. Befunde national und international vergleichender Analysen. In: Baumert, J., Stanat, P., Watermann, R. (Hrsg.): Herkunftsbedingte Disparitäten im Bildungswesen: Differenzielle Bildungsprozesse und Probleme der Verteilungsgerechtigkeit. Vertiefende Analysen im Rahmen von PISA 2000. Wiesbaden 2006, 61-94

Wilcke, A. J., Buchmann, M., Reißmann, D., Pohontsch, N. J., Aarabi, G., Hejdecke, G.: „Feminisierung“ der Zahnmedizin: Herausforderung an einen Wandel des Berufsbildes. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 2016, 71, (3), 217-224

Wissenschaftsrat: Stellungnahme zum Verhältnis von Hochschulausbildung und Beschäftigungssystem. Drs. 4099/99, Juli 1999. Würzburg 1999

## Teil III: Der Stellenwert von Freiberuflichkeit und Standespolitik

---

Teil III dieses Buches greift zwei Fragestellungen auf, die eng miteinander verknüpft sind: Welchen Stellenwert hat die Freiberuflichkeit für junge Zahnärztinnen und -ärzte? Und wie nehmen Zahnärztinnen und -ärzte in den ersten Berufsjahren ihre Standespolitik wahr? Freiberuflichkeit und zahnärztliche Standespolitik werden in einem Teil des Buches gemeinsam betrachtet, da Letztere auf Ersterer ihre Legitimation begründet. Aus der Standespolitik wird regelmäßig die Wichtigkeit der Freiberuflichkeit für die Zahnärzteschaft betont, sowohl in der Kommunikation nach innen als auch nach außen.

Wie die Betonung der Freiberuflichkeit von jungen Zahnärztinnen und -ärzten wahrgenommen wird, wie sie ihre Standespolitik beurteilen und welche Auswirkungen dies schlussendlich auch auf ihr Interesse an persönlichem standespolitischen Engagement hat, soll in den beiden folgenden Kapiteln betrachtet werden.

Komplementiert wird dieser Teil des Buches durch einen Exkurs von Dr. Jasmin Siri. In „Politisches Engagement in der Gesellschaft und die Generation junger Zahnärztinnen und Zahnärzte“ bietet sie Erklärungsansätze für die Einstellung junger Zahnärztinnen und -ärzte gegenüber ihrer Standespolitik und nähert sich dabei dem Thema aus gesamtgesellschaftlicher Sicht.

Zunächst jedoch zur Freiberuflichkeit.

### Kapitel 1: Freiberuflichkeit

#### 1.1 Bedeutung der Freiberuflichkeit

„Freiberuflichkeit ist ein Grundwert des zahnärztlichen Berufsstandes“ (BZÄK et al. 2015, S. 4). So positionieren sich BZÄK, DGZMK und KZBV in ihrem gemeinsamen Leitbild „Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung“.

Doch was versteht man eigentlich unter Freiberuflichkeit? Der Bundesverband Freier Berufe (BFB) beschloss als Spitzenverband der freiberuflichen

Kammern und Verbände in Deutschland folgende Definition, die in der Legaldefinition des § 1 Abs. 2 Satz 1 Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (PartGG) sowie der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) aufgegriffen wurde: „Angehörige Freier Berufe erbringen aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig geistig-ideelle Leistungen im gemeinsamen Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit. Ihre Berufsausübung unterliegt in der Regel spezifischen berufsrechtlichen Bindungen nach Maßgabe der staatlichen Gesetzgebung oder des von der jeweiligen Berufsvertretung autonom gesetzten Rechts, welches die Professionalität, Qualität und das zum Auftraggeber bestehende Vertrauensverhältnis gewährleistet und fortentwickelt“ (BFB 2009, S. 8).

Eine Charakteristik Freier Berufe ist das *Berufsethos*, die Identifikation mit der eigenen Profession und den damit verbundenen verinnerlichteten Handlungsregeln und -normen.

Die *Persönlichkeit der Leistungserbringung* macht – im Fall der Zahnmedizin – die auf jeden einzelnen Patienten zugeschnittene Leistung einmalig. Dennoch kann die Leistung unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen nach dem Einkommenssteuergesetz (EStG § 18 Abs. 1) delegiert werden.

Dabei wird die Leistung *eigenverantwortlich und unabhängig* erbracht. Der Leistungserbringer oder die Leistungserbringerin ist also frei in der fachbezogenen Urteilsbildung und trägt die Verantwortung für sein oder ihr Handeln. Dies gilt unabhängig von der Rechtsform des Arbeitsverhältnisses, welches jedoch diese Unabhängigkeit garantieren muss.

Die *fachliche Kompetenz* freiberuflich Tätiger wird durch akademische Abschlüsse sowie hohe Anforderungen an Fort- und Weiterbildung gesichert.

Ein weiterer zentraler Wert Freier Berufe ist die *Gemeinwohlverpflichtung*. Die Dienstleistung dient – im Falle der Zahnmedizin – nicht nur dem einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin sowie der Gewinnerzielung, sondern auch der Allgemeinheit durch Sicherstellung des Gemeinguts Gesundheit.

Die Berufsaufsicht Freier Berufe erfolgt in der *Selbstverwaltung*. Im Sinne der mittelbaren Staatsverwaltung überträgt der Staat die Organisation Freier Berufe deren jeweiligen Selbstverwaltungsorganen, welche die Berufsaufsicht führen (BFB 2009). Die zahnärztliche Selbstverwaltung wird in Teil III, Kapitel 2 ausführlicher thematisiert.

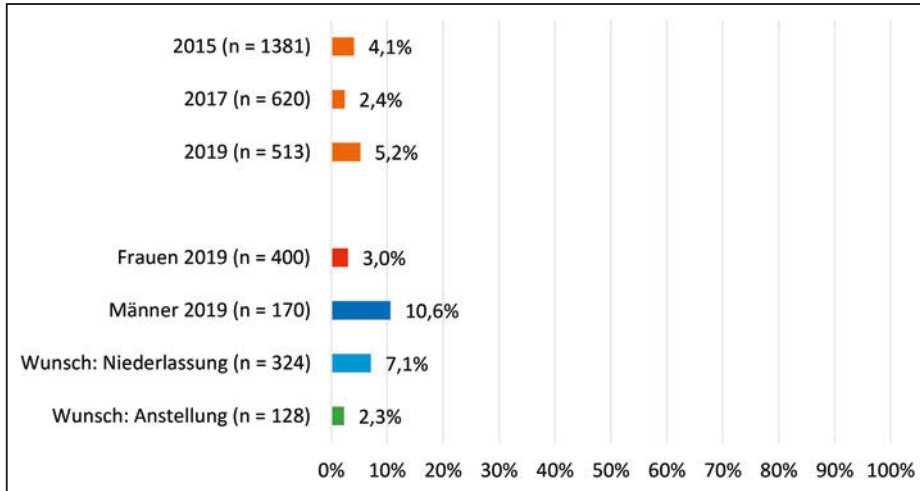
Oftmals sind Freiberufler/-innen wirtschaftlich selbstständig, jedoch nicht zwingend, denn auch Angestellte oder Beamte können eine freiberufliche Tätigkeit ausführen. Missverständliche Formulierungen, beispielsweise im

Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG § 1) oder auch im Einkommensteuergesetz (EStG § 18 Abs. 1), die von selbstständiger Berufstätigkeit sprechen, implizieren, dass Freiberuflichkeit mit wirtschaftlicher Selbstständigkeit gleichzusetzen ist. Dieser Trugschluss entstammt möglicherweise der historischen Entwicklung, in der ein Großteil der Freiberufler/-innen wirtschaftlich selbstständig war (Wörner 2018). Im Grundverständnis der Freien Berufe sind jedoch alle Angehörigen dieser Berufe – unabhängig vom Arbeitsverhältnis – Freiberufler und Freiberuflerinnen (BFB 2009).

Auch Zahnärztinnen und -ärzte gehören den Freien Berufen an. Die Grundlagen ihres ethischen Bewusstseins sind festgehalten in den Berufsordnungen sowie den Positionsschriften ihrer Standesvertretungen. Diagnose- und Therapieentscheidungen sollen sie eigenverantwortlich und weisungsunabhängig von den Interessen Dritter treffen, und das ausschließlich zum Wohle ihrer Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft. Ihre berufsständischen Vertretungen beschließen Ziele und Maßnahmen, die der Sicherung der zahnmedizinischen Gesundheit der Bevölkerung dienen. Die Kompetenzen, welche eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung garantieren, ihr zahnärztliches Fachwissen, erlernen Zahnärztinnen und -ärzte in einem akademischen Studium. Ein Berufsleben lang vertiefen und erneuern sie dieses in Fortbildungen, die vonseiten des Berufsstandes gewisse Anforderungen erfüllen müssen. BZÄK, DGZMK und KZBV betonen, dass es „dabei nicht relevant ist, ob die Ausübung der Tätigkeit selbstständig oder in einem Angestelltenverhältnis erfolgt“ (BZÄK et al. 2015, S. 3). Alle Zahnärztinnen und -ärzte sind Freiberufler/-innen.

## **1.2 Stellenwert und Auffassung von Freiberuflichkeit bei jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten**

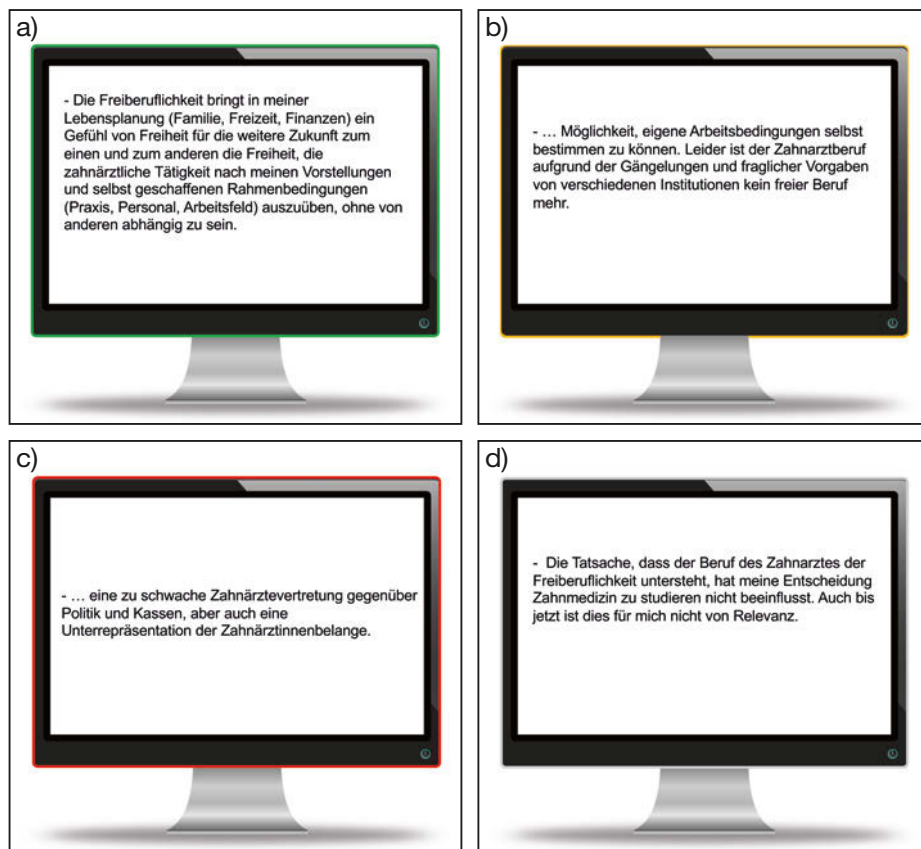
Für einen Großteil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte scheint die Freiberuflichkeit auf den ersten Blick einen sehr geringen Stellenwert zu haben, sie können sich vermeintlich nicht dafür begeistern. In jeder der drei Befragungen geben nur sehr wenige Studienteilnehmende an, dass ihnen die Möglichkeit, freiberuflich zu arbeiten, wichtig bei der Entscheidung für den weiteren Berufsweg sei (Abb. III.1.1). Geringe Unterschiede, bezogen auf den Stellenwert der Freiberuflichkeit, treten zutage zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten (signifikant;  $p < 0,001$ ) sowie zwischen denjenigen mit Berufswunsch Niederlassung und denen, die in die Anstellung gehen möchten ( $p = 0,05$ ).



**Abbildung III.1.1:** Wie wichtig ist jungen Zahnärztinnen und -ärzten die Möglichkeit, freiberuflich zu arbeiten, bei der Entscheidung über den weiteren Berufsweg? – Anteil der Befragten, die diese Determinante als eines der drei wichtigsten Entscheidungskriterien angegeben haben

Doch ist es wirklich so, dass junge Zahnärztinnen und -ärzte dem Konzept der Freiberuflichkeit nicht viel abgewinnen können? Was genau junge Zahnärztinnen und -ärzte persönlich mit Freiberuflichkeit assoziieren, war bislang unklar. 2019 wurden den Studienteilnehmenden daher zwei Fragen zur Freiberuflichkeit gestellt, auf die sie offen mit eigenen Worten antworten konnten: „Welches sind für Sie persönlich positive Aspekte der Freiberuflichkeit?“ und „Welches sind für Sie persönlich negative Aspekte der Freiberuflichkeit?“. Über 70 % der Teilnehmenden (n = 404 für die positiven Aspekte; n = 412 für die negativen Aspekte) beantworteten diese Fragen.

Ihre Antworten können hier nicht vollumfänglich dargestellt werden. Jedoch lässt sich ein Antwortmuster erkennen, denn in den Antworten junger Zahnärztinnen und -ärzte finden sich zentrale Elemente, welche die Freiberuflichkeit definieren, wieder (Abb. III.1.2). Doch projizieren die meisten Befragten die entsprechenden Facetten der Freiberuflichkeit nicht auf ihren gesamten Berufsstand, sondern auf die persönliche berufliche Situation. In ihrem Antwortverhalten wird deutlich, dass sehr viele Befragte Freiberuflichkeit gleichsetzen mit Niederlassung in eigener Praxis.



**Abbildung III.1.2:** Positive (a), gemischte (b) und negative (c) Aspekte der Freiberuflichkeit sowie persönliche Irrelevanz (d) – Wortwörtliche Zitate der Teilnehmenden in 2019

Dennoch finden sich vereinzelt Antworten, die darauf schließen lassen, dass in Ausnahmefällen junge Zahnärztinnen und -ärzte Niederlassung und Freiberuflichkeit nicht als Synonym wahrnehmen: Die *Persönlichkeit der Leistungserbringung* ermöglicht ihnen gleichzeitig das „Einbringen der Persönlichkeit in den Beruf“<sup>1</sup>. Vereinzelt wird eine „Gleichsetzung mit Dienstleistern“ als negativ empfunden.

Sie schätzen die „Entscheidungsfreiheit in der Behandlung“ sowie die „Unabhängigkeit von fremden Einflüssen“, welche *Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit* mit sich bringen. Doch nimmt ein Teil der Befragten die damit einhergehende Verantwortung negativ wahr. Man fürchtet „auf

<sup>1</sup> Die Zitate (zur Abgrenzung vom Fließtext durch Anführungszeichen gekennzeichnet) sind den Angaben von Studienteilnehmenden aus der Befragung 2019 wortwörtlich entnommen. Sie dienen der Veranschaulichung der ausgeführten Themen und wurden daher nicht verändert. Die Zitate geben die persönlichen Ansichten jeweils einzelner Befragter wieder.



sich allein gestellt [zu] sein mit Problemen am Patienten“, fühlt sich „alleine gelassen [...] mit der Bürokratie“ oder anderen Themen.

Die *fachliche Kompetenz*, welche junge Zahnärztinnen und -ärzte zunächst im Studium erwerben, wird durchaus kritisch beurteilt. Denn im Studium erfolgt „keinerlei Vorbereitung auf die betriebswirtschaftlichen Belange“, auch die „absolut fehlende[n] Grundkenntnisse im Thema Abrechnung“ werden bemängelt. Die notwendige Auseinandersetzung mit diesen unbekanntem, teils fachfremden und gegebenenfalls unbeliebten Themen im Beruf wird negativ perzipiert. Doch garantiert das Studium für den gesamten Berufsstand aufgrund der „hohe[n] Eintrittsbarriere durch die besondere berufliche Qualifikation, welche nicht für jeden so einfach erreichbar ist, [...] eine] relative Arbeitsplatzsicherheit und damit Planungssicherheit für's persönliche Leben(sglück)“. Junge Zahnärztinnen und -ärzte schätzen die Möglichkeit der individuellen fachlichen Weiterentwicklung und vor allem die „freie Wahl von Fortbildungen“, wenn auch vereinzelt die Pflicht sowie die Frequenz, die „ständige Fortbildungsnotwendigkeit“ bemängelt wird.

Ein wichtiger Aspekt der Freiberuflichkeit ist jungen Zahnärztinnen und -ärzten das prosoziale Handeln ihrer Tätigkeit im Sinne der *Gemeinwohlpflichtung*. Sie widmen sich ihrer Arbeit, um „den Patienten zu helfen, schwierige Situationen zu meistern“, möchten dabei den „Patienten so [...] helfen, wie man es sich selbst für sich wünschen würde“. Dabei stehen nicht nur der einzelne Patient und die einzelne Patientin im Fokus. Einige Befragte sorgen sich um die „Sicherstellung der Versorgung“ oder darum, dass die „Krankenkassen [...] für die Patienten nicht die wichtigen Therapien bezahlen“.

Die *Selbstverwaltung* der Zahnärzteschaft wiederum wird ambivalent wahrgenommen. Die grundsätzliche Möglichkeit, „eigene Regeln des beruflichen Miteinanders festlegen zu können und den Berufsstand (theoretisch) selbstständig verwalten zu können“, beurteilen einige junge Zahnärztinnen und -ärzte sehr positiv. Sie schätzen die Autonomie und auch den Handlungsspielraum, der sich für den Berufsstand ergibt. Die Abhängigkeit von der Selbstverwaltung wird jedoch zum Teil kritisch gesehen. Einem Teil der Befragten missfällt die „Zwangsmitgliedschaft im Versorgungswerk und der LZK“ sowie „Reglementierungen der KZV“; sie empfinden diese als „Gängelung durch Institutionen“ (... „die man sogar selbst noch durch Beiträge finanzieren muss“). Mit der Vertretung selber oder den von ihnen vertretenen Inhalten können sich nicht alle Studienteilnehmenden identifizieren. Bemängelt werden „verkrustete Strukturen in der Selbstverwaltung, es fällt schwer, daran teilzunehmen“. Auf die Beteiligung junger Zahnärztinnen und -ärzte am standespolitischen Geschehen wird in Teil III, Kapitel 2 ausführlich eingegangen.

Damit sind die wenigen Antworten, in denen Befragte Freiberuflichkeit vermutlich ähnlich definieren wie ihre Körperschaften, die sich also auf den Berufsstand als Ganzes beziehen, auch nahezu erschöpfend genannt. Bei manchen Äußerungen junger Zahnärztinnen und -ärzte bleibt offen, ob die Aussagen sich ausschließlich auf die Niederlassung beziehen oder Freiberuflichkeit doch umfassender verstanden wird. Einzelne Begriffe, die ohne Zusammenhang stehen, erschweren die Zuordnung: „Verantwortung“ kann die aller Zahnärzte gegenüber dem Berufsstand oder der Gemeinschaft bedeuten, auch des Einzelnen gegenüber den Patienten, oder jedoch die Verantwortung des oder der Niedergelassenen der Praxis und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber. Weiter ausgeführte Antworten wie „freie Gestaltung der Arbeitsbedingungen“ beziehen sich zunächst möglicherweise auf den ganzen Berufsstand. In diesem Fall jedoch impliziert der Zusatz „(Arbeitszeit, Praxisphilosophie etc.)“, dass doch eher die Niederlassung und damit die persönliche Gestaltungsfreiheit und nicht die Gestaltungsfreiheit des Berufsstandes gemeint ist. Ein/e Befragte/r äußert die eigene Unsicherheit in Bezug auf die Bedeutung des Begriffes sogar direkt: „Falls Freiberuflichkeit heißt, eigene Praxis, dann ...“.

Ein Großteil der Antworten verdeutlicht jedoch, dass oftmals die Freiberuflichkeit mit der Niederlassung gleichgesetzt wird. Eine kritische Auseinandersetzung erfolgt, bezieht sich jedoch in der Regel auf die eigenen Überlegungen zur Existenzgründung. Sehr häufig werden die genannten Vor- und Nachteile mit dem Zusatz „in der eigenen Praxis“ versehen und Aspekte genannt, die im Fragebogen zuvor im Zusammenhang mit der Niederlassung angeführt wurden.

Viele Befragte assoziieren mit der Freiberuflichkeit „eigener Chef sein“. Die genannten Vorteile gehen einher mit Autonomie, Freiheit und Selbstbestimmung, wobei diese in der Regel auf die eigene Person in eigener Praxis bezogen sind. Auch Nachteile beziehen sich auf die Niederlassung; die Teilnehmenden sorgen sich um das finanzielle Risiko in der Selbstständigkeit, um „überwuchernde Bürokratie“ oder Probleme bei der Personalsuche.

Offenkundig wird die Assoziation des Begriffs Freiberuflichkeit mit der Niederlassung bei den jungen Zahnärztinnen und -ärzten, die klar Vor- und Nachteile der Selbstständigkeit in eigener Praxis gegenüber der Anstellung beschreiben. Sie versprechen sich Selbstverwirklichung, nicht selten durch Umsetzung eines „eigene[n], ganz den eigenen Wünschen entsprechende[n], Praxiskonzept[s]“. Vorzüge für die Befragten, die Freiberuflichkeit mit der Niederlassung gleichsetzen, sind der aufgrund von „Unkündbarkeit“ sichere Arbeitsplatz und dass sie keine Vorgesetzten haben. Denn „sein eigener Chef zu sein ist toll. Ich kann frei entscheiden, wie ich arbeite, mit wem und wie lange. Bin niemandem Rechenschaft schuldig“. Auf der anderen Seite fürchten sie den hohen Zeitaufwand in eigener Praxis, man möchte nicht „24 Stunden erreichbar sein müssen“. Darüber hinaus muss das Risiko bei Arbeitsausfall getragen werden, „wenn man krank ist“.

Teils werden Freiberuflichkeit und Niederlassung dann auch semantisch gleichgesetzt. So wird sich durch Freiberuflichkeit ein „höheres Gehalt im Vergleich zur Anstellung“ erhofft, während andere Befragte durch die Freiberuflichkeit „allgemeine Probleme“ fürchten, „um die man sich als Angestellter nicht kümmern muss“.

Die Frage, ob junge Zahnärztinnen und -ärzte das Konzept der Freiberuflichkeit befürworten, lässt sich somit nicht pauschal beantworten. Die Antworten einzelner Befragter deuten einerseits darauf hin, dass sie sich mit Grundprinzipien wie der Unabhängigkeit oder Gemeinwohlverpflichtung identifizieren. Andererseits wird auch eine gewisse Unzufriedenheit mit der Selbstverwaltung in ihrer jetzigen Organisationsform deutlich. Doch stehen diese Aussagen keinesfalls repräsentativ für die Gesamtheit der jungen Zahnärztinnen und -ärzte, sondern müssen als gleichwohl erhellende Einzelmeinungen interpretiert werden.

Die zentrale Erkenntnis der vorliegenden Analyse bietet jedoch einen elementaren Erklärungsansatz, der nachvollziehen lässt, warum der Stellenwert der Freiberuflichkeit für junge Zahnärztinnen und -ärzte so niedrig ist: Ihre Auslegung des Begriffs Freiberuflichkeit entspricht nicht der Auslegung der zahnärztlichen Körperschaften und des BFB. Sehr viele Studienteilnehmende setzen die Freiberuflichkeit mit der Niederlassung gleich. Niedergelassen sind die meisten von ihnen noch nicht. So fühlen sich die größtenteils in der Anstellung tätigen jungen Zahnärztinnen und -ärzte dieser Studienkohorte möglicherweise auch nicht von der Freiberuflichkeit betroffen und können sich nicht mit ihr identifizieren.

## Kapitel 2: Zahnärztliche Körperschaften und Standespolitik

### 2.1 Zahnärztliche Körperschaften

#### 2.1.1 Zahnärztekammern und Bundeszahnärztekammer

Als Angehörige Freier Berufe haben auch Zahnärztinnen und -ärzte das Recht, ihre Berufsangelegenheiten in eigenen Berufsvertretungen zu regeln. Ihre Berufsvertretungen sind die Zahnärztekammern. 17 dieser berufsständischen Selbstverwaltungen sind in Deutschland eingerichtet, eine in jedem Bundesland und in Nordrhein-Westfalen zwei.

Zahnärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die der Rechtsaufsicht, nicht aber der Fach- und Dienstaufsicht des jeweiligen Landesministeriums unterstehen und die damit nicht weisungsgebunden sind. In den Heilberufe-/Kammergesetzen<sup>2</sup> der Länder sind Rechte und Pflichten der Kammern sowie Vorgaben für die Ausübung des Berufs festgehalten. Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt ist auf Grundlage dieses Gesetzes zur Mitgliedschaft in der zuständigen Landes Zahnärztekammer verpflichtet.

Die Berufsrechte und -pflichten der Zahnärztinnen und -ärzte sind in den durch die Kammern erlassenen Berufsordnungen festgehalten, die Kammern überwachen ihre Erfüllung. Außerdem nehmen sie die beruflichen Belange ihrer zahnärztlichen Mitglieder wahr: Sie agieren als ihre Interessenvertretung gegenüber der Öffentlichkeit und dem Staat und unterstützen und beraten ihre Kammermitglieder. Unter anderem informieren die Kammern regelmäßig zu berufsbezogenen Themen, stellen den zahnärztlichen Notfalldienst sicher, fördern die berufliche Fortbildung ihrer Kammermitglieder und die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, schlichten Streitigkeiten auch mit Dritten und stellen Gutachter/-innen. Sie organisieren die berufsständische Altersversorgung ihrer Mitglieder über ihre jeweiligen Versorgungswerke sowie die Aus- und Fortbildung der berufsspezifischen Mitarbeiter/-innen (Zahnmedizinische Fachangestellte).

Der freiwillige Zusammenschluss aller 17 Kammern auf Bundesebene ist die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Berufsvertretung aller Zahnärztinnen und -ärzte in Deutschland, die als eingetragener Verein agiert. Sie vertritt den zahnärztlichen Berufsstand auf Bundesebene, in Europa und international. Die BZÄK setzt sich u. a. ein für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung. Darüber hinaus koordiniert und entwickelt

<sup>2</sup> Die Nomenklatur unterscheidet sich länderspezifisch von Kammer zu Kammer. So wird es u. a. als Heilberufe-Kammergesetz, Heilberufsgesetz oder Gesetz über die Kammern für Heilberufe bezeichnet, um nur einige Beispiele zu nennen.

sie die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, um nur einen Teil ihrer Aufgaben zu nennen.

Als Kammermitglieder dürfen alle Zahnärztinnen und -ärzte Delegierte wählen oder sich selber wählen lassen<sup>3</sup>. Die Anzahl der Delegierten unterscheidet sich von Kammer zu Kammer, sie wird in einigen Kammern im Verhältnis zur Anzahl aller Kammermitglieder bestimmt. Ihre standespolitische Arbeit erfolgt ehrenamtlich, Praxisausfallzeiten werden jedoch entschädigt.

Die Delegierten bilden die Kammerversammlung, je nach Kammer auch Vertreterversammlung oder Delegiertenversammlung genannt. Zur standespolitischen Bearbeitung spezieller thematischer Angelegenheiten werden Ausschüsse, Arbeitskreise und andere Gremien gebildet. Die Delegierten wählen aus ihren Reihen sowohl den Vorstand ihrer Kammer-/Vertreterversammlung als auch die Ausschussmitglieder. Die Amtsperioden betragen in der Regel je nach Kammer vier oder fünf Jahre.

Aus den 17 Landes Zahnärztekammern werden Delegierte in die Bundesversammlung entsandt, das oberste Beschlussorgan der Bundeszahnärztekammer. Die Anzahl der entsandten Delegierten richtet sich nach der Gesamtzahl der Zahnärztinnen und -ärzte im Kammerbereich. Die Bundesversammlung tagt einmal jährlich und legt u. a. die Leitlinien der Berufs- und Standespolitik fest. Sie wählt Präsidenten und Vizepräsidenten, deren Amtsdauer vier Jahre beträgt (BZÄK 2018). Im Jahr 2019 waren in der Bundesversammlung 21 % Frauen vertreten.

### **2.1.2 Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**

Zahnärztinnen und -ärzte, die niedergelassen oder angestellt an der vertragszahnärztlichen Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland teilnehmen, sind in Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) zusammengeschlossen. 17 KZVen gibt es in Deutschland, eine in jedem Bundesland und zwei in Nordrhein-Westfalen.

Auch die KZVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen der Rechts-, nicht jedoch der Fachaufsicht der jeweiligen Landesgesundheitsministerien. Rechtsgrundlage ist das SGB V, in dem Rechte und Pflichten der KZVen festgehalten sind. Vertragszahnärztlich tätige Zahnärztinnen und -ärzte sind nach diesem Gesetz zur Mitgliedschaft in der zuständigen KZV verpflichtet (§ 77 Abs. 3).

<sup>3</sup> Die genauen Vorgaben für die verschiedenen Kammer-/Vertreterversammlungen sind für jede Kammer in ihrem jeweiligen Heilberufe-/Kammergesetz festgehalten.

Weitere Berufspflichten der Vertragszahnärztinnen und -ärzte betreffen den Inhalt und Umfang der vertragszahnärztlichen Sicherstellung, sie sind im SGB V § 75 und den Satzungen der KZVen festgehalten. Ihre Erfüllung überwachen die KZVen, eine ihrer Aufgaben ist die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Darüber hinaus vertreten sie die Interessen und Rechte der Vertragszahnärztinnen und -ärzte gegenüber den Krankenkassen, Aufsichtsbehörden und bei Gesetzgebungsverfahren. Gemeinsam mit Vertretern der Krankenkassen bilden die KZVen Ausschüsse, in denen über die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung entschieden wird. Ihre Mitglieder beraten die KZVen beispielsweise in Abrechnungsangelegenheiten oder bei Fragen zur Wirtschaftlichkeit. Mit den Krankenkassen schließen die KZVen auf Landesebene Verträge, in denen die Bedingungen für und die Vergütung von vertragszahnärztlichen Leistungen festgelegt sind. Auch die Honorarverteilung an Vertragszahnärztinnen und -ärzte erfolgt über die KZVen.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) agiert als oberstes Beschlussgremium auf Bundesebene. Ihren gesetzlichen Auftrag dazu erhält sie in § 77 SGB V, auch die KZBV ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesgesundheitsministeriums. Die KZBV vertritt die politischen Interessen der Vertragszahnärztinnen und -ärzte gegenüber der Bundespolitik und den Krankenkassen auf Bundesebene. Mit ihnen schließt die KZBV den Bundesmantelvertrag und weitere Verträge und Abkommen auf Bundesebene. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die KZBV stimmberechtigtes Mitglied und damit beteiligt an der Gestaltung des Leistungskatalogs der GKV.

Vertragszahnärztinnen und -ärzte wählen die Mitglieder ihrer jeweiligen Selbstverwaltung in die sogenannte Vertreterversammlung und können sich wählen lassen. Die Mitgliederanzahl der Vertreterversammlungen ist in den Satzungen der KZVen festgehalten und orientiert sich in aller Regel an der Anzahl der Vertragszahnärztinnen und -ärzte der jeweiligen KZV. Aus der Vertreterversammlung werden Vorsitzende/r und Stellvertreter/-innen gewählt.

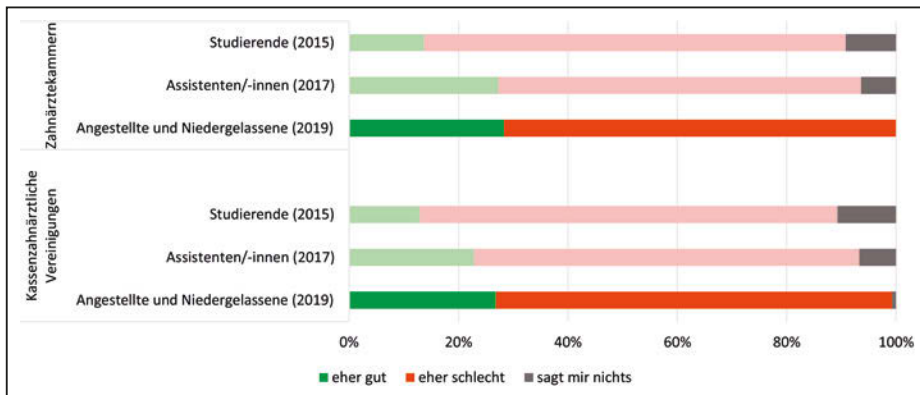
Um ihren standespolitischen Aufgaben nachzukommen, bilden die Vertreterversammlungen thematische Ausschüsse. Die Mitglieder der Vertreterversammlungen arbeiten ehrenamtlich, in aller Regel mit Ausfallentschädigung, die Vorstände sind jedoch hauptamtlich eingesetzt. Die Amtsperioden betragen in der Regel sechs Jahre.

Aus den 17 KZVen werden Delegierte entsandt in die Vertreterversammlung der KZBV, dem obersten Entscheidungsgremium der Vertragszahnärztinnen und -ärzte. Unter den Delegierten befinden sich die 34 Vorsitzenden und Stellvertreter/-innen der einzelnen KZVen. Weitere 26 Delegierte werden von den Vertreterversammlungen der KZVen in die Vertreterversammlung der KZBV gewählt. Sie tagen mindestens ein Mal, in der Regel

jedoch zwei Mal jährlich und kommen dabei ihren im SGB V zugewiesenen Aufgaben, wie Satzungsbeschlüssen, nach. Aus den Reihen der Vertreterversammlung der KZBV werden der oder die Vorsitzende des Vorstands und seine/ihre Stellvertreter/-innen für eine Amtszeit von sechs Jahren gewählt. Der Frauenanteil in den Vertreterversammlungen der KZVen liegt 2019 zwischen 7 % und 26 %. In der Vertreterversammlung der KZBV sind 7 % Frauen vertreten.

### 2.1.3 Außenwirkung der Körperschaften bei jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten

Wie werden nun diese Organe der Selbstverwaltung in den ersten Berufsjahren von jungen Zahnärztinnen und -ärzten wahrgenommen? Wie gut fühlen sie sich über ihre Selbstverwaltung und die sie vertretenden Körperschaften informiert? Nach Aussagen der Studienteilnehmenden bereits am Ende des Studiums eher schlecht. Auch in den darauffolgenden Berufsjahren fühlen sich nur wenige besser informiert (Abb. III.2.1).

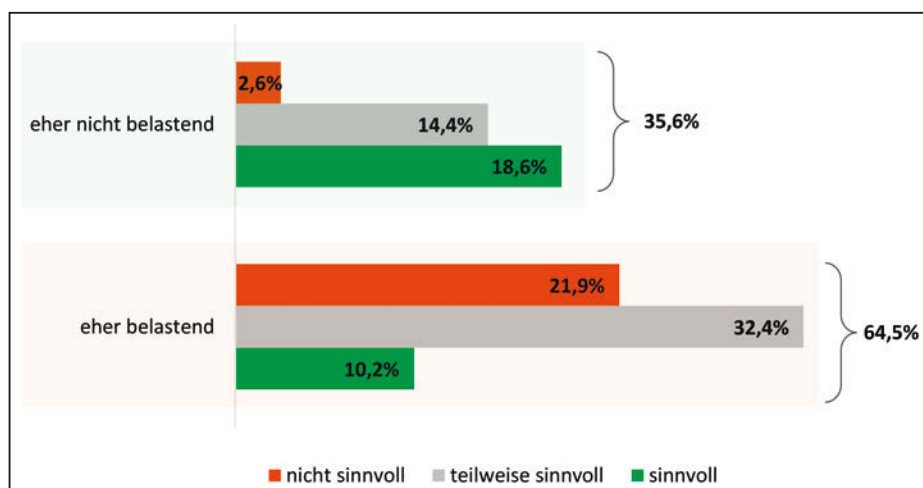


**Abbildung III.2.1:** Selbsteinschätzung Informationsgrad junger Zahnärztinnen und -ärzte zu den Körperschaften im Studium (2015), in der Assistenzzeit (2017) und der Anstellung bzw. Niederlassung (2019) – 434 Teilnehmende aller drei Befragungswellen

Dabei kommt es spätestens beim Eintritt in das Berufsleben und mit dem Beginn der Assistenzzeit zum ersten Kontakt zwischen Zahnärztinnen und -ärzten und ihren Körperschaften. Dort erfolgt die An- oder Ummeldung, sie zahlen Beiträge, werden durch die Körperschaften informiert und leisten Abgaben in ihr Versorgungswerk. Dennoch scheint ein Teil der Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte noch nie etwas von den Kammern oder KZVen gehört zu haben. Dieser Anteil wird zwar bis in die Anstellung bzw. Niederlassung geringer, doch erhöht sich bei dieser Statuspassage nicht gleichzeitig der Anteil der besser Informierten. Einige Körperschaften richteten in den vergangenen Jahren Informationsangebote speziell an junge

Zahnärztinnen und -ärzte. Das Wissen über ihre Körperschaften hat dieses Angebot in der Zielgruppe – zumindest bei den Studienteilnehmenden – nicht nachweislich erhöhen können.

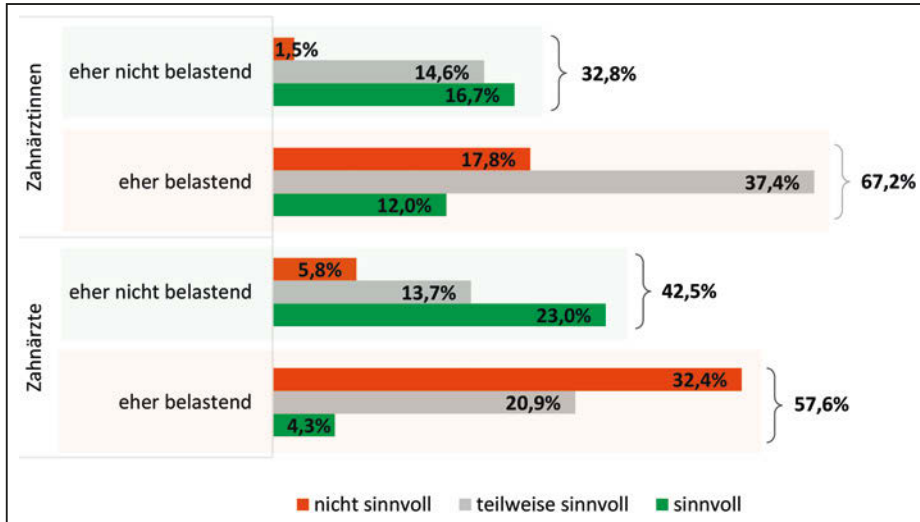
Der frühe Kontakt mit den Körperschaften, der spätestens zum Zeitpunkt des Berufseintritts stattfindet, wird dabei nicht immer positiv erlebt. Assistentenzahnärztinnen und -ärzte nehmen 2017 nahezu zu zwei Dritteln die mit der An- oder Ummeldung und Zulassung einhergehende Bürokratie als belastend wahr. Nicht einmal jede/r Dritte hält die entsprechenden Vorgänge für sinnvoll (Abb. III.2.2). Dieser Prozess ist damit einer der bürokratischen Vorgänge in den ersten Berufsjahren, der von den wenigsten jungen Zahnärztinnen und -ärzten als sinnvoll beurteilt wird.



**Abbildung III.2.2:** Empfundene Belastung und Sinnhaftigkeit der Bürokratie, die durch An-, und Ummeldung sowie Zulassung bei den Zahnärztekammern und KZVen entsteht – Antworten von 494 Assistentenzahnärztinnen und -ärzten in 2017

Mehr noch als ihre männlichen Kollegen fühlen sich junge Zahnärztinnen durch die An- und Ummeldungsprozesse belastet (Abb. III.2.3). Dagegen halten doppelt so viele Zahnärzte wie Zahnärztinnen die dabei entstehende Bürokratie für nicht sinnvoll.





**Abbildung III.2.3:** Empfundene Belastung und Sinnhaftigkeit der Bürokratie, die durch An-, und Ummeldung sowie Zulassung bei den Zahnärztekammern und KZVen entsteht – Antworten von 342 Assistentenzahnärztinnen und 139 Assistentenzahnärzten in 2017

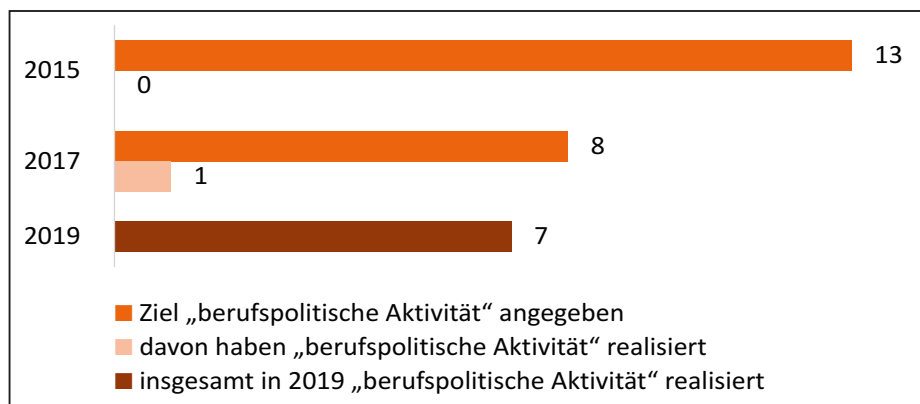
Wo genau junge Zahnärztinnen und -ärzte erste Kontakte zu ihren Kammern oder KZVen haben, ist nicht bekannt. Die bürokratischen Vorgänge, die zu Beginn der Assistenzzeit anstehen, gehören vermutlich dazu. Dass diese als überwiegend negativ perzipiert werden, prägt möglicherweise ein negatives Bild der gesamten Körperschaften – zumal auch fraglich ist, inwieweit die jungen Zahnärztinnen und -ärzte zu diesem Zeitpunkt ihrer beruflichen Laufbahn zwischen Kammern und KZVen, zwischen Orts-, Landes- und Bundesebene differenzieren. Die Notwendigkeit der Anmeldung sowie der Beitragszahlung führt anscheinend nicht zu einem gesteigerten Interesse an den Körperschaften und standespolitischen Themen. Die negative Wahrnehmung bei Erstkontakt könnte dieses Desinteresse verstärken.

## 2.2 Interesse junger Zahnärztinnen und Zahnärzte an standespolitischem Engagement

Wie auch andere politische Organisationen (s. Teil III, Exkurs, Kap. 1) haben die zahnärztlichen Körperschaften Schwierigkeiten, den Nachwuchs für ein aktives Engagement zu begeistern.

Bereits ab dem Studium wurden die Studienteilnehmenden befragt, ob berufspolitische Aktivitäten zu ihren Zielen der nächsten Jahre gehören. Von allen Teilnehmenden gaben in 2015 und 2017 jeweils nur 2,6 % an,

zeitnah standespolitisch aktiv werden zu wollen. Berufspolitisch aktiv waren in 2019 schlussendlich nur 1,6 % der Befragten. Die longitudinale Betrachtung verdeutlicht, dass sich nicht nur ein geringerer Anteil standespolitisch engagiert, als die Bekundungen der ersten Jahre vermuten ließen, sondern dass darüber hinaus diejenigen, die sich ein Engagement vorgenommen haben, zu einem großen Teil nicht diejenigen sind, die sich letztendlich engagieren (Abb. III.2.4). 6 der 7 jungen Zahnärztinnen und -ärzte, die in 2019 berufspolitisch aktiv waren, gaben in keiner vorangegangenen Befragung den Wunsch an, berufspolitisch aktiv werden zu wollen.



**Abbildung III.2.4:** Anzahl der Studienteilnehmenden, die „berufspolitische Aktivität“ als Ziel genannt (2015 oder 2017) und umgesetzt (2019) haben – Angaben von 423 Studienteilnehmenden im longitudinalen Verlauf

Nun war bereits zu einem recht frühen Zeitpunkt der Studie absehbar, dass das Interesse junger Zahnärztinnen und -ärzte, sich standespolitisch aktiv zu engagieren, gering ist. Daher wurden die Studienteilnehmenden 2019 gebeten, die Frage „Unter welchen Voraussetzungen können Sie sich vorstellen, sich standespolitisch zu engagieren?“ offen und in eigenen Worten zu beantworten. Von 573 Studienteilnehmenden äußerten sich 358 auf die Frage.

Diese stand am Ende eines langen und zeitintensiven Fragebogens. Über die Hälfte der Studienteilnehmenden beantwortete die Frage, 207 äußerten sich inhaltlich ausführlich. Diese Teilnehmenden haben sich entweder bereits eine Meinung zum Thema „standespolitisches Engagement“ gebildet oder zeigen zumindest grundsätzlich Bereitschaft, sich damit diskursiv auseinanderzusetzen.

Zunächst wurden aus der Fragestellung heraus vier Hauptkategorien zur Gliederung der offenen Antworten gebildet:

1. *Kein Engagement geplant*: Einige Teilnehmende äußern direkt oder indirekt, dass ein Engagement für sie auch dann nicht infrage kommt, wenn sich Voraussetzungen ändern. Dies trifft auf 63,9 % aller Teilnehmenden zu.

2. *Voraussetzungen abseits der Standespolitik müssten sich ändern*: Bei manchen Teilnehmenden liegen die Gründe, die sie an der aktiven Mitarbeit hindern, nicht in den Strukturen der Standespolitik selber begründet. Für ihr persönliches Engagement müssten sich Gegebenheiten außerhalb der Standespolitik, im Beruflichen oder Privaten ändern. Antworten aus dieser Kategorie gaben 18,3 % der Studienteilnehmenden<sup>4</sup>.

3. *Voraussetzungen in der Standespolitik müssten sich ändern*: Andere Teilnehmende engagieren sich nicht aktiv aufgrund bestimmter Verhältnisse, welche die Standespolitik selber mit sich bringt. Nur wenn sich diese wandeln, kommt für sie eine aktive Beteiligung infrage. 20,8 % der Befragten gaben Antworten, welche in dieser Kategorie verortet wurden.

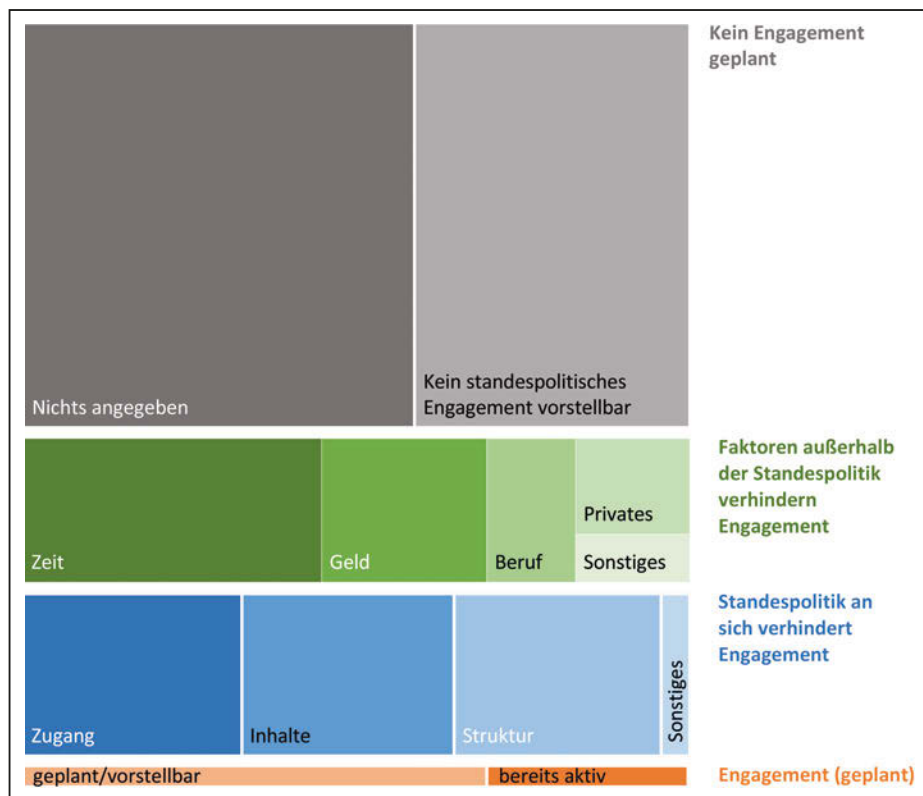
4. *Engagement geplant*: Ein geringer Teil der befragten Zahnärztinnen und -ärzte engagiert sich bereits oder hat sich sehr konkret ein Engagement vorgenommen, dies trifft auf 3,3 % der Studienteilnehmenden zu.

Die Antworten der Teilnehmenden sind dabei in der Regel einer dieser vier Hauptkategorien zuzuordnen. Nur 36 Teilnehmende gaben Begründungen an, die in zwei der Kategorien fielen.

Den Hauptkategorien zugeordnet, wurden aus den Antworten thematische Unterkategorien gebildet, aus denen noch einmal deutlicher hervorgeht, welche Voraussetzungen genau das aktive standespolitische Engagement junger Zahnärztinnen und -ärzte wahrscheinlicher machen würden (Abb. III.2.5).

---

<sup>4</sup> Aufgrund der Mehrfachantworten einiger Studienteilnehmender beträgt die Gesamtsumme aller Kategorien sowie auch der Unterkategorien >100 %.



**Abbildung III.2.5:** Voraussetzungen, die für ein standespolitisches Engagement junger Zahnärztinnen und -ärzte gegeben sein müssten

Standespolitisch „bereits aktiv“<sup>5</sup> sind 6 der Befragten, deren Antworten der Kategorie Engagement (geplant) zugeordnet sind. Nur 4 von ihnen geben auch an anderer Stelle das standespolitische Engagement als erreichtes Ziel an (s. a. Abb. III.2.4), daher ist wahrscheinlich, dass die Gesamtzahl standespolitisch aktiver Studienteilnehmender geringfügig nach oben abweicht. Dennoch darf dabei nicht aus den Augen verloren werden, dass der Anteil standespolitisch aktiver junger Zahnärztinnen und -ärzte im Studienpanel sehr gering ist. Grundsätzlich können sich jedoch weitere Studienteilnehmende ein Engagement gut vorstellen, sie „habe[n] daran großes Interesse“ oder bereits entsprechende Pläne.

Demgegenüber steht ein wesentlich größerer Anteil junger Zahnärztinnen und -ärzte, die keinerlei Interesse an standespolitischem Engagement zei-

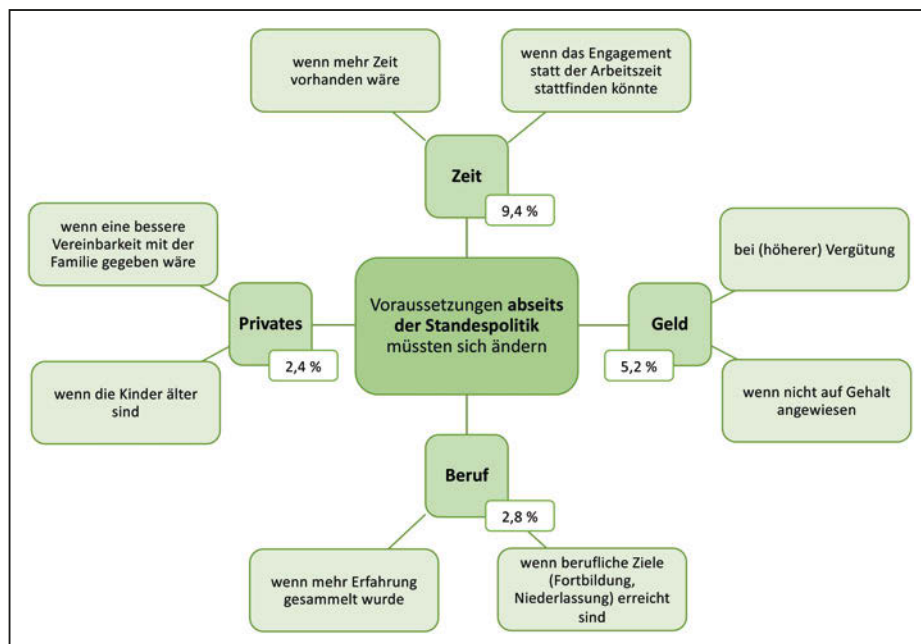
<sup>5</sup> Auch die Zitate (zur Abgrenzung vom Fließtext durch Anführungszeichen gekennzeichnet) zum standespolitischen Engagement entsprechen den wortwörtlichen Angaben von Studienteilnehmenden aus der Befragung 2019. Sie dienen der Veranschaulichung der ausgeführten Themen und wurden daher nicht verändert. Die Zitate geben die persönlichen Ansichten jeweils einzelner Befragter wieder.

gen. Mehrheitlich fallen in diese Kategorie Studienteilnehmende, die sich auf die Frage nach den Voraussetzungen nicht geäußert haben (37,5 %). Bei ihnen gehen wir zunächst davon aus, dass ihr Interesse an Standespolitik nicht groß genug ist, sich im Fragebogen mit Vorschlägen einzubringen. Vermutlich wird dies auch auf ein aktives standespolitisches Engagement zutreffen. Weitere 26,4 % können sich ein persönliches Engagement „gar nicht“ vorstellen oder äußern sich indifferent, haben „keine Meinung diesbezüglich“. In einer regionalen Befragung in Baden-Württemberg hatte die Hälfte der Befragten angegeben, dass sie sich ein standespolitisches Engagement nicht vorstellen könnten (KZV BW 2019, S. 37). Eine Umfrage unter Hamburger Angestellten ergab ein noch weitaus geringeres Interesse, standespolitisch aktiv zu werden (Seltmann 2013). Wenn auch sowohl die Fragestellungen als auch die Art der Auswertungen voneinander abweichen, sollte dennoch davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte oder mehr junge Zahnärztinnen und -ärzte kaum für eine Mitarbeit gewonnen werden können.

Diese beiden gegensätzlichen Gruppen werden im Folgenden nicht weiter betrachtet – bei den einen können wir davon ausgehen, dass sie ihren Weg in die Standespolitik finden oder gefunden haben, die anderen werden vermutlich kein Engagement in Betracht ziehen. Darüber hinaus liefern ihre Antworten keine Anhaltspunkte, unter welchen Umständen sie erwägen würden, sich standespolitisch einzubringen.

Hinweise darauf erhalten wir dagegen aus den Antworten, welche den beiden verbleibenden Kategorien zugeordnet sind. Denn die Teilnehmenden, die sich nicht bereits engagieren oder grundsätzlich kein Interesse an standespolitischem Engagement zeigen, geben eine Reihe von Gründen an, die sie persönlich von diesem Engagement abhalten. In ihren Antworten finden sich damit auch direkte oder indirekte Verbesserungsvorschläge, wie ein Engagement möglich gemacht werden kann. Diesen Gruppen wollen wir uns im Folgenden eingehender widmen.

Betrachten wir zunächst die Gründe, die ihren Ursprung abseits der Standespolitik haben. In den von Befragten vorgebrachten Antworten finden sich vier wiederkehrende Bereiche: Zeit, Geld, der Beruf sowie Privates (Abb. III.2.6).



**Abbildung III.2.6:** Welche Voraussetzungen abseits der Standespolitik müssten sich ändern, damit die Studienteilnehmenden sich standespolitisch engagieren?

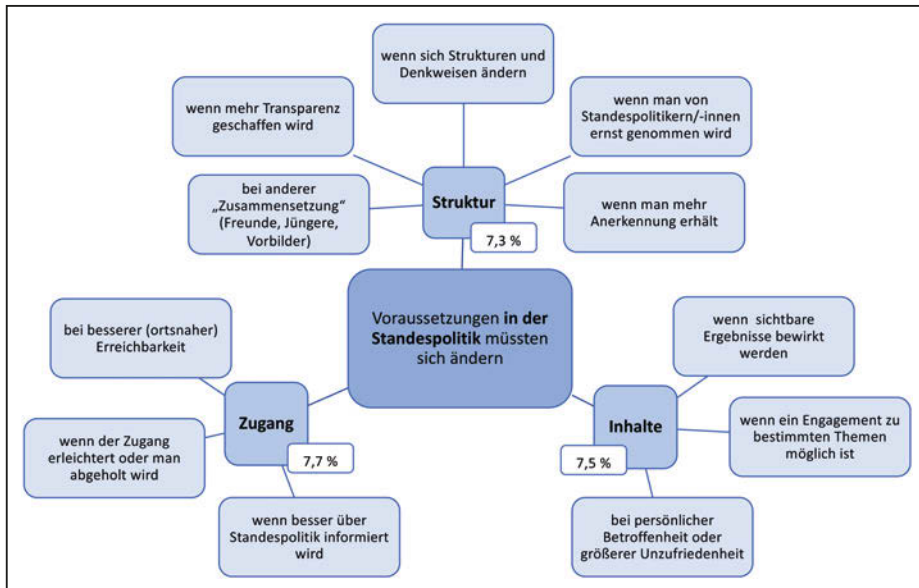
Das am häufigsten vorgetragene Argument betrifft die *Zeit*, die für ein standespolitisches Engagement aufgewendet werden müsste. Einige Teilnehmende geben an, sich ein Engagement nur dann vorstellen zu können, wenn allgemein mehr Zeit vorhanden wäre: „Falls ich mal mehr Zeit haben sollte, aber wer hat die schon“. Das Argument des Zeitmangels klingt in den vorgebrachten Antworten der gesamten Kategorie wiederholt an, denn die Standespolitik konkurriert diesbezüglich mit anderen Lebensbereichen und -zielen. So schlagen andere Studienteilnehmende vor, dass das Engagement statt der Arbeitszeit stattfinden könne, „damit die Arbeitszeit in der Woche insgesamt nicht mehr wird“. Für sie fällt ein standespolitisches Engagement in den Bereich des Beruflichen, nicht des Privaten – und auch wenn sie grundsätzlich zur aktiven Mitarbeit bereit waren, möchten sie für ihr Engagement nicht mehr Zeit aus dem privaten Lebensbereich opfern.

Ähnlich verhält es sich mit der Notwendigkeit, durch eine bezahlte Tätigkeit *Geld* zu verdienen. Ist dies in ausreichendem Maß gegeben, wäre ein Teil bereit, sich entsprechend zu engagieren: „Wenn es die [...] finanzielle Situation hergibt“ und man „genug Geld in der restlichen Behandlungszeit verdienen“ würde. Häufiger noch werden eine „angemessene“ oder „bessere Vergütung“ vorgeschlagen bzw. auch die Vergütung der standespolitischen Tätigkeit allgemein.

Nicht nur der finanzielle Aspekt der *beruflichen Tätigkeit* steht in Konkurrenz zum standespolitischen Engagement. Einige junge Zahnärztinnen und -ärzte möchten zunächst andere berufliche Ziele erreichen, beispielsweise ein Masterstudium oder die Weiterbildung. Andere konzentrieren sich auf die eigene Praxisgründung und wollen erst über ein Engagement nachdenken, „sobald ich in meiner eigenen Praxis angekommen bin und den Kopf für anderes frei habe“. Und ein weiterer Teil kann sich ein standespolitisches Engagement nicht vorstellen, ohne vorher „mehr Berufserfahrung“ gesammelt zu haben.

Ein weiterer Lebensbereich, mit dem die Standespolitik konkurriert, ist das *Familien- und Privatleben*. Ein Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte kann sich durchaus vorstellen, standespolitisch aktiv zu werden, wenn die Vereinbarkeit mit dem Privatleben gegeben wäre: „Wenn ich keine Familie/Kinder hätte, die mich brauchen“. Andere geben an, zugunsten der Familie mit dem Engagement noch einige Jahre warten zu wollen, bis „die Familienplanung abgeschlossen ist und die Kinder aus dem Größten raus sind“. Neben der Familie werden auch andere aus dem privaten Umfeld konkurrierende Vorhaben genannt, wie der Hausbau oder Freizeitaktivitäten.

Häufiger noch liegt jedoch die Ursache für mangelndes Interesse am standespolitischen Engagement in der Standespolitik selber begründet. Voraussetzungen, die sich aus Sicht junger Zahnärztinnen und -ärzte ändern müssten, betreffen die drei Bereiche der Strukturen, der Inhalte und des Zugangs (Abb. III.2.7).



**Abbildung III.2.7:** Welche Voraussetzungen in der Standespolitik müssten sich ändern, damit die Studienteilnehmenden sich standespolitisch engagieren?

Zunächst sind es bestehende *Strukturen*, die jungen Zahnärztinnen und -ärzten missfallen. Ein Teil der Befragten kann sich vorstellen, bei einer veränderten Zusammensetzung der Standespolitiker/-innen auch selbst aktiv zu werden. Man wünscht sich persönliche Kontakte und freundschaftliche Verhältnisse. „Gemeinsam mit Freunden“ und wenn „ein gutes Verhältnis zu den entsprechenden Kollegen besteht“, ist für sie ein Engagement denkbar (s. a. Teil III, Exkurs, Kap. 1). Auch das Alter der aktiven Mitglieder spielt für junge Zahnärztinnen und -ärzte eine Rolle, „wenn die alte Generation abgelöst ist“ und auch „mehr Jüngere in den Gremien“ sind, ließen sich einige Befragte zur Mitarbeit motivieren. Zum Teil würden Vorbilder überzeugen, beispielsweise „mehr Frauen in Führungspositionen“. Neben der Zusammensetzung wird die „Transparenz“ bestehender standespolitischer Strukturen bemängelt, einige Studienteilnehmende fordern eine „Reformation des [sic] Systems, welche alles transparenter macht“ und die „Erneuerung alter verstaubter Strukturen“. Sie kritisieren Denkweisen der Standespolitiker/-innen, appellieren an diese, „mehr echtes Engagement und Qualität“ in ihrer Arbeit zu zeigen und wünschen sich ein „generelles Umdenken der verfahrenen und alten Führung“. Die jungen Zahnärztinnen und -ärzte wollen „das Gefühl, auf Augenhöhe zu kommunizieren“. Doch als Jüngere/r, als Frau, als Angestellte/r fühlen sie sich zum Teil nicht „ernstgenommen [...] von den ‚alten weißen Herren‘“. Nicht nur dort, auch von „Politik und Gesellschaft“ würden sich die Befragten mehr „Anerkennung der Arbeit“ wünschen.

Neben der Struktur halten auch *Inhalte* die jungen Zahnärztinnen und -ärzte vom standespolitischen Engagement ab. Ein Teil der Befragten würde gerne die Gewissheit haben, durch ihr Engagement etwas bewirken zu können: „Engagement muss sich auszahlen und zu sichtbaren Ergebnissen führen!“, „nicht nur [zu] Gesprächen und Diskussionen“. Mit teilweise schon sehr konkreten thematischen Vorschlägen verlangen sie, „dass es zu etwas führt, z. B. neue GOZ, neue BEMA-Positionen, bessere Versorgung für Kassen- und Privatpatienten“. Grundsätzlich können sich einige Befragte vorstellen, sich vor allem zu bestimmten Inhalten, „bei interessanten Themen“, zu engagieren, beispielsweise „wenn es um die Eindämmung der großen MVZ ginge“, um „weniger Bürokratie, weiblichere Arbeitsbedingungen“ oder „mehr (Ernährungs-)Prävention, die auch honoriert wird“. Bei einigen Teilnehmenden setzt ein Engagement die persönliche Betroffenheit durch ausgewählte Themen voraus, „wenn ich konkret das Gefühl habe, etwas [...] ändern/einbringen zu müssen“. Andere junge Zahnärztinnen und -ärzte dagegen scheinen momentan zufrieden zu sein, sie würden sich erst bei „größere[r] politische[r] Unzufriedenheit“, „unter Verschlechterung der Arbeitsbedingungen“ standespolitisch engagieren.

Doch auch der *Zugang* zur Standespolitik scheint für einige junge Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht leicht zu finden zu sein. Aus diesem Grund wird ein Engagement entweder nicht in Erwägung gezogen oder scheitert teilweise bereits im Ansatz. Eine häufig genannte Voraussetzung für die aktive

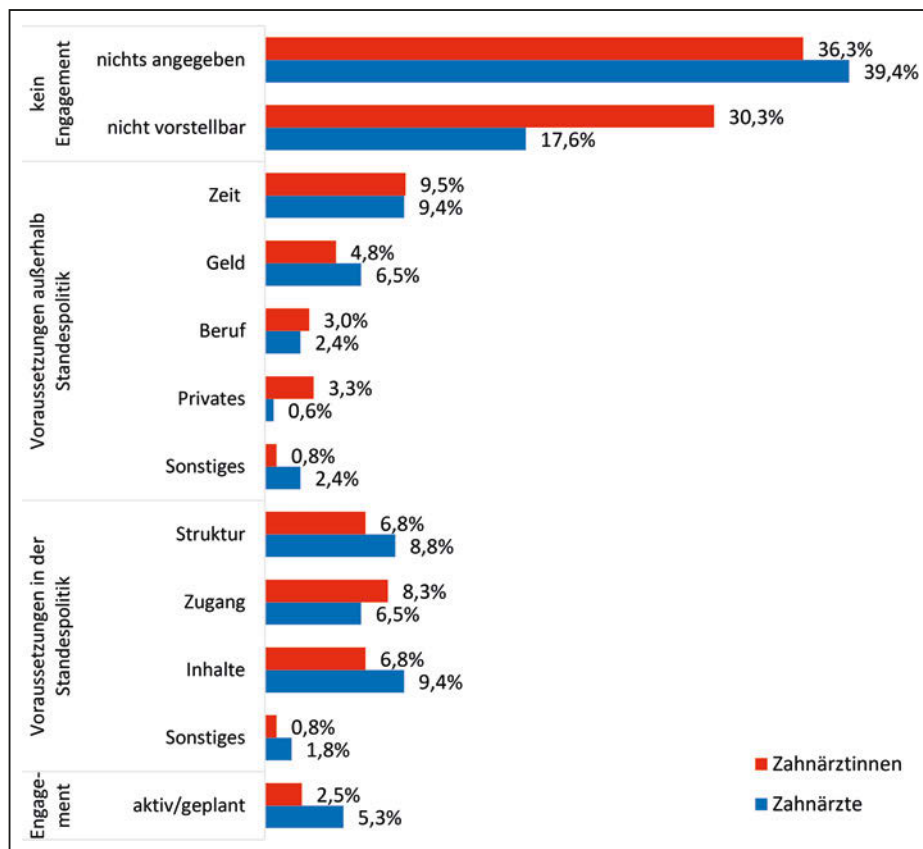


Mitarbeit ist ein besserer Informationsstand zur Standespolitik. Die Befragten möchten „erstmal durchblicken“, wünschen sich „bessere Information über die genaue Tätigkeit“ sowie eine „Veranschaulichung, um was es geht und welche Folgen entsprechende Entscheidungen haben“. Vorgeschlagen werden beispielsweise die „Einführung durch junge Kollegen“ oder Mentoren. Einige junge Zahnärztinnen und -ärzte wünschen sich, abgeholt zu werden, fänden es „schön, wenn die Kammern mehr auf einen zu [sic] gehen würden“. Sie können sich ein standespolitisches Engagement durchaus vorstellen, „wenn die mich mal ansprechen würden“. Andere suchen den Zugang aktiv, jedoch nicht unbedingt erfolgreich: „Habe mich mal grob informieren wollen, wie dies möglich ist. Ist gar nicht so einfach“. Dies liegt zum Teil an der regionalen Erreichbarkeit; einige Befragte vermissen „ortsnahe Versammlungen“.

Das Verhältnis von standespolitisch aktiven Zahnärztinnen zu Zahnärzten entspricht – vor allem in höheren politischen Ämtern – nicht dem Verhältnis zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen zu Zahnärzten, denn Frauen sind unterrepräsentiert. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob junge Zahnärztinnen andere Voraussetzungen für ein standespolitisches Engagement präferieren als ihre männlichen Kollegen. Dies scheint auf den ersten Blick nicht der Fall zu sein, signifikante quantitative Unterschiede in der Häufigkeit der genannten Kategorien ergeben sich nicht (Abb. III.2.8). Mit einer Ausnahme: Nahezu doppelt so viele Zahnärztinnen äußern ausformuliert, dass sie kein Interesse an einem standespolitischen Engagement haben.

Auf der qualitativen Ebene der Antworten dagegen können zum Teil feine Unterschiede im Antwortverhalten ausgemacht werden. Abseits der Standespolitik konkurriert eine aktive Mitarbeit sowohl bei Zahnärzten als auch bei Zahnärztinnen vor allem zeitlich mit anderen Interessen. Doch sind es verschiedene Bereiche – die befragten Männer befinden sich in einer Lebensphase, die u. a. genutzt wird, um Karriereziele zu verfolgen. Einige befinden sich in der Existenzgründung oder in zeitintensiven Weiterbildungen und geben an, dass ihnen aufgrund dessen die Zeit für Standespolitik fehlen würde. Auch die Zahnärztinnen verfolgen Karriereziele, doch scheint in dieser Lebensphase eher noch als bei Männern die Familiengründung viel Raum in ihrem Leben einzunehmen (s. a. Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.3). Aus den gegebenen Antworten wird deutlich, dass einige Zahnärztinnen mehr noch als ihre Kollegen ihre Zeit mit der Familie nicht zugunsten der Standespolitik opfern möchten.

In der Standespolitik werden in Bezug auf den Zugang ähnliche Schwierigkeiten von Zahnärztinnen und -ärzten geäußert. Doch befürchten Zahnärztinnen mehr noch als Zahnärzte, in den Organisationen nicht ernst genommen zu werden. Sie wünschen sich Inhalte, die gezielt Angestellte oder Frauen betreffen. Beide Gruppen könnten aus Sicht einiger Zahnärztinnen besser in die Standespolitik eingebunden werden. Ihre Vorschläge zielen auf die Zusammensetzung der Mitglieder; aus den Antworten wird der



**Abbildung III.2.8:** Voraussetzungen, die für ein standespolitisches Engagement gegeben sein müssten – Antworten von Zahnärztinnen (n = 400) und Zahnärzten (n = 170) im Vergleich

Wunsch nach Diversität in den Organisationen bei gleichzeitigem harmonischen Umgang miteinander deutlich. Zahnärzte dagegen kritisieren mehr noch als die Zusammensetzung vor allem apodiktische Denkweisen bereits aktiver Mitglieder. Auch hadern sie mehr als ihre Kolleginnen mit festgefahrenen Strukturen in der Standespolitik.

Auch wenn sich somit sowohl für junge Zahnärztinnen als auch für junge Zahnärzte grundsätzlich ähnliche Voraussetzungen ändern müssten, damit sie ein standespolitisches Engagement in Erwägung ziehen, könnten eben diese Nuancen im Antwortverhalten die Basis für eine passgenauere Ansprache bieten.

Doch bevor im letzten Kapitel mögliche Ansatzpunkte erörtert werden, wie die Standespolitik für junge Zahnärztinnen und -ärzte attraktiver gestaltet werden kann, werden im folgenden Absatz die Emotionen betrachtet, wel-

che die Frage nach dem standespolitischen Engagement in den Studienteilnehmenden hervorrufen. Denn neben der inhaltlich-sachlichen Ebene der Freitextantworten zeugt das Antwortverhalten der Befragten auch von einer intensiven Gefühlsgeladenheit, mit welcher der Thematik Standespolitik begegnet wird.

Bereits die Antworten der Teilnehmenden, die sich kein standespolitisches Engagement vorstellen können, sind zum Teil emotional aufgeladen. Neben vielen neutralen Antworten reagieren einige Studienteilnehmende despektierlich, würden sich nur engagieren, „wenn Schweine fliegen lernen“. Doch auch junge Zahnärztinnen und -ärzte, die standespolitische Aktivität nicht von vorneherein ausschließen, äußern sich zum Teil provokant in Richtung aktiver Kolleginnen und Kollegen. So würden Befragte die Mitarbeit nur in Betracht ziehen „wenn weniger Damen und Herren, die sich selbst am liebsten reden hören, sich dort engagieren würden“. Vorwurfsvoll fordern die Studienteilnehmenden „mehr echtes Engagement“ von den sie vertretenden Standespolitikerinnen und -politikern. Nicht nur gegen Personen werden Vorwürfe erhoben, vor allem auch die aus Sicht der Befragten intransparenten Strukturen werden angeklagt, man fühlt sich „Zwänge[n] der Kammern“ unterworfen.

Zum Teil erklärt sich die Verärgerung der jungen Zahnärztinnen und -ärzte aus ihrer Frustration heraus. Diese gilt in seltenen Fällen dem gesamten Gesundheitssystem, in dem sich Befragte durchaus engagieren würden, „wenn Politik und Kassen nicht so scheiße wären ...“. Häufiger jedoch sind es die Standespolitik und ihre Vertreter/-innen selber, von denen sich die Befragten im Stich gelassen und nicht angemessen vertreten fühlen. Sie wünschen sich, dass „offenbar bestehende Differenzen zwischen den Zahnärztegenerationen zunächst untereinander ausgesprochen werden (z. B. neue Berufsmodelle, MVZ usw.), bevor die ältere Zahnarztgeneration ihre Meinung durchsetzt“. Zwar sind sie inhaltlich motiviert, sich zu engagieren, doch gleichzeitig durch die vorliegenden Bedingungen in der Standespolitik desillusioniert. Denn sie wünschen sich, „wirklich etwas bewegen zu können“ und „das Gefühl, dass Engagement auch zu Ergebnissen führt (nicht nur zu Gesprächen und Diskussionen)“. Die jungen Zahnärztinnen und -ärzte vermissen im Praxisalltag sichtbare Ergebnisse. So reagieren sie skeptisch, ob ein standespolitischer Einsatz beispielsweise „helfen würde, dass für die Patientengesundheit wirklich das Beste gegeben wird“. Die Enttäuschung schlägt bei einigen Studienteilnehmenden um in Resignation sowie Desinteresse. Sie wollen sich nicht engagieren, da „man das Gefühl [hat], es wird sowieso alles irgendwie von oben entschieden“, daher bilden sich einige erst gar „keine Meinung diesbezüglich“. Andere junge Zahnärztinnen und -ärzte sehen sich zwar nicht vertreten, fühlen sich jedoch auch nicht betroffen. Denn „da es mich als Angestellte noch nicht so betrifft, ist meine Motivation [zur aktiven Mitarbeit] gering“.

Auch eine gewisse Hilflosigkeit, vor allem in Bezug auf den Zugang zur Standespolitik und deren Inhalte kommt bei einigen Befragten zum Ausdruck: „Wenn ich mehr Ahnung davon hätte“. Einige wirken darüber hinaus belastet durch die an sie herangetragenen Anforderungen. Aus ihrer Sicht müsste „eigentlich [...] jede gut laufende Praxis bzw. jeder Zahnarzt, der was auf dem Kasten hat, berufspolitisch aktiv sein – dann würde es dem gesamten Berufsstand besser gehen – aber das schafft leider niemand“. Während manche Antworten der jungen Zahnärztinnen und -ärzte eher eine Überforderung zum Ausdruck bringen, äußern sich andere fordernd-offensiv. Denn „wenn die mich mal ansprechen würden“, wären sie ja auch bereit, sich zu engagieren.

Andere Studienteilnehmende wiederum zeigen sich sehr engagiert, möchten „unter jeden“ Umständen aktiv werden – „das würde ich gerne machen“. Auch weniger entschlossene Befragte äußern sich konstruktiv und voller Tatendrang, möchten „Treffen organisieren für junge Zahnärzte, Netzwerk aufbauen“.

Das Thema Standespolitik und standespolitisches Engagement polarisiert. Zwar gehen diesbezüglich auch die Meinungen junger Zahnärztinnen und -ärzte auseinander, mehr noch scheinen jedoch Differenzen zwischen aktiven standespolitischen Vertretern und in dem Fall jüngeren Mitgliedern der Zahnärzteschaft vorzuliegen. Denn von einem allgemeinen Desinteresse kann nicht die Rede sein, das Thema Standespolitik wühlt auf und führt zu emotionsgeladenen Äußerungen. Es ist den jungen Zahnärztinnen und -ärzten nicht egal, was im Berufsstand entschieden wird, viele von ihnen möchten etwas bewirken und auch die Arbeitsbedingungen für den Berufsstand verbessern. Dieser Tatendrang kann unterstützt werden, denn andernfalls riskiert man, dass der Aktivismus und auch die Ideen, die junge Zahnärztinnen und -ärzte einbringen wollen, verfliegen, wenn sie auf die „alten verstaubten Strukturen“ treffen.

### **Kapitel 3: Der Stellenwert von Freiberuflichkeit und Standespolitik – Zusammenfassung und Schlussfolgerung**

Freiberuflichkeit hat für die meisten jungen Zahnärztinnen und -ärzte in ihren ersten Berufsjahren einen geringen Stellenwert. Auch wenn alle Zahnärztinnen und -ärzte Freiberufler sind, fühlen sich laut einer Hamburger Befragung nur 34 % der Angestellten als solche (Seltmann 2013). Ein möglicher Grund findet sich im Verständnis von Freiberuflichkeit bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten: Denn oftmals wird die Freiberuflichkeit mit der Niederlassung gleichgesetzt. Nur wenige Studienteilnehmende beziehen Vor- und Nachteile der Freiberuflichkeit auf den gesamten zahnärztlichen Berufsstand. Damit weicht die Auslegung der Freiberuflichkeit vieler junger Zahnärztinnen und -ärzte von der Auslegung der Freiberuflichkeit ihrer Körperschaften ab.

Solange eine Diskrepanz im Verständnis von Freiberuflichkeit vorliegt, ist es unwahrscheinlich, dass sich vor allem angestellte junge Zahnärztinnen und -ärzte mit diesem Thema von ihren Körperschaften angesprochen fühlen. Eine mögliche Maßnahme könnte daher darauf abzielen, den Begriff Freiberuflichkeit nicht ohne weitere Ausführungen einzusetzen. Eine wiederholte Klarstellung des Verständnisses von Freiberuflichkeit der zahnärztlichen Körperschaften führt gegebenenfalls auf lange Sicht dazu, dass dieser Begriff in der gesamten Zahnärzteschaft einheitlich interpretiert wird. Bis dahin wäre es vermutlich zielführend, diesen augenscheinlich zu abstrakten Begriff zu vermeiden. Die Dimensionen der Freiberuflichkeit – Berufsethos, Persönlichkeit der Leistungserbringung usw. – könnten klar benannt werden, vor allem in Situationen, in denen auf entsprechende Teilaspekte der Freiberuflichkeit eingegangen wird. Es ist denkbar, dass sich dadurch auch (angestellt tätige) junge Zahnärztinnen und -ärzte von ihren Körperschaften besser eingebunden fühlen.

Über ihre Körperschaften – die Kammern und KZVen – fühlt sich ein Großteil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte in ihren ersten Berufsjahren schlecht informiert. Kontakte, die sich vermutlich vor allem bei An- und Ummeldevorgängen ergeben, werden als eher belastend und gleichzeitig wenig sinnvoll wahrgenommen. Um das Image der Körperschaften bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten zu verbessern, könnten zunächst positiv geprägte Kontakte befördert werden. Möglicherweise lassen sich gleichzeitig die bürokratisch geprägten Berührungspunkte reduzieren. Einen Weg, um neben dem Image auch die Kenntnisse junger Zahnärztinnen und -ärzten zu ihren Körperschaften zu verbessern, könnten gezielte Informationsangebote darstellen. Möglicherweise stärkt alleine ein besseres Wissen darüber, warum es die Körperschaften gibt und welche Aufgaben sie übernehmen, die positive Wahrnehmung. Informationsformate, die aktiv durch junge Zahnärztinnen und -ärzte in Person oder durch Recherche aufgesucht werden müssen, verfehlen dabei vermutlich ihre Wirkung bei

der Zielgruppe. Denkbar ist eine konstante niedrighschwellige Informationsvermittlung, die in Veranstaltungen oder Formaten geankert ist, welche nicht ausschließlich dieses Thema bedienen.

Das Interesse der Befragten, sich in ihren Körperschaften aktiv zu engagieren, ist gering. Etwa zwei Drittel der Studienteilnehmenden schließen standespolitisches Engagement völlig aus. Nur die wenigsten zeigen am Übergang vom Studium ins Berufsleben Bereitschaft, standespolitisch aktiv zu werden. Noch weniger junge Zahnärztinnen und -ärzte sind nach einigen Jahren im Beruf auch aktiv geworden. Andere wiederum halten einerseits Umstände außerhalb der Standespolitik oder aber die Gegebenheiten innerhalb der Standespolitik von einem Engagement ab.

Denn die Bereitschaft, für standespolitisches Engagement auf anderes zu verzichten, sei es Zeit für die Familie oder für die zahnärztliche Tätigkeit (bei der eine Einschränkung gleichzeitig mit einem Verzicht auf Einkommen einhergehen würde), ist oftmals nicht vorhanden. Auch in einer regionalen Umfrage in Brandenburg nennen über 70 % der befragten Zahnärztinnen und -ärzte zeitliche Belastung als das größte Problem standespolitischen Engagements. Mehrheitlich würden auch sie ihre freie Zeit eher mit der Familie oder bei anderen Freizeitaktivitäten verbringen (Ermler und Gampe 2019). So ziehen vor allem Frauen eher bei Kinderlosigkeit oder mit höherem Alter ein standespolitisches Engagement in Betracht (Buchmann 2010). Diese Konkurrenz zwischen verschiedenen Interessen und Lebensbereichen ist nicht ausschließlich beim ehrenamtlichen Engagement zu beobachten, sie findet sich beispielsweise auch in Bezug auf die Niederlassung (s. Teil II, Kap. 1, Abschn. 1.4.3). Gerade in der Lebensphase der ersten Berufsjahre haben für junge Zahnärztinnen und -ärzte oftmals andere Interessen Priorität.

Der Zugang zur Standespolitik stellt für einige Befragte eine Hürde für das eigene Engagement dar. Zum einen fürchten sie, nicht ausreichend Kenntnisse mitzubringen, zum anderen beschreiben sie Barrieren bei der Kontaktaufnahme. Darüber hinaus halten die standespolitischen Strukturen von der aktiven Beteiligung ab. Junge Zahnärztinnen und -ärzte fühlen sich von der Standespolitik zum Teil nicht ernst genommen und bemängeln bestehende Denkweisen sowie fehlende Transparenz. Vorziehen würden sie ein Engagement mit Jüngeren oder Freunden. Auch in anderen Befragungen findet sich der Wunsch nach dem „Aufbrechen eingefahrener Strukturen“, mehr „Transparenz“ und mehr aktiven Jüngeren (Seltmann 2013). Auch inhaltlich fühlen sich junge Zahnärztinnen und -ärzte nur bedingt durch in der Standespolitik diskutierte Themen vertreten. Dabei könnten sie sich durchaus ein Engagement zu den Themen vorstellen, die sie in ihrer derzeitigen Situation bewegen.

Die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung legten in Bezug auf junge Zahnärztinnen und -ärzte Ziele fest. Die

Erreichbarkeit eines dieser Ziele (3. Ziel) wird im folgenden Abschnitt unter Einbezug der Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel diskutiert.

*3. Ziel: Der zahnärztliche Nachwuchs soll für die Standespolitik gewonnen werden.*

Dieses Vorhaben bringt große Herausforderungen mit sich. Denn zurzeit versuchen Organisationen, über die junge Zahnärztinnen und -ärzte wenig wissen, die sie im Kontakt nicht nur positiv erleben und mit denen sie sich nicht oder nur teilweise identifizieren, ihre jüngeren Mitglieder für ein aktives Engagement zu gewinnen unter Verweis auf ein Ideal, welches die jungen Zahnärztinnen und -ärzte mehrheitlich anders definieren als diese Organisationen.

Doch wie könnte die Standespolitik so gestaltet werden, dass ein Engagement auch für junge Zahnärztinnen und -ärzte an Attraktivität gewinnt?

Eine mögliche Strategie ist die Verbesserung ihrer Kenntnisse zur Standespolitik – wozu dient sie, was sind ihre Aufgaben, wie und unter welchen Bedingungen kann man sich aktiv einbringen? Denn diese Kenntnisse können nicht vorausgesetzt werden, die Erwähnung alleine in den Berufskundevorlesungen während des Studiums scheint nicht ausreichend zu sein, wie die vorliegenden Ergebnisse vermuten lassen. Dabei ist eine besonders frühe Ansprache gar nicht unbedingt zielführend, wie die longitudinalen Daten dieser Studie verdeutlichen. Bei der Ansprache junger Zahnärztinnen und -ärzte hilft es darüber hinaus, sich bewusst zu machen, dass diese sich mehrheitlich gar nicht engagieren möchten – Rückschläge sollten daher einkalkuliert werden.

Grundsätzlich böte es sich an, über Inhalte zu berichten, von denen die Zielgruppe sich direkt betroffen fühlt – und das auch als Angestellte, zu denen ein großer Teil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte gehört. Vertreten fühlen sich eben diese nicht von ihren oftmals niedergelassenen standespolitisch aktiven Kolleginnen und Kollegen. Auch jungen Angestellten mit ihren Ideen und Ansichten das Gefühl zu geben, willkommen zu sein und etwas bewegen zu können, könnte ein aussichtsreicher Weg sein, interessierte junge Zahnärztinnen und -ärzte einzubinden. Doch machen die Inhalte nur einen geringen Teil der Hemmschwellen zum aktiven standespolitischen Engagement aus.

Aus den Äußerungen der befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzte geht hervor, dass sie eher nicht parallel zur Existenz- oder Familiengründung in die Standespolitik einsteigen wollen. Auch wenn sich unter den standespolitisch Aktiven Zahnärztinnen und -ärzte finden, die Familiengründung, Niederlassung und berufspolitische Aktivität zeitgleich bewältigt haben, machen die Aussagen junger Zahnärztinnen und -ärzte deutlich, dass dies

mehrheitlich nicht ihr favorisierter Weg ist. Daher ist die Ansprache in weniger turbulenten Lebensphasen vermutlich erfolgversprechender. Auch dann wird eine Priorisierung der Lebensbereiche und Interessen erfolgen, ein Abwägen, was nun persönlich attraktiver erscheint. Denn auch die als gering empfundene Attraktivität der Teilnahme ist es, die viele Jüngere vom Engagement abhält. Strukturen müssten sich ändern, damit die Standespolitik mit anderen Lebensbereichen „mithalten“ kann – andernfalls scheint ein langfristiges Engagement junger Zahnärztinnen und -ärzte unwahrscheinlich.

So wäre es beispielsweise denkbar, Sitzungszeiten familienfreundlicher zu gestalten oder auch Kinderbetreuungsangebote zu organisieren. Eventuell ließe sich eine aktive Mitgestaltung für junge Zahnärztinnen und -ärzte ausschließlich in sie thematisch interessierenden Arbeitsgruppen ermöglichen. Dadurch könnte gleichzeitig der von ihnen für die Standespolitik eingesetzte Zeitaufwand reduziert werden. Viele von ihnen interessieren sich weniger für den Diskurs, sondern wünschen sich mehr Realisation. Daher sind vermutlich vor allem Themen interessant, die auf der entsprechenden Arbeitsebene umgesetzt werden können und konkrete Probleme in ihrem Arbeitsumfeld betreffen.

Mit der gezielten Ansprache junger Zahnärztinnen und -ärzte und Flexibilität bei der Berücksichtigung ihrer Wünsche könnte so auf Dauer ihr Anteil in den standespolitischen Vertretungen erhöht werden.

Ähnliche Schwierigkeiten bei der Ansprache junger Menschen ergeben sich auch für andere Formen der politischen Organisation und des Ehrenamts. Dr. Jasmin Siri erläutert diese im nachfolgenden Kapitel ausführlich, wodurch sie die Einordnung der Ansichten junger Zahnärztinnen und -ärzte zur Standespolitik in den gesamtgesellschaftlichen Kontext ermöglicht.



## Exkurs: Politisches Engagement in der Gesellschaft und die Generation junger Zahnärztinnen und Zahnärzte

### Jasmin Siri

Das politische Engagement der Jüngeren in einer Gesellschaft war zu allen Zeiten Thema zahlreicher medialer und politischer Diskussionen. Politisches Engagement wird in der Demokratie als Grundlage für deren Funktionieren und deren Legitimität betrachtet. Dementsprechend beunruhigt verfolgen alle Organisationen, die auf ehrenamtliches Engagement angewiesen sind, wie es die Jungen denn mit dem Ehrenamt halten. Viele junge Menschen sind ehrenamtlich engagiert, wie aktuelle Studien zeigen (vgl. Simonson et al. 2016; Knopke et al. 2017; Deutsche Shell 2019). Doch im Laufe der Jahrzehnte verändern sich die Ansprüche an das Ehrenamt und auch die Organisationsform des Ehrenamtes ist Veränderungen unterworfen. Wollen wir also die Frage klären, weshalb standespolitisches Engagement gegebenenfalls zurückgeht, müssen wir uns damit beschäftigen, wie junge Leute heute ein sinnvolles und sinnpendendes Ehrenamt definieren.

Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte leben – wie alle anderen jungen Menschen – nicht in einem durch Studium und Beruf geformten Kokon, sondern sind durch Erlebnisse und Erfahrungen ihrer Generation geprägt. Historische und politische Entwicklungen, Familie, Schule, Freizeitverhalten, Freundeskreis sowie mediale Erfahrungen wie Lektüre, TV- und Social-Media-Konsum nehmen Einfluss auf das Selbst- und Fremdkonzept junger Menschen. Die Art und Weise, wie junge Menschen heute aufwachsen, welche Ziele und Haltungen ihnen als erstrebenswert erscheinen und welche Vorbilder sie sich aussuchen, um ihren Lebensweg zu beschreiben, spielen eine wichtige Rolle bei der Frage, wie sich ihr politisches und soziales Engagement darstellt. Insofern ist es nicht uninteressant, ihre Einstellungen und Haltungen als Resultat von generationell geprägten Biografien und Erfahrungen des Alltags zu betrachten.

Das folgende Kapitel möchte genau dies tun, unter besonderer Berücksichtigung der Frage, wie standespolitisches Engagement in diesem Kontext einzuordnen ist.

Wenngleich die Erfahrungen junger Menschen auch stark davon abhängen, wo und wie sie aufwachsen, welche Bildungs- und Mobilitätschancen sie haben und welche individuellen Interessen sie ausbilden, so lassen sich doch aus vorliegenden Studien zum Jugend- und jungen Erwachsenenalter (vgl. Deutsche Shell 2002; Deutsche Shell 2019; Hurrelmann und Albrecht 2014; Burchard 2017; Knopke et al. 2017; Simonson et al. 2016) vorsichtige Schlüsse darüber ziehen, wie junge Menschen sich standespolitisches Engagement vorstellen bzw. genauer, ob sie es sich für sich selbst, für ihr eigenes Leben, vorstellen können. Doch jede Generation

definiert Engagement anders: Für die Babyboomer war das Engagement in Organisationen attraktiv. Infolge der historischen und politischen Erlebnisse ihrer Generation gehört Streit für sie in der Demokratie dazu und Macht ist, richtig angewandt, kein Übel, sondern ein Mittel zur Erreichung kollektiven Gemeinwohls. Durch die relative Größe der Generation wurde das Aushalten von Konkurrenz um Macht und Ansehen für diese Generation zu einer Normalität und auch in Organisationen dementsprechend umgesetzt. Diejenigen, die Macht klug und fair für sich und für andere einsetzen, sind in dieser Generation hoch angesehen und werden für ihr Engagement geschätzt. Die Angehörigen dieser Generation sind dementsprechend standespolitisch stärker engagiert als die folgenden Generationen (vgl. für die Generation der standespolitisch Hochengagierten Schelsky 1957 und Habermas et al. 1961). Wie es mit dem Engagement der heutigen Berufseinsteiger steht, darauf geht dieses Kapitel im Folgenden ein. Die Antworten und Wünsche der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte lassen sich mithilfe eines soziologischen Blickes auf Generationen in einen sozio-historischen Kontext einordnen und hinsichtlich möglicher Veränderungen in Organisationsprogrammen diskutieren.

Zunächst aber sollten wir klären, ob es überhaupt Sinn ergibt, hier den Generationenbegriff zu nutzen. Zwar gibt es am Generationenbegriff gut begründete Kritik – es werden zum Beispiel zu schnell und zu beliebig Generationen ausgerufen, über die dann gut verkäufliche Bücher verfasst werden (Generation Golf, Generation Doof, Generation Beziehungsunfähig und viele mehr). Doch abseits dieser populären Verwendung hat der Begriff aus soziologischer Perspektive sehr wohl seine Berechtigung und kann dabei helfen, die Stimmung und das Befinden einer Gruppe von Menschen – hier: junger Zahnärztinnen und Zahnärzte – besser zu verstehen und in einen sozio-historischen Zusammenhang einzuordnen. Hierzu muss der Begriff der Generation selbstverständlich zunächst wissenschaftlich definiert und – wie immer, wenn Empirie und Theorie sich treffen – mit der nötigen Zurückhaltung auf die Empirie angewendet werden, um seriöse, und nicht etwa beispielsweise verallgemeinernde und damit zu einfache Schlüsse zu ziehen. Die soziologische Einbettung soll im Folgenden mithilfe des Soziologen Karl Mannheim geschehen. Anschließend lassen sich mittels des Generationenbegriffes gewisse Erfahrungen sowie soziale und historische Faktoren benennen, die das Leben aller heute jungen Berufsanfänger und Berufsanfängerinnen prägen und wir können uns die Frage stellen, wie das auf das Engagement in standespolitischen Organisationen und auf die Sicht auf Freiberuflichkeit wirkt.

Der Soziologe Karl Mannheim hat sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts damit auseinandergesetzt, wie der Generationenbegriff soziologisch gebraucht werden könne: Und zwar beruhe der wissenschaftliche Gebrauchswert auf der Annahme, „[...] dass frühe prägende Erfahrungen für das gesamte Leben eine spezifische Art des Erlebens und Denkens, eine spezifische Art des Eingreifens in den historischen Prozess nahe

legen [...]“ (Mannheim 1964 [1928], S. 528). Drei Faktoren machen eine Generation insbesondere aus: historisch-politisches Erleben, sozialisationspezifische Faktoren und, damit verbunden, kulturell-technologische Faktoren. Ersteres zielt auf politische Krisenerfahrungen und Entwicklungen, Zweiteres auf Persönlichkeitseigenschaften. Aus technologischer Sicht werden aktuell selbstverständlich der Computer und in seiner Folge die neuen Medien als generationskonstitutiv verstanden (vgl. Maase 2005, S. 223). So müssen wir uns heute fragen, inwiefern die Sozialisation der heute Jungen sich durch die Erfindung des Computers und seine mannigfaltigen Anwendungen verändert hat. Damit sei nicht eine naive Krisendiagnose im Sinne des „junge Menschen verdummen durch Zeit am Computer“ gemeint, wie sie in populärwissenschaftlichen Kontexten manchmal auftaucht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass das uns alle umgebende Arrangement von Medien und medialen Erfahrungen einen Einfluss darauf hat, „wer wir sind“ und welche Erfahrungen wir mit der Welt, in der wir leben, machen.

Generationen sind also für Mannheim nicht einfach Kohorten gleichaltriger Menschen, sondern er geht davon aus, dass es ähnliche (sinnliche, biografische, politische) Erfahrungen oder auch Traumata sind, die eine Generation prägen (Jureit und Wildt 2005, S. 11): „Nicht das Faktum der in derselben chronologischen Zeit erfolgten Geburt, zur selben Zeit Jung-, Erwachsen-, Altgewordenseins konstituiert die gemeinsame Lagerung im sozialen Raume, sondern erst die daraus entstehende Möglichkeit, an denselben Ereignissen, Lebensgehalten usw. zu partizipieren und noch mehr, von derselben Art der Bewußtseinschichtung aus dies zu tun [...]“ (Mannheim 1964 [1928], S. 536).

Eine Generation besteht also aus einem Dreischritt von Zeitlichkeit, kulturellem Kontext sowie der Gleichzeitigkeit und Koordinierung von Wahrnehmungsprozessen (vgl. Jureit 2006, S. 20 ff.). Mannheim geht davon aus, dass Menschen einer „Generationslagerung“ (Mannheim 1964 [1928], S. 547) durch „ein einheitliches Reagieren, ein im verwandten Sinne geformtes Mitschwingen und Gestalten“ (ebd.) – also ein gemeinsames Erleben und Erfahren ihrer Umwelt – miteinander verbunden seien, freilich ohne dies zu reflektieren. Dies nennt er das Generationenbewusstsein (ebd., S. 536). Als Generationenbewusstsein können wir eine Art unterschwellige Sicht auf die Welt begreifen, die einerseits unterbewusst in geistigen Prozessen wirksam wird, sich aber auch in biografischen Entscheidungen und politischen Aktionen Bahn brechen kann. Als bekanntes Beispiel könnte man hier auf die 1968er-Generation hinweisen. Diese Generation hatte einerseits überall die Folgen des Krieges beobachtet und miterlebt, wie dieser Krieg in Familien wirkte. Diese Generation spürte zudem, dass viele der Erwachsenen über die NS-Zeit nicht ehrlich Auskunft gaben und dass der Autoritarismus der NS-Zeit keineswegs mit dem Regime begraben worden war. Daraus resultierten innerfamiliäre und politische Konflikte, ideologische Auseinandersetzungen und ethisch-moralische Schlussfolgerungen, die z. B. auch

das Bild von Familie und Zusammenleben oder die Frage des Umgangs mit Gewalt betrafen. Wir werden uns später also zu fragen haben, welche für heute geltenden Konfigurationen (medial, politisch, sozial) die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte geprägt haben und ob daraus gegebenenfalls spezifische Haltungen zu Politik und Arbeitsleben folgern.

Soziologisch kann jedenfalls davon ausgegangen werden, dass Menschen einer Generation die Welt ähnlich wahrnehmen und sich aneignen. Dies kann eine Reaktion auf ähnliche historisch-politische Lagen sein, wie eine Wirtschaftskrise, eine medizinischen Krise wie die 2020 erlebte Corona-Pandemie, Krieg oder ganz im Gegenteil lange Friedenszeiten. Auch die Frage, welche Normen und Werte eine Generation vorgelebt bekommt, führen zu kollektiven Reaktionen. Insbesondere sind jüngere Generationen hinsichtlich der Widersprüche, Scheinheiligkeiten und Unaufrichtigkeiten sensibel, die sie bei den älteren Generationen erleben. Die Generation der 1968er haben wir bereits angesprochen: Diese Generation setzte sich hart mit der Position ihrer Elterngeneration im Nationalsozialismus auseinander. Die heute Jungen wiederum setzen sich kritisch damit auseinander, wie Generation X (die vor 1980 geborenen) und Babyboomer ihre Karrieren verstehen. So ist es für sie z. B. viel weniger plausibel, der Karriere „alles“ zu opfern.

Mit dieser kurzen Einführung zum Generationenbegriff wollen wir nun auf das politische Engagement blicken. Wie lässt sich die Zurückhaltung der heutigen Generation hinsichtlich dieser Form der Interessensorganisation erklären?

## **1 Politisches Engagement im 21. Jahrhundert: Organisation, ade?**

Nicht nur standespolitische Organisationen, auch Parteien, Gewerkschaften, die freiwillige Feuerwehr oder Musikvereine klagen darüber, dass das Interesse der jungen Menschen nachlasse. Es scheint, dass sich die aktuelle Generation in den Routinen der „alten“, bereits im letzten Jahrtausend bestehenden Organisationen oder den Formen des althergebrachten Vereinsengagements nicht wiederfinden (vgl. Siri 2012, S. 99 ff.; Reinders 2009, S. 12 f.; Simonson et al. 2016). Aber ist das so einfach?

Es wird – und das bereits seit ca. den 1990er-Jahren – stets unwahrscheinlicher, dass sich junge Menschen im Kontext ehrenamtlicher Betätigung für eine langjährige Organisationsmitgliedschaft entscheiden (Simonson et al. 2017, S. 101 ff.). Soziologisch wird dies vor allem mit den Effekten der Enttraditionalisierung und Individualisierung erklärt, die eine Bevölkerung jenseits von Ständen und Klassen erzeuge (vgl. u. a. Beck 1994). Faktoren wie Globalisierung, technologischer Wandel, gestiegene Mobilität und die Bildungsexpansion führen zu einer Gemengelage, in der das Engagement in den „alten Organisationen“ des 19. und 20. Jahrhunderts immer weniger

plausibel wird, da sich die Solidarität nicht mehr über Großorganisationen, sondern über die individuellen Erfahrungen kollektiver Risiken und über globalisierte Nachrichtenwege vermittle. (Standes-)politische Organisationsmitgliedschaft ist daher heute tatsächlich zu einer unwahrscheinlicheren biografischen Wahl geworden als es für junge Erwachsene in den 1970er- oder 1980er-Jahren der Fall war. Ulrich Beck argumentiert, dass ein politischer Privatismus den Aktivismus ablöse (ebd.). So sank zum Beispiel die Zahl der Parteimitglieder seit den 1970er-Jahren kontinuierlich. Während im Jahre 1990 noch rund 2,4 Millionen Menschen Mitglied einer Partei waren, sind es heute noch rund 1,2 Millionen. Auch viele traditionelle Vereine sowie die traditionellen Kirchen bangen um Mitglieder. Die Kirchenmitgliedschaft ist seit den 1970er-Jahren beträchtlich gesunken. Doch gleichzeitig nimmt das Engagement an und für sich nicht ab, wie der Freiwilligensurvey des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) deutlich macht (Simonson et al. 2016; Simonson et al. 2017). So sind laut dieser Studie 43,6 Prozent der Wohnbevölkerung im Alter ab 14 Jahren freiwillig engagiert. „Frauen engagieren sich mit 41,5 Prozent anteilig etwas seltener als Männer mit 45,7 Prozent. In den Altersgruppen 14 bis 29 Jahre und 30 bis 49 Jahre liegen die Anteile freiwillig Engagierter am höchsten, den geringsten Anteil weist die Altersgruppe 65 Jahre und älter auf“ (Simonson et al. 2016, S. 7). Deutlich wird, dass sich die Art und Weise des Engagements in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Es scheinen vor allem spezielle Engagementformen zu sein, die ihre Plausibilität für die jungen Erwachsenen verlieren bzw. spezifische Routinen und Logiken in den „alten“ Organisationen. Aber welche sind das und wo engagieren sich die Jungen heute besonders gern? Die meisten jungen Menschen engagieren sich im Sport-, im Kultur-, im kirchlichen und im Bildungsbereich (ebd., S. 19). Politik und Interessenvertretung ist ein Thema, das im Vergleich dazu eher „abgeschlagen“ ist. Auch Engagement im sozialen Bereich, der Umwelt und der Jugendarbeit ist häufiger zu finden (ebd.). Das am häufigsten genannte Motiv für freiwilliges Engagement junger Menschen ist Spaß an der Tätigkeit. Am seltensten geben junge Menschen an, sich zu engagieren, weil sie etwas dazuverdienen möchten. Auch im Bevölkerungsdurchschnitt ist Spaß das am häufigsten und ein Hinzuverdienst das am seltensten genannte Motiv (ebd., S. 38–40).

Aber auch einige „alte Organisationen“ schaffen es, junge Mitglieder zu gewinnen, wenn die Umstände stimmen (z. B. andere junge Menschen sich beteiligen). „Der Anstoß für die freiwillige Tätigkeit junger Menschen kommt am häufigsten von Personen aus dem privaten Umkreis sowie aus dem Engagementumfeld. Von den 18- bis 21-Jährigen geben 56,3 Prozent an, dass sie von Familienmitgliedern, Freundinnen und Freunden oder Bekannten zu ihrer Tätigkeit angestoßen wurden“ (ebd.). Auch in der hier durchgeführten Studie mit etwas älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde deutlich, dass Spaß und der Kontakt zu Gleichaltrigen Punkte sind, die die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte dazu bringen würden, ein Engagement zu beginnen. Was wir hier sehen können, ist die Kontinuität,

mit der diese Faktoren vom Jugendalter in das junge Erwachsenenleben transportiert werden, auch wenn bei Erwachsenen andere Motivlagen (wie Verdienst, Karriere etc.) hinzukommen mögen.

Der Freiwilligensurvey des BMFSFJ (Simonson et al. 2016) macht deutlich, dass es nicht einfach an der Organisationsform liegt, wenn das Engagement zurückgeht. Ein Faktor ist vermutlich die Funktionsweise der Organisationen selbst, wegen der junge Menschen sich seltener darin engagieren. Insbesondere in Bezug auf Parteien wurde z. B. diskutiert, dass lange Gremientage, Konflikte und Streit um Posten sowie die Homogenität des Personals in politischen Organisationen (Stichwort der Jugend: „alte, weiße Männer“, vgl. Passmann 2019) auf die Mehrzahl der heute jungen Menschen abschreckend wirken (Decker et al. 2013). Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Gleichaltrigen scheint gestiegen, die Zeit knapper und die persönliche Sinnerfüllung wichtiger geworden zu sein. Auch sei für die heute Jungen das konkrete Ergebnis eines Engagements wichtiger als beispielsweise die Freude am Diskutieren und Streiten, die die 1968er-Generation auszeichnete. Lange Verfahren, Hinterzimmerpolitik und „endloses Gerede“ hingegen schreckten sie eher ab, während Spaß am Engagement und das Gefühl der Selbstwirksamkeit aktivitätsanregend wirkten (vgl. z. B. Reinders 2009, S. 4).

Doch es gibt noch weitere Gründe, die traditionelles Engagement erschweren, sei es in einer Partei, in einem Verein oder in einer Landesorganisation. Hinzu kommt als zweiter Faktor, dass die Mobilität gerade gut gebildeter junger Erwachsener deutlich zugenommen hat. Das Leben dreht sich nur selten um einen Ort, noch seltener um den Herkunftsort. Das Studium findet durch neue Studiengänge und zunehmende Flexibilisierung des akademischen Marktes in vielen Fächern zumeist an zwei, manchmal sogar an drei Orten statt. Auch wenn dies für das Gros der Studierenden der Zahnmedizin selbst nicht gelten mag, so sind sie doch durch ihr Umfeld von dieser Flexibilität betroffen. So sind Beziehungen – auch aufgrund dieser Situation des Ortswechsels im Studium – insbesondere in der Zeit der Ausbildung oder zu Karrierebeginn oft Fernbeziehungen, Freundeskreise ändern sich rascher bzw. werden auch wichtiger, da sich sonst im Leben der jungen Menschen vieles bewegt und verändert.

Warum dieser Faktor für Engagements eine Rolle spielt? Eine Person mit einer Fernbeziehung wird die Wochenenden häufiger nicht dort verbringen, wo sie lebt bzw. wird den Besuch des Partners oder der Partnerin erwarten. Auch wird für diese Person möglicherweise nicht klar sein, wo sie einmal leben wird. Das Zusammenziehen wird in die Zukunft und an einen noch nicht bekannten Ort verschoben – und damit häufig auch das ortsgebundene Engagement. Ein Engagement ist aber häufig noch mit einer Ortsbindung versehen und dementsprechend nehmen sehr mobile Personen kein Engagement in Organisationen auf, die von längeren Ortsbindungen ausgehen (vgl. Knopke et al. 2017, S. 17). Zugleich ist es für junge Menschen,



die in dieser Flexibilität und Ortsungebundenheit aufwachsen evtl. auch rein qualitativ wichtiger, Zeit mit ihren Lieben zu verbringen als in einer Organisation wie einer Partei, einer Kirche oder einer Standesvertretung.

Als dritter Faktor für die Veränderung politischen Engagements sind veränderte Familienmodelle zu nennen. Die Organisationsspitzen von Parteien, Gewerkschaften und Berufsverbänden in den 1970er- und 1980er-Jahren waren vorwiegend männlich und hatten häufig eine Ehefrau an ihrer Seite, die die Kinderbetreuung komplett übernahm und selbst nicht oder nicht im selben Maße erwerbstätig war. Entsprechend mehr Zeit blieb den Männern dann für Sitzungsabende und ihre Gremien. Das Leben der heute jungen Erwachsenen unterscheidet sich aber beträchtlich von dem ihrer Eltern oder Großeltern. Oft arbeiten beide Partner, Männer versorgen ihre Kinder und haben in der knappen Freizeit immer öfter mehr Interesse daran, sich mit ihren Kindern zu beschäftigen als einer außerhäusigen Beschäftigung nachzugehen (Peltz et al. 2017; Possinger 2013; Schneider et al. 2015, insbes. S. 227 ff.). Aktive junge Väter verzichten daher – wie viele Mütter es bereits seit Jahrzehnten tun – auf Engagements, die zeitraubend sind, selbst wenn sie der Karriere zuträglich wären.

Zeit ist – auch unabhängig von der Familienarbeit – der wichtigste Hinderungsgrund, ein Engagement aufzunehmen. Drei Viertel der im Freiwilligen-survey Befragten gaben Zeitnot als Grund für ihr Nicht-Engagement an (Simonson et al. 2017, S. 164). Danach folgen die beruflichen Gründe mit 51,2 %. Weniger, aber auch relevant sind die folgenden Faktoren: keine Verpflichtung eingehen zu wollen (35,5 %), familiäre Gründe (32,1%), die Selbsteinschätzung, sich nicht für ein Engagement zu eignen (22,7%), gesundheitliche Gründe (21 %) oder die Begründung, nicht zu wissen, wohin man sich wegen eines Engagements wenden sollte (16,9%). Bei den jüngeren Befragten sind die Faktoren Zeitnot, Beruf und nicht zu wissen, an wen man sich wenden sollte, höher als in der Grundgesamtheit (ebd., S. 167). Es wird – wie auch bei anderen empirischen Beispielen, wie der Weigerung junger Managerinnen und Manager, Nächte durchzuarbeiten – ein Wertewandel weg von der Karriereorientierung hin zu einer Freizeit- und Familienorientierung sichtbar, der sich als ein wichtiges Signum der Generation der heute jungen Erwachsenen diskutieren lässt (vgl. Deutsche Shell 2019, S. 20). Man könnte auch sagen: Macht und Karriere sind für die heute jungen Erwachsenen im Mittel weniger attraktiv als für die Vorgängergenerationen (vgl. ebd.). „Für junge Menschen haben demnach die idealistischen, also die eher sinnstiftenden Werteorientierungen an Bedeutung gewonnen. Gegenläufig ist die Entwicklung bei tendenziell materialistischen Orientierungen, die darauf abzielen, die persönliche Macht- und Durchsetzungskraft zu steigern“ (ebd., S. 21). Da auch die Arbeit in Standesorganisationen davon geprägt ist, machtbewusst zu handeln bzw. von machtbewussten Menschen gestaltet wird, erleben sie das gleiche Schicksal wie die politischen Parteien: Die eher sachorientierten, konfliktscheuen Jungen wenden sich ab (vgl. Knopke et al. 2017, S. 25).

Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Die heute jungen Erwachsenen sind keinesfalls unpolitisch (ebd.). Aber sie finden es nicht plausibel, sich in einer Organisation derart (zeit-)intensiv einzubringen, wie es für die Generationen zuvor beinahe selbstverständlich schien (vgl. Schildt 2000). Sie sind skeptisch und kritisch gegenüber der Übernahme von mächtigen Positionen (ebd.). Sie sind konfliktscheuer und bevorzugen sachliche Auseinandersetzungen (Knopke et al. 2017). Und doch sind sie, das zeigt die Studie des Familienministeriums, gerne bereit, sich für andere und die Gemeinschaft zu engagieren – nur vielleicht nicht in den Organisationen, die in den 1960er- bis 1990er-Jahren noch sehr attraktiv auf die Vorgängergenerationen gewirkt hatten, und nicht gelenkt von denselben Anreizen, die seinerzeit ein Engagement attraktiv machten.

Auch wenn also Krisendiagnosen der „heutigen Jugend“ historisch konstant wirksam sind – denn jede Generation findet an den nachfolgenden etwas zu kritisieren, insbesondere auch in politischer Hinsicht (vgl. u. a. Glotz 1996) –, so scheinen diese Krisendiagnosen fast mehr über jene auszusagen, die die Krise diagnostizieren als über jene, die angeblich beschrieben werden. In ihnen formuliert sich das Unverständnis der Älteren darüber, dass die Jüngeren die Lebenserfolge der Älteren nicht nachahmen wollen, sich nicht an deren Lebens- und Karrierewegen orientieren wollen oder sich – so der oft geäußerte Vorwurf an die sogenannten Generationen Y und Z – herausnehmen wollen, „weniger“ zu leisten.

## **2 Was macht ein Engagement in der Landespolitik (un-)wahrscheinlich?**

Dies ist eine zentrale Frage dieses Kapitels und um sich ihr zu nähern, bietet es sich im Sinne der hier angestellten Überlegungen über Generationen an, noch einmal genauer zu analysieren, auf welche Veränderungen bzw. Erfahrungen der oben beschriebene Werte- und Präferenzenrahmen reagiert.

Wie sah das Leben und das Erleben der heute jungen Erwachsenen bisher aus? Welche Erfahrungen und Krisen waren für sie prägend und bestimmend?

Die erste Erfahrung, die wir nennen sollten, ist jene der relativen Sicherheit und des Wohlstandes. So haben die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte – zumindest, wenn sie in der Bundesrepublik Deutschland aufgewachsen sind – bis dato sehr friedliche Zeiten erlebt. Sie haben keinen echten Mangel erfahren, haben nicht gehungert, konnten in ihrer Freizeit vielfältige kulturelle Angebote wahrnehmen, haben eine gute Bildung und Ausbildung erfahren und konnten vermutlich ihr Studienfach frei wählen. Sie haben oft vom sozialen Aufstieg ihrer Eltern oder bereits ihrer Großeltern profitiert, sei es in der unteren Mittelschicht oder im saturierten Wohlstand der obe-



ren Mittelschicht. Das bedeutet, dass sozialer Aufstieg für sie im Mittel kein existenzielles Ziel ist und sie gegebenenfalls auch bereits in der Kindheit miterlebt haben, welche emotionalen und zeitlichen Entbehrungen für die Familie oder auch für die individuellen Elternteile eine Karriere bedeutet. Materialismus spielt aus dieser Sicherheit heraus für sie eine geringere Rolle, auch wenn sie gerne genug Geld verdienen möchten, um ein schönes Leben zu führen. In den vorhergehenden Kohorten war das ganz anders: Der soziale Aufstieg, der Wille zur Macht und die Freude am unternehmerischen Risiko waren hier prägend (vgl. Klein 2003). Diese Haltungen wurden begleitet und ideologisch flankiert vom Erfolg der FDP und später auch dem „dritten Weg“ der Schröder-SPD. Es steht zu vermuten, dass Freiberuflichkeit, aber auch Macht in einer Standesvertretung oder gute Kontakte zu dieser für diese Generationen sehr viel attraktiver waren als für die heutige Generation der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Zweitens – und dieser Faktor ist auf ganz anderer Ebene aber mindestens ebenso wirksam – haben die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine Medienrevolution miterlebt, die wahrscheinlich ebenso bedeutend ist wie einst die Erfindung des Buchdruckes: den Erfolg der Digitaltechnik und ihrer vielfältigen Anwendungen. Die heute jungen Erwachsenen können sich Informationen zu allen gewünschten Themen online aneignen und erleben dadurch Unabhängigkeit von Raum und Zeit (vgl. Hurrelmann und Albrecht 2014, S. 27 ff.) – und damit auch von Organisationen, in denen sie wichtige Informationen erhalten können. Selbstbestimmung und das Hinterfragen althergebrachter Lösungen können die Folge dieser – nicht zuletzt technischen – Konstellation sein. Die Generation, die mit dem Internet aufgewachsen ist, ist gekennzeichnet durch ein hohes Bildungsniveau, ausgeprägte Wissbegierde und starke technische Affinität (vgl. Palfrey und Gasser 2008, S. 8 ff.). Eine kosmopolitische Komponente und Ortsungebundenheit sind auch durch die medialen Möglichkeiten wahrscheinlich. Durch die Technisierung der Kommunikation mag diese Generation auch höhere Ansprüche an den Auftritt einer Organisation entwickelt haben. So werden zum Beispiel Web- und Medienauftritte „strenger“ bewertet. Durch die umfassende Kenntnis zahlreicher Möglichkeiten von Entfaltung und Engagement kann zudem der Anspruch an ein Engagement steigen: Spaß mit Peers, Selbstwirksamkeit und die Möglichkeit, etwas Spannendes zu lernen, werden wichtiger.

Auch handelt es sich bei den heute Jungen um eine Generation, die Skepsis gegenüber einfachen politischen Lösungen und eine gewisse Abgeklärtheit gegenüber politischer Organisation mitbringt, wie auch eine Studie über Masterstudierende im Jahr 2017 (Knopke et al. 2017) zeigt. In dieser wurde das politische Bewusstsein von Masterstudierenden unterschiedlicher Studiengänge untersucht, die nur wenig jünger waren und ähnliche soziodemografische Merkmale mitbrachten wie die uns hier interessierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte. In den Interviews wurde deutlich, dass die Befragten sich nicht als machtvoll erlebten und ihnen die

Idee einer Interessensvertretung und der Selbsteinordnung in ein politisches Spektrum eher fremd waren (ebd., S. 25). Die Studie machte deutlich, dass das „Wie“ des politischen Zusammenhanges wichtiger wurde, während gleiche Interessen oder Ziele nachrangig waren. Hier wird deutlich, weshalb Gewerkschaften und Standesorganisationen nicht automatisch logische Orte des Engagements sind. Einerseits sind die Jungen skeptisch, ob sie dort wirklich etwas erreichen können – was angesichts der Bedeutung von Selbstwirksamkeit wichtig ist – und andererseits ist es ihnen wichtiger, Spaß beim Engagement zu erleben, sachlich diskutieren zu können, und das gegebenenfalls dann auch mit Menschen, die nicht dieselben Interessen und ideologischen Orientierungen teilen. In der Gleichzeitigkeit dieser Konstellation mit einer stärkeren Freizeitorientierung und der Zeitnot moderner Biografien im 21. Jahrhundert sinkt so die Wahrscheinlichkeit eines standespolitischen (aber auch parteipolitischen oder gewerkschaftlichen) Engagements beträchtlich. Auch eine gewisse Bequemlichkeit ist den jungen Menschen wichtig. So formulieren Hurrelmann und Albrecht in ihrem Buch über die Generation Y: „Zum Credo der Generation Y gehört, sich in keiner Phase des Lebens so aufzureiben, dass ihr Wohlbefinden leidet. Ein Burnout will sie unter allen Umständen vermeiden. Deshalb neigt sie intuitiv dazu, Auszeiten zu nehmen und den Rhythmus zu entschleunigen, wenn es ihr zu viel wird“ (Hurrelmann und Albrecht 2014, S. 84).

### **3 Was tun?**

Aktuelle Studien zu politischem Engagement haben gezeigt, dass junge Engagierte heute andere Gründe für ein Engagement haben als die Vorgängergenerationen: Ihnen sind das authentische (Selbst-)Erleben, Möglichkeiten zur Identifikation, Spaß mit Gleichaltrigen, Selbstbestimmung und direkte Resultate der Arbeit statt „Gerede“ wichtiger als Macht, Sich-Durchsetzen, das Erreichen von Ämtern. Statt außengeleitete, auf die eigene Person bezogene Ehren, die Ämter in traditionellen Organisationen mit sich bringen, gewinnen innengeleitete Faktoren, die sich unter Begriffen wie Selbstwirksamkeit und Selbstverwirklichung subsumieren lassen, an Relevanz (vgl. Knopke et al. 2017; Simonson et al. 2016; Deutsche Shell 2019).

Für Organisationen bedeutet dies entsprechend, dass sie den Jungen einen authentischen, selbstbestimmten, pragmatischen, sachlichen – und nicht zuletzt auch amüsanten Ort für ein Engagement bieten müssen. Den heute Jungen macht nicht dasselbe Spaß wie den vorherigen Generationen. Sich identifizieren zu können, einen subjektiven Sinn im Engagement zu erleben, ist für diese Generation sehr wichtig. Fragen wir uns, weshalb sich eine Vielzahl der heute engagierten jungen Menschen beispielsweise in der Arbeit mit Geflüchteten einbringt, dann wird deutlich, dass hier viele der oben genannten Kriterien angetroffen werden. Für Spaß wird freilich

auch hier nicht garantiert, aber da es sich oft um die Unterstützung von Kindern oder auch gleichaltrigen Menschen handelt, sind Freundschaften und Spaß zumindest denkbar. Selbstbestimmtes und pragmatisches Handeln wiederum sind quasi die Voraussetzung einer Arbeit in der Hilfe für Geflüchtete. Und diese Hilfe zeigt schnelle und konkrete Wirkungen – zum Beispiel, indem etwas besorgt oder organisiert wird oder indem Hausaufgaben gemacht und eine Sprache geübt werden. Auch ein Engagement im Sportverein oder in einer Kirchengruppe voller Gleichaltriger erfüllt diese Kriterien und ist unter jungen Menschen dementsprechend beliebt.

Die „alten“ Organisationen wie Parteien, Gewerkschaften und auch Standesvertretungen sind für die Jungen zunächst nicht im selben Maße attraktiv. Möglicherweise liegt es daran, dass die Anreizstrukturen sich unterscheiden. So wird zum Beispiel das Engagement in einer Partei grundsätzlich durch die Wahl in ein Amt und die Teilnahme an Parteitagen „belohnt“. Wenngleich auch hier natürlich Spaß und Selbstwirksamkeit gefunden werden können, so werden hier doch Anreize geschaffen, die für viele junge Menschen nicht automatisch attraktiv sind. Dazu kommt, dass die Sozialisation in eine politische Organisation viel Verständnis für eben diese Organisation und deren Vorgehensweisen voraussetzt. Insbesondere dann, wenn es sich um demokratische Organisationen handelt, sind Entscheidungswege oft langwierig und von notwendigen Konflikten begleitet. Diese Faktoren müssen den heute Jungen sehr viel besser erklärt werden als es für vorhergehende Generationen der Fall war. Der Wert des Engagements für die Gemeinschaft und die Demokratie muss klar herausgestellt werden, da das Verständnis hierfür nicht mehr einfach vorausgesetzt werden kann. Um die Jungen an die Organisation heranzuführen, muss also mehr geboten werden als Ämter und Ehren. Insbesondere die Beteiligung ungefähr Gleichaltriger ist wesentlich für ein Engagement – was die Veränderung von Altersstrukturen bedeuten muss. Wenn eine gewisse Menge junger Menschen beteiligt ist, wird es auch wahrscheinlicher, dass andere nachkommen. Auch die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte sprachen in der Erhebung häufig davon, dass Kontakt zu Gleichaltrigen für sie ein Grund wäre, sich zu engagieren. Organisationen müssen sich also Gedanken machen, wie sie den Jungen Spaß, Selbstwirksamkeit und Kontakt zu Peers anbieten können.

Eine Möglichkeit, dies zu erreichen, ist die Schaffung einer projektförmigen Struktur, die konkrete Aufgaben und Mitsprache ermöglicht und parallel zur bisherigen Organisation läuft. In Parteien und Gewerkschaften wird dies bereits seit längerer Zeit erprobt. Allein über den Hinweis, es ginge doch um ihre Interessen, ist die heutige Generation (auch für die Autorin: erstaunlicherweise) weniger ansprechbar als die vorherigen. Dadurch wird es notwendig, die Jungen an die Arbeit in einer Organisation durch niedrigschwellige Angebote heranzuführen, die zunächst weniger vom „Ernst“ der Sache als vom Spaß an der Zusammenarbeit und dem Kennenlernen des Kontexts geprägt sind. Das bedeutet freilich auch, dass in den Organisa-

tionen eine Stelle zu schaffen ist, die diese „pädagogischen“ Angebote organisiert, was einen deutlichen Mehraufwand bedeutet. Es ist aber wahrscheinlicher, die Jungen dadurch anzusprechen als durch andere Werbemaßnahmen.

Zuletzt soll hier noch die gesundheitspolitische Situation angesprochen werden. Alles Obenstehende basiert auf Daten, die vor der sogenannten Corona-Pandemie erhoben wurden. Diese Krise hat aber alles an sich, was für eine prägende generationelle Erfahrung notwendig ist. Die heute Jungen werden diese Krise in einem Maße als prägend erleben, die wir hinsichtlich der Konsequenzen noch nicht einschätzen können. Dementsprechend spannend wird es sein, die Daten folgender Erhebungen daraufhin anzusehen, ob sich in den Werten und Normen etwas verschoben haben könnte. So ist vorstellbar, dass sich der Blick auf die Freiberuflichkeit verschoben hat. Eventuell wird auch durch die Krise deutlich, wie wichtig eine Standesorganisation in Krisenzeiten ist – dies ist sicherlich abhängig davon, welche Erfahrungen die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Krise mit den Organisationen gemacht haben. Auf der anderen Seite könnten die jungen Zahnärztinnen und -ärzte durch die Krise auch andere biografische Ziele gewonnen haben, indem sich z. B. materialistische Orientierungen oder der Stellenwert der Familie verändert haben. Wie auch immer die Daten solche und andere Fragen beantworten werden: Die hier angestellten Untersuchungen werden dadurch nicht obsolet. Denn das bisherige generationelle Bewusstsein der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte wird sich durch die Corona-Pandemie nicht komplett verändern, sondern um eine wichtige Krisenerfahrung ergänzt.

Die in diesem Kapitel dargelegten Darstellungen können irritieren. Denn einerseits scheinen sich die Jungen auf den ersten Blick nicht organisieren zu wollen, gar zu riskieren, den Schatz der demokratischen Vertretung aus der Hand zu geben. Ihre Freizeitorientierung und Bequemlichkeit könnten als Faulheit bezeichnet werden, man könnte sie als „verwöhnt“ und „unerwachsen“ wahrnehmen. Doch die heute Jungen sind in großem Maße engagiert und am Gemeinwohl orientiert. Damit sind sie perfekte Mitstreiter in demokratischen Organisationen und für eine Mitarbeit durchaus ansprechbar. Es mangelt ihnen nicht an der Bereitschaft, etwas zu tun. Aber ob sie dies in den „alten“ Organisationen der Demokratie tun werden, das steht und fällt damit, ob diese ihre Anreizstrukturen so verändern können, dass das Engagement für junge Menschen attraktiver wird.

## Literaturverzeichnis

Beck, U.: Jenseits von Stand und Klasse? In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt 1994, 43-60

BFB [Bundesverband der Freien Berufe]: Leitbild der Freien Berufe 2009. Berlin 2009

Buchmann, M.: Auf den Zahn gefühlt: Die Feminisierung der Zahnmedizin. Auswertung einer Interviewstudie mit Hamburger Zahnärztinnen. (MSc Public Health Masterthesis, Universität Bielefeld), Bielefeld 2010

Burchard, A.: Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Mehr jobben – weniger Zeit an der Uni. Update 27.06.2017, [<https://www.tagesspiegel.de/wissen/sozialerhebung-des-deutschen-studentenwerks-mehr-jobben-weniger-zeit-an-der-uni/19984618.html>], zuletzt abgerufen 26.10.2020, Berlin 2017

BZÄK [Bundeszahnärztekammer], DGZMK [Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde], KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung. Ein Leitbild von Bundeszahnärztekammer, Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung. Berlin/Düsseldorf 2015

BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Bundesversammlung. Berlin 2018, URL: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/organisationsstruktur/bundesversammlung.html>, zuletzt abgerufen 26.09.2018

Decker, F., Lewandowsky, M., Solar, M.: Demokratie ohne Wähler? Neue Herausforderung der politischen Partizipation. Bonn 2013

Deutsche Shell: Zusammenfassung der 18. Shell Jugendstudie. Online unter: [[https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie/\\_jcr\\_content/par/toptasks.stream/1570708341213/4a002dff58a7a9540cb9e83ee0a37a0ed8a0fd55/shell-youth-study-summary-2019-de.pdf](https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie/_jcr_content/par/toptasks.stream/1570708341213/4a002dff58a7a9540cb9e83ee0a37a0ed8a0fd55/shell-youth-study-summary-2019-de.pdf)], zuletzt abgerufen 26.10.2020, Hamburg 2019

Deutsche Shell: 50 Jahre Shell Jugendstudie. 100 Jahre Shell in Deutschland. Von Fräuleinwunder bis zu neuen Machern. Berlin 2002

Ermiler, R., Gampe, M.: Die zahnärztliche Selbstverwaltung im Land Brandenburg. Zahnärzteblatt Brandenburg, 2019, 30, (6), 10-11

Glotz, P.: Im Kern verrottet? Fünf vor zwölf an Deutschlands Universitäten. Stuttgart 1996

Habermas, J., von Friedeburg, L., Oehler, C., Wetz, F.: Student und Politik. Eine soziologische Untersuchung zum politischen Bewusstsein Frankfurter Studenten. Neuwied am Rhein 1961

Hurrelmann, K., Albrecht, E.: Die heimlichen Revolutionäre. Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim 2014

Jureit, U., Wildt, M.: Generationen. In: Jureit, U., Wildt, M. (Hrsg.): Generationen. Zur Relevanz eines wissenschaftlichen Grundbegriffs. 1. Aufl., Hamburg 2005, 7-26

Jureit, U.: Generationenforschung. Göttingen 2006

Klein, M.: Gibt es die Generation Golf? Eine empirische Inspektion. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2003, 55, (1), 99-115

Knopke, K., Krüger, L., Siri, J.: Vereinzelt, konfliktscheu, weltoffen? Studierende und Politik. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Politische Akademie (Hrsg.), Online unter: [<https://library.fes.de/pdf-files/akademie/13903-20180118.pdf>], zuletzt abgerufen 26.10.2020, Bonn 2017

KZV BW [Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg]: Versorgungsbericht 2019. Stand: Juni 2019, Stuttgart: 2019, URL: [http://www.kzvbw.de/site/bina-ries/content/assets/offener-bereich/presse/downloads/190702\\_versorgungsbericht\\_klein\\_einzelseiten.pdf](http://www.kzvbw.de/site/bina-ries/content/assets/offener-bereich/presse/downloads/190702_versorgungsbericht_klein_einzelseiten.pdf), zuletzt abgerufen 06.11.2020

Maase, K.: Farbige Bescheidenheit. Anmerkungen zum postheroischen Generationsverständnis. In: Jureit, U., Wildt, M. (Hrsg.): Generationen. Zur Relevanz eines wissenschaftlichen Grundbegriffs. 1. Aufl., Hamburg 2005, 220-244

Mannheim, Karl (1928): Das Problem der Generationen. In: Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk, eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff, Neuwied/Berlin 1964, 509-565

Palfrey, J., Gasser, U.: Generation Internet. Die Digital Natives: Wie sie leben – Was sie denken – Wie sie arbeiten. München 2008

Passmann, S.: Alte weiße Männer. Ein Schlichtungsversuch. Köln 2019

Peltz, K., Streckenbach, L. A., Müller, D., Possinger, J., Thiessen, B.: „Die Zeit kommt nicht wieder“: Elterngeldnutzung erwerbstätiger Väter in Bayern. Zeitschrift für Familienforschung, 2017, 29, (1), 114-135, Online unter: [<https://www.budrich-journals.de/index.php/zff/article/view/27651>]

Possinger J.: Väter und familiäre Care-Arbeit. In: Possinger, J. (Hrsg.): Vaterschaft im Spannungsfeld von Erwerbs- und Familienleben. „Neuen Vätern“ auf der Spur. Wiesbaden 2013

Reinders, H.: Bildung und freiwilliges Engagement im Jugendalter. Expertise für die Bertelsmann-Stiftung. Schriftenreihe Empirische Bildungsforschung Bd. 10, Online unter: [[https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/2797/file/Schriftenreihe\\_Empirische\\_Bildungsforschung\\_Band10.pdf.alt](https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/2797/file/Schriftenreihe_Empirische_Bildungsforschung_Band10.pdf.alt)], zuletzt abgerufen 27.10.2020, Würzburg 2009

Schelsky, H.: Die Skeptische Generation. Eine Soziologie der deutschen Jugend. Düsseldorf-Köln 1957

Schildt, A.: Materieller Wohlstand – pragmatische Politik – kulturelle Umbrüche. Die sechziger Jahre in der Bundesrepublik. In: Schildt, A., Siegfried, D., Lammers, K. C. (Hrsg.): Dynamische Zeiten. Die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften. Hamburg 2000, 21-53

Schneider, N. F., Diabaté, S., Ruckdeschel, K.: Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben. Opladen 2015

Seltmann, A.: Der Angestelltenstatus in der zahnärztlichen Berufsausübung und seine Auswirkungen auf die freiberufliche Praxis und Selbstverwaltung (Zertifikatsarbeit, Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement), Hamburg 2013

Simonson, J., Vogel, C., Tesch-Römer, C.: Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der deutsche Freiwilligensurvey 2014. Open access. Online unter: [<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-12644-5>], zuletzt abgerufen 09.11.2020, Wiesbaden 2017

Simonson, J., Vogel, C., Tesch-Römer, C.: Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Online unter: [<https://www.bmfsfj.de/blob/113702/53d7fdc57ed97e4124ffec0ef5562a1/vierter-freiwilligensurvey-monitor-data.pdf>], zuletzt abgerufen 27.10.2020, Berlin 2016

Siri, J.: Parteien. Zur Soziologie einer politischen Form. Wiesbaden 2012

Wörner, J.: Freiberuflichkeit hat nichts mit Selbstständigkeit zu tun. Die Zahnarzt Woche, 2018, (30), URL: <https://www.dzw.de/freiberuflichkeit-braucht-keine-selbststaendigkeit>, zuletzt abgerufen 06.11.2020

# Epilog: Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte – Fazit und Ausblick

---

## 1 **Zentrale Ergebnisse der Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“**

Das vorliegende Buch befasst sich mit den beruflichen Erfahrungen, Wünschen und Sorgen junger Zahnärztinnen und -ärzte. Diese wurden mit besonderem Augenmerk auf das zahnärztliche Berufsbild, die zahnärztliche Versorgung sowie den Stellenwert von Freiberuflichkeit und Standespolitik betrachtet.

Die jungen Zahnärztinnen und -ärzte dieser Studie werden aufgrund ihrer Geburtsjahrgänge der Generation Y zugerechnet. Ihre beruflichen Einstellungen werden jedoch nur zum Teil durch die Generationenzugehörigkeit geprägt. Darüber hinaus beeinflussen ihr Lebensalter, einschneidende Ereignisse und vor allem auch ihre familiäre Sozialisation im Elternhaus sowie ihre berufliche Sozialisation diese Einstellungen. Im Laufe ihres Studiums und auch in den ersten Berufsjahren werden sie Teil der zahnärztlichen Profession. Dabei ist ihr Berufsbild, wie auch das vorangegangener Generationen, vor allem durch soziale Motive beeinflusst sowie durch handwerkliche und medizinische Aspekte. Mit ihrer zahnärztlichen Tätigkeit ist die überwiegende Mehrheit junger Zahnärztinnen und -ärzte in den ersten Berufsjahren zufrieden.

Nach dem Staatsexamen wird ein Großteil der jungen Zahnärztinnen und -ärzte in der Patientenversorgung tätig und dort möchten sie auch in Zukunft mehrheitlich tätig sein. Dabei können sich die Befragten jedoch gut vorstellen, Arbeitsstunden zu reduzieren, wobei eine Reduktion der Stundenzahl und auch Ausfallzeiten in der Regel mit der Familiengründung und Kinderbetreuung assoziiert sind. Überlegungen zu ihrem weiteren beruflichen Weg beeinflussen eine Reihe unterschiedlicher Determinanten. Entscheidungen, ob langfristig eine Niederlassung erfolgen soll oder weiterhin die Anstellung gewählt wird, sind u. a. auf Arbeitsbedingungen, das familiäre und private Umfeld sowie die Persönlichkeit zurückzuführen. Dabei können sich 57 % eher eine Niederlassung als eine Anstellung vorstellen. Dennoch werden vor der Existenzgründung häufig längere Zeiten der Anstellung wahrgenommen, die für die Vorbereitung auf die Niederlassung oder für die Familiengründung genutzt werden. Kleinere gemeinschaftliche Praxisformen werden für die zukünftige Tätigkeit bevorzugt;



vorzugsweise in Regionen, welche den Zahnärztinnen und -ärzten bereits bekannt sind. Für eine Niederlassung oder Anstellung präferierte Kammern und KZVen und auch Ortsgrößen verteilen sich nicht gleichmäßig über Deutschland. Süddeutsche Gegenden und Mittelstädte werden bevorzugt. Da sich junge Zahnärztinnen und -ärzte nicht bedarfsgeleitet verteilen, aber auch bedingt durch Trends zu größeren Praxisformen, ist nicht auszuschließen, dass es vereinzelt regional zu einer zahnärztlichen Unterversorgung kommen kann.

Das Studium bereitet angehende Zahnärztinnen und -ärzte nicht in allen Fachdisziplinen gleich gut auf ihre Tätigkeit in der Praxis vor. Sie bemängeln vor allem die teils als unzureichend empfundene Vorbereitung auf die Versorgung von Kindern und Senioren sowie auf betriebswirtschaftliche Belange. Fortbildungen besuchen junge Zahnärztinnen und -ärzte regelmäßig – größtenteils zu zahnmedizinischen Themen. Fortbildungen zu betriebswirtschaftlichen Themen werden dagegen eher von denjenigen wahrgenommen, die eine Niederlassung bereits sehr konkret planen. Über 70 % der jungen Zahnärztinnen und -ärzte sind überwiegend allgemein-zahnärztlich tätig, Schwerpunkte bilden sie vor allem in der Endodontologie und der Prothetik.

Den Begriff der Freiberuflichkeit setzen junge Zahnärztinnen und -ärzte in vielen Fällen – entgegen der von den zahnärztlichen Körperschaften verwendeten Definition – mit der Niederlassung gleich. Da sie mehrheitlich angestellt tätig sind, finden sie sich im Begriff Freiberuflichkeit oftmals nicht wieder, auch wenn sie sich mit den Kerngedanken der Freiberuflichkeit durchaus identifizieren können. Auch zu ihren Körperschaften haben junge Zahnärztinnen und -ärzte wenig Bezug. Sie geben an, wenig über diese zu wissen – erste Kontakte nach Berufseintritt werden überwiegend als belastend und wenig sinnvoll erlebt. Standespolitisch selber aktiv sind junge Zahnärztinnen und -ärzte nur vereinzelt, auch eine aktive Beteiligung planen nur die wenigsten. Über 60 % können sich kein standespolitisches Engagement vorstellen. Die anderen halten verschiedene Gründe von einem entsprechenden Engagement ab: im privaten Bereich vor allem Zeit, jedoch auch finanzielle Erwägungen und Konflikte mit anderen Bereichen, wie der Familie oder der beruflichen Tätigkeit. Auch aus der Standespolitik selber ergeben sich für die jungen Zahnärztinnen und -ärzte Gründe, die sie von einem Engagement abhalten, wie bestehende Strukturen, diskutierte Inhalte oder Schwierigkeiten, Zugang zur Standespolitik zu finden.

## 2 Einstellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Berufsbild, zur Standespolitik und zur Patientenversorgung

Das zahnärztliche Selbstbild hat sich in den vergangenen Jahrzehnten kaum verändert. Nach wie vor nehmen ganzheitlich-medizinische, handwerkliche und soziale Aspekte einen hohen Stellenwert darin ein. Auch die jungen Zahnärztinnen und -ärzte änderten dieses Selbstverständnis nicht, im Gegenteil: Durch den Prozess der beruflichen Sozialisation wurden eben diese zentralen Werte des Berufsbilds von ihnen übernommen.

Dass die jungen Zahnärztinnen und -ärzte der vorliegenden Studie durch den Prozess der beruflichen Sozialisation auf ihrem Weg in die Berufstätigkeit geprägt werden, wird auch in anderen Dimensionen dieses Prozesses (Siegrist 2005) deutlich. Normen und Werte des Berufsstandes wurden verinnerlicht; mit jeder Statuspassage glichen sich ihre Einstellungen denen älterer Kolleginnen und Kollegen an. Auch erlernen junge Zahnärztinnen und -ärzte in diesem Prozess, Belastungen auszuhalten. Leiden sie noch am Ende ihres Studiums stärker unter Belastungen, werden diese bis in die Assistenzzeit reduziert (Kettler et al. 2018). Darüber hinaus erfolgte die Aneignung von Wissen und Fertigkeiten zunächst im Studium und später im weiteren Berufsverlauf durch regelmäßige Fortbildung.

Junge Zahnärztinnen und -ärzte zeigen bereits in frühen Berufsjahren ein starkes Interesse an Fortbildungen und zum Teil auch an fachlichen Spezialisierungen. Damit unterscheiden sie sich nicht von ihren älteren Kolleginnen und Kollegen, denn die fachliche Fort- und Weiterentwicklung ist ein wesentliches Element des zahnärztlichen Selbstverständnisses (Bergmann-Krauss et al. 2005). Die mitunter geäußerte Befürchtung, dass durch Spezialisierungen die Zahnmedizin zur „Dienstleistung innerhalb einer Konsumgesellschaft“ werden könnte und der Therapieaspekt, die gesundheitliche Komponente der Behandlung, vernachlässigt würde (Wolf und Ramseier 2012), wird dabei weder aus dem Selbstbild noch aus dem Spezialisierungsverhalten junger Zahnärztinnen und -ärzte ersichtlich.

Bezogen auf das Berufsbild junger Zahnärztinnen und -ärzte sind zentrale Merkmale von Professionen in der Zahnmedizin weiterhin gegeben (s. Teil I, Kap. 2, Abschn. 2.2). Wie jedoch lässt sich dies mit dem niedrigen Stellenwert der Freiberuflichkeit bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten vereinbaren? Grundsätzlich scheinen auch junge Zahnärztinnen und -ärzte zentrale Werte der Freiberuflichkeit nach wie vor internalisiert zu haben und diese zu vertreten. Denn sie lehnen nicht die Freiberuflichkeit an sich ab, sondern vielmehr wird der Begriff von vielen jungen Zahnärztinnen und -ärzten anders ausgelegt als von ihren standespolitischen Organisationen. Infolge der irrtümlichen Gleichsetzung der Freiberuflichkeit mit der Niederlassung verstehen sich daher nur wenige junge Zahnärztinnen und -ärzte als Freiberufler/-innen. Dadurch wiederum können sich Probleme für den Fortbestand der Zahnmedizin als Profession ergeben: Denn die Eigenwahrneh-

mung, die eigene Tätigkeit nicht mehr als Freien Beruf zu sehen, gefährdet eben diesen Status, sodass es womöglich auf Dauer zu einer Deprofessionalisierung kommen könnte (Kettler 2016).

Nicht zuletzt aufgrund dieser Diskrepanzen hinsichtlich der Auslegung von Freiberuflichkeit kann das Verhältnis junger Zahnärztinnen und -ärzte zu ihrer Standespolitik mitunter problembehaftet sein. Aus Sicht der jungen Zahnärztinnen und -ärzte werden scheinbar nicht die gleichen Ziele verfolgt. Da auch erste Kontakte eher negativ perzipiert werden, wird in der Konsequenz die Möglichkeit zur Selbstverwaltung zum Teil nicht als Chance, sondern als Last begriffen.

Dabei ist die Standespolitik eine Vertretung aller Zahnärztinnen und -ärzte – in dieser sollten sich demnach auch junge Zahnärztinnen und -ärzte wiederfinden können. Doch sind in dieser Vertretung sowohl jüngere Zahnärztinnen und -ärzte als auch Frauen im Vergleich zur Zahnärzteschaft unterrepräsentiert. Dies wiederum führt dazu, dass ihre Interessen von Kolleginnen und Kollegen vertreten werden, die sich in anderen Lebenssituationen befinden, beispielsweise bereits lange Jahre niedergelassen sind, nicht am Anfang, sondern am Ende ihres Berufslebens stehen oder unter anderen Rahmenbedingungen praktiziert haben. Themen, die besonders Jüngere oder Zahnärztinnen betreffen, wird somit womöglich nicht die Aufmerksamkeit gewidmet, die sich diese Gruppen wünschen. Gleichzeitig engagieren sich, bis auf wenige Ausnahmen, junge Zahnärzte und gerade auch junge Zahnärztinnen nicht standespolitisch. Dafür geben sie eine Reihe von Gründen an: Neben Zeitkonflikten bemängeln sie vor allem auch bestehende Strukturen in der Standespolitik. Solange sie sich in diesen bestehenden Strukturen nicht wohlfühlen und keine Freude an der standespolitischen Tätigkeit finden, ist nicht mit vermehrtem Zulauf aus den Reihen jüngerer Zahnärztinnen und -ärzte zu rechnen (s. a. Teil III, Exkurs). Bis sie ihren Weg in die Standespolitik gefunden haben, werden sie ihre Interessen somit durch ältere Kolleginnen und mehrheitlich auch Kollegen vertreten lassen müssen. Dass über die Selbstverwaltung die Möglichkeit wahrgenommen werden kann, den zahnärztlichen Berufsstand selbstbestimmt zu organisieren, scheint für die meisten jungen Zahnärztinnen und -ärzte kein attraktives Argument für das eigene Engagement zu sein.

Das Verhältnis junger Zahnärztinnen und -ärzte zu ihrer standespolitischen Vertretung mag distanziert sein, mit ihrer Tätigkeit und ihren Arbeitsbedingungen dagegen sind sie in ihren ersten Berufsjahren überaus zufrieden. Die Berufszufriedenheit ist insofern von Bedeutung, als dass sich Arbeitsunzufriedenheit einerseits negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt und sie andererseits zu Abgängen aus der Patientenversorgung führt (Löffler et al. 2015). Abgänge aus der Versorgung, ob nun aufgrund von Unzufriedenheit oder aus anderen Gründen, sind bei den befragten jungen Zahnärztinnen und -ärzten kaum zu beobachten, die überwiegende Mehrheit ist in der Patientenversorgung tätig.

Dabei bringen junge Zahnärztinnen und -ärzte eine Reihe an Erwartungen mit, die sie sich auf ihrem beruflichen Weg erfüllen möchten: Zum einen haben sie bestimmte Vorstellungen von ihren Arbeitsbedingungen, sei es hinsichtlich des Praxiskonzepts oder bezogen auf die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden. Zum anderen entstehen die Erwartungen aufgrund der privaten Bedingungen. Beispielsweise wünschen sie sich eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, denn nicht wenige junge Zahnärztinnen und -ärzte gründen einige Jahre nach dem Berufseinstieg eine Familie. Darüber beeinflussen Persönlichkeitseigenschaften, wie der Wunsch nach Selbstverwirklichung, die beruflichen Erwartungen. Erfüllen sich Erwartungen an den Beruf nicht, führt dies möglicherweise zu Unzufriedenheit mit der Studienwahl und auch mit der eigenen Tätigkeit (Eli und Shuval 1982). So wurden in zurückliegenden Erhebungen regelmäßig Gruppen von Zahnärztinnen und -ärzten identifiziert, die in ihrer Rolle keine positiven Potenziale erkennen konnten und die in der Konsequenz versuchten, ihre Tätigkeit neu zu strukturieren (Härten und Kultermann 2000; Micheelis et al. 2010).

Aus der relativ hohen beruflichen Zufriedenheit ist zu schließen, dass sich bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten die Erwartungen an die ersten Berufsjahre überwiegend erfüllt haben. Eine Neustrukturierung ist bei ihnen noch nicht zu beobachten, im Gegenteil, viele von ihnen verfolgen die beruflichen Ziele, die sie sich gesetzt haben, konsequent. Ist dieses Ziel die Niederlassung, lassen sie sich durchaus Zeit, jedoch wohlbegründet: Denn die Übergangsphase, die sie in der Anstellung verbringen, nutzen sie, um sicherzustellen, dass ihre Erwartungen an die Arbeitsbedingungen, ob sie nun das eigene fachliche Können oder die Vereinbarkeit mit der Familie betreffen, auch in der Niederlassung erfüllt sind. Bei den bereits Niedergelassenen ist bereits zu beobachten, dass sie zufriedener sind als ihre gleichaltrigen angestellten Kolleginnen und Kollegen. Sollten auch diese in Zukunft ihre Vorstellungen gut umsetzen können, ist zu hoffen, dass ihre Arbeitszufriedenheit weiterhin hoch bleibt und sie sich in der Konsequenz nicht beruflich neu strukturieren möchten.

Ihre beruflichen Vorstellungen gut verwirklichen können junge Zahnärztinnen und -ärzte vor allem in Tätigkeitsformen, die in jüngerer Zeit vermehrt an Bedeutung gewonnen haben, wie der Anstellung oder gemeinschaftlicher Formen der Praxisführung. Diese bieten jungen Zahnärztinnen und -ärzten die Möglichkeit, sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen und Verantwortung nicht alleine tragen zu müssen. Sie bevorzugen mehrheitlich kleine gemeinschaftlich geführte Praxen. Doch ändern sich Praxisstrukturen, denn auch kleinere Praxisformen sind größer als noch vor einigen Jahren, da dort neben den Inhabenden mittlerweile oftmals auch weitere angestellt tätige Zahnärztinnen und -ärzte tätig sind. In Ballungsgebieten werden darüber hinaus vermehrt (Z-)MVZ gebildet, deren Anzahl (primär durch rechtliche und organisatorische Umfirmierungen) innerhalb kürzester Zeit deutlich stieg. Als aktuelle oder auch mögliche zukünftige Tätigkeitsorte sind sie bei jungen Zahnärztinnen und -ärzten oftmals weni-

ger beliebt, da in anderen Praxisformen bessere Arbeitsbedingungen für Angestellte vermutet werden. Aufgrund wachsender Praxisgrößen sind Räumlichkeiten, die früher für einen Behandelnden ausreichend waren, heute im Zweifel zu klein, um neben Inhabenden auch angestellte Zahnärztinnen und -ärzte beschäftigen zu können. Diese Entwicklung zu größeren Strukturen, welche den Vorstellungen junger Zahnärztinnen und -ärzte von ihrer Berufsausübung eher entspricht, führt dazu, dass ein Teil der Bestandspraxen mangels Nachfrage wohl nicht mehr veräußert werden können. Deutete sich eine entsprechende Entwicklung bereits in den vergangenen Jahren an (Klingenberger 2018), bestätigt sie sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie.

### **3 Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte und Veränderungen im Berufsstand**

In den vergangenen Jahren zu beobachtende Entwicklungen in der Zahnärzteschaft, wie beispielsweise der anhaltende Trend weg von der Niederlassung und hin zur Anstellung, wurden bisher oft mit Einstellungen der Generation Y erklärt. Ursächlich dafür sind jedoch nicht primär Einstellungsmerkmale, welche junge Zahnärztinnen und -ärzte aus ihrer Generation in den Berufsstand einbringen, sondern vielmehr führt eine Vielzahl verschiedener weiterer Einflüsse zur Entscheidung für eine Angestelltentätigkeit.

So wurden durch Neuerungen in der Gesetzgebung überhaupt erst die Möglichkeiten geschaffen, die zu Veränderungen führen konnten: Mit der Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) wurden neue Formen der Anstellung möglich. Diese wiederum wurden mit den Möglichkeiten zur Gründung von (fachgruppengleichen Zahn-)Medizinischen Versorgungszentren sowie der Erhöhung der Zulassungsgrenze angestellter Zahnärzte noch einmal erweitert. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung ermöglichte eine Niederlassung ohne regionale Einschränkungen.

Diese rechtlichen Novellierungen bieten jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten erweiterte Optionen der Berufstätigkeit, die ihren beruflichen Vorstellungen und Präferenzen sehr entgegenkommen. Sie können beliebig lange angestellt tätig sein, wodurch sie vor allem in der Phase der Familiengründung Sicherheiten haben, die ihnen die Niederlassung vermeintlich nicht in gleichem Ausmaß bietet. Sie können nahezu überall tätig sein und müssen beispielsweise nicht aufgrund von regionalen Beschränkungen aus großstädtischen Regionen abwandern. Sie können Wünsche nach kürzeren Arbeitszeiten umsetzen. Das alles trägt zu einer hohen Berufszufriedenheit bei. Durch die hohe berufliche Zufriedenheit wiederum bleiben sie überwiegend in ihrer erlernten Profession tätig. Da sie dort die Bedingungen vorfinden, die sie sich wünschen, weichen sie in der Regel nicht auf alternative Tätigkeiten aus.

Durch ihre Präferenzen zur Berufsausübung, wie der Anstellung oder der Tätigkeit in gemeinschaftlichen Praxisformen, tragen junge Zahnärztinnen und -ärzte zu Veränderungen in der Zahnärzteschaft bei. Dadurch, dass sie die ihnen vom Gesetzgeber eröffneten Möglichkeiten nutzen, ändern sich die Strukturen in der Zahnmedizin spürbar.

Die Gesamtzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte steigt kontinuierlich. Gleiches gilt für den Altersdurchschnitt, wobei die Bundesländer der ehemaligen DDR besonders von einem steigenden Altersdurchschnitt betroffen sind (BZÄK 2019). Sowohl die Anzahl als auch das Durchschnittsalter werden voraussichtlich zunächst weiter steigen, vermutlich bis etwa zum Jahr 2030. Wenn ab diesem Zeitpunkt geburtenstarke Jahrgänge aus Altersgründen ihre Tätigkeit beenden, ist damit zu rechnen, dass die Anzahl zahnärztlich tätiger Zahnärztinnen und -ärzte zunächst geringer wird, um sich dann wieder zu stabilisieren. Denn junge Zahnärztinnen und -ärzte kommen seit Jahren in stabiler Anzahl aus dem Studium mehrheitlich direkt in die Versorgung.

Ein Anstieg ist vor allem bei Angestellten zu beobachten, die Zahl der Niedergelassenen dagegen stagniert (BZÄK 2019). Das Verhältnis Angestellter zu Niedergelassenen wird sich mit Blick auf die Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte auch in Zukunft vermutlich weiter zugunsten der Angestellten verschieben. Dennoch ist nicht davon auszugehen, dass die Anzahl angestellter Tätiger die Anzahl der Niedergelassenen in absehbarer Zukunft übersteigen wird. Denn mehrheitlich möchten junge Zahnärztinnen und -ärzte sich – früher oder später – niederlassen. Gleichzeitig ist daher davon auszugehen, dass die Anzahl der Zahnarztpraxen abnimmt und tendenziell mehr Zahnärztinnen und -ärzte je Praxis tätig sein werden.

Sowohl die zu erwartenden altersbedingten Abgänge aus der Versorgung als auch der damit einhergehende Trend zu weniger Praxen könnte dazu führen, dass zukünftig nicht mehr die gleiche Flächenabdeckung in der zahnärztlichen Versorgung erreicht wird, wie sie zurzeit besteht, falls junge Zahnärztinnen und -ärzte ihre Präferenzen bezüglich des Tätigkeitsstandortes realisieren. Auch wenn für einen Teil von ihnen die Tätigkeit in ländlicheren Gegenden oder im Osten durchaus attraktiv ist, werden sie nicht die Abgänge infolge des beruflichen Ausstiegs ihrer älteren Kolleginnen und Kollegen der geburtenstarken Jahrgänge ausgleichen können.

Auch die Anzahl der Zahnärztinnen an der gesamten Zahnärzteschaft steigt. War Mitte des letzten Jahrhunderts der „typische Zahnarzt“ noch männlich, hat sich dieses Bild inzwischen gewandelt. Dabei weicht das Berufsbild, das Selbstverständnis von Zahnärztinnen nicht grundlegend von dem der Zahnärzte ab. Dennoch wirkt sich der steigende Frauenanteil auf Strukturen in der Zahnärzteschaft aus: Zu Beginn ihres Berufslebens nehmen Zahnärztinnen aufgrund der Familiengründung oftmals längere Auszeiten als ihre männlichen Kollegen. Auch wünschen sie sich aus fami-

liären Gründen eher kürzere Arbeitszeiten, bevorzugen längere Zeiten der Anstellung und lassen sich später im beruflichen Lebenslauf nieder als Zahnärzte. Diese Entwicklungen zu längeren Zeiten der Anstellung, kürzeren Arbeitszeiten und der geringeren Neigung zur Niederlassung wurden bereits vor einigen Jahren bei Zahnärztinnen beobachtet (Gross und Schäfer 2011) und bestätigen sich mit den in der Studie ermittelten Präferenzen. Solange die wahrgenommenen Bedingungen in der Niederlassung, welche die Familienplanung vereinfachen – längere Auszeiten ohne finanzielle und bürokratische Nachteile, Sicherheit, Arbeitszeiten – nicht denen der Anstellung ähneln, ist diesbezüglich keine Trendwende abzusehen. Denn auch in anderen Erhebungen wurde der subjektiv wahrgenommene Nachteil der Selbstständigkeit gegenüber der Anstellung bei gleichzeitiger Gründung einer Familie beschrieben (Wilcke et al. 2016). Somit trägt der steigende Anteil Zahnärztinnen zu einer Verstärkung bestimmter Veränderungen im Berufsstand bei.

Veränderte zahnärztliche Versorgungsbedarfe der Bevölkerung werden im Laufe ihres Berufslebens besonders die jungen Zahnärztinnen und -ärzte betreffen, die zurzeit am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn stehen. Dabei galt für sie bisher trotz veränderter Versorgungsbedarfe die gleiche Approbationsordnung aus dem Jahr 1955 wie für alle zurzeit berufstätigen Zahnärztinnen und -ärzte. Es bleibt zu beobachten, ob die ab 2021 neu eingeführte Approbationsordnung zu einer Ausbildung beiträgt, die den veränderten Versorgungsbedarfen auf Dauer besser Rechnung trägt. Zahnmedizinische Fähigkeiten und Fertigkeiten, auf deren Grundlage die Patientenversorgung in der Praxis erfolgt, erlernen angehende Zahnärztinnen und -ärzte im Studium. Die Kenntnisse werden dabei dichter an der Berufspraxis vermittelt, als es bei den meisten anderen Studiengängen der Fall sein mag (s. Teil II, Exkurs, Abschn. 1.5). Dennoch werden die Vorbereitung auf den Praxisalltag und auf bestehende sowie zukünftige Versorgungsbedarfe von jungen Zahnärztinnen und -ärzten nur zum Teil als angemessen empfunden. Dies gilt speziell in Bereichen, in denen sich epidemiologisch in Zukunft erhöhte Versorgungsbedarfe abzeichnen, wie beispielsweise der Seniorenzahnmedizin. Auch ist fraglich, inwieweit die universitäre Vorbereitung die Behandlung weiterer (vulnerabler) Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen umfasst.

Das intensive und regelmäßige Fortbildungsverhalten bietet jungen Zahnärztinnen und -ärzten wie auch ihren älteren Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, im Laufe ihres gesamten Berufslebens zeitnah auf veränderte Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung zu reagieren (Micheelis et al. 2010). Da eine Mehrheit junger Zahnärztinnen und -ärzte überwiegend allgemein Zahnärztlich tätig sind und Tätigkeitsschwerpunkte im Laufe des Berufslebens Versorgungsbedarfen angepasst werden können, ist davon auszugehen, dass auch in Zukunft eine angemessene Zahnmedizinische Versorgung erfolgen kann.



## 4 Implikationen der Studienergebnisse

Wie geht man nun mit den im vorliegenden Buch dargestellten Erkenntnissen um? Präsentiert wurden berufliche Ein- und Vorstellungen und Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte sowie deren berufliche Entscheidungen in ihren ersten Berufsjahren.

Bei Überlegungen zu zukünftigen Entwicklungen im zahnärztlichen Berufsstand kann die Kenntnis der Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte eine genauere Prognose ermöglichen. Vermutlich werden zwar nicht alle Befragten ihre Präferenzen dann tatsächlich realisieren, doch lassen sich aus den Ergebnissen belastbare Tendenzen ableiten. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte Chancen auf, positiv auf bestimmte berufliche Phasen und Arbeitsbedingungen der ersten Berufsjahre wirken zu können, beispielsweise, um einen reibungslosen Berufsstart zu ermöglichen oder auch, um die zahnärztliche Versorgung weiter zu verbessern. Auch ermöglichen die Erkenntnisse zu den Einstellungen und Präferenzen der jungen Zahnärztinnen und -ärzte den zahnärztlichen Körperschaften Unterstützungsangebote zu entwickeln, die sich gezielt an diese richten, sowie die Erreichbarkeit standespolitischer Ziele im Hinblick auf den zahnärztlichen Nachwuchs realistisch zu bewerten.

So sollen die vorliegenden Ergebnisse eine fundierte Wissensgrundlage u. a. zur Frage der Umsetzbarkeit der drei übergeordneten Ziele liefern, welche die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Hinblick auf den zahnärztlichen Nachwuchs festgelegt hatten – 1. Ziel: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen früher in die Niederlassung; 2. Ziel: Die wohnortnahe Versorgung soll gefördert werden; 3. Ziel: Der zahnärztliche Nachwuchs soll für die Standespolitik gewonnen werden. Kampagnen oder Maßnahmen, mit denen diese drei Ziele der BZÄK und der KZBV umgesetzt werden, sind nicht Teil der Analyse. Erste Ansätze für mögliche Herangehensweisen anhand der Beurteilung der Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte wurden jedoch in den Buchteilen II (1. und 2. Ziel) sowie III (3. Ziel) aufgezeigt.

Dabei wird nicht jede Maßnahme alle jungen Zahnärztinnen und -ärzte gleichermaßen gut erreichen können. Denn wie an den Ergebnissen deutlich wird, haben junge Zahnärztinnen und -ärzte zum Teil sehr unterschiedliche Gründe für ihre beruflichen Entscheidungen: Einige gehen später in die Niederlassung, weil sie vor der Existenzgründung fachlichen Aufholbedarf sehen, andere möchten die Familiengründung vor der eigenen Niederlassung abschließen. Einige engagieren sich standespolitisch nicht, weil ihnen die Zeit fehlt, andere glauben sich in den Strukturen der Standespolitik nicht so verwirklichen zu können, wie sie es sich wünschen. Daher scheint es erfolgversprechender, Maßnahmen passgenau auf kleine Gruppen zuzuschneiden, um diese zielgerichtet anzusprechen und schlussendlich auch erreichen zu können. Die in dem vorliegenden Buch dargestellten Ergeb-



nisse bieten detaillierte Ansatzpunkte für die Beurteilung, welche Maßnahmen für welche Angebote vermutlich hilfreich sind und welche weniger.

## 5 Was bringt die Zukunft?

Am Selbstverständnis der Zahnärztinnen und -ärzte, welches sozial, medizinisch und handwerklich geprägt ist, wird sich voraussichtlich auch in den kommenden Jahren wenig ändern. Junge Zahnärztinnen und -ärzte unterscheiden sich in der Selbstwahrnehmung kaum von älteren Kolleginnen und Kollegen. Die Außenwirkung dagegen wird vermutlich zunehmend durch den steigenden Frauenanteil und gemeinschaftlich geführte Praxisformen geprägt sein. Noch hat die Zahnmedizin als Profession weiterhin Bestand – beobachtet werden sollte jedoch die Einstellung von Zahnärztinnen und -ärzten zur Freiberuflichkeit. Werden die Werte der Freiberuflichkeit nicht internalisiert und im Berufsstand gelebt, könnte dies auf Dauer zu einer Deprofessionalisierung führen, auch wenn diese aktuell noch nicht zu drohen scheint.

Die zahnärztliche Patientenversorgung stellt sich stabil dar; an veränderte zahnmedizinische Anforderungen aus der Bevölkerung werden sich Zahnärztinnen und -ärzte über Fortbildungen und Spezialisierungen flexibel anpassen. Dabei wird die Versorgung in Zukunft vermutlich vermehrt in anderen Praxisstrukturen als in den vergangenen Jahrzehnten stattfinden. Die „klassische“ wohnortnahe Praxis mit nur einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin wird sich immer seltener finden. Mit einer Trendwende, die wieder mehr Niederlassungen, kleinere Praxisstrukturen, mehr Arbeitsstunden oder vermehrte Tätigkeit auf dem Land mit sich bringt, ist nicht zu rechnen. Dort, wo eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr möglich ist, könnten beispielsweise neue, innovative Behandlungsmodelle problemorientierte Lösungen bieten.

Mit einer vermehrten Beteiligung junger Zahnärztinnen und -ärzte in der Standespolitik ist bei den derzeit bestehenden Strukturen nicht zu rechnen. Dabei ist bei ihnen keine grundsätzliche Politikverdrossenheit zu beobachten. Ändern sich Strukturen, werden beispielsweise modernere Formen der Beteiligung ausprobiert, Anliegen Angestellter, Frauen, Jüngerer verstärkt in Diskussionen einbezogen und die Mitwirkung auch für Jüngere attraktiver gestaltet, könnten durchaus auch junge Zahnärztinnen und -ärzte für ein Engagement gewonnen werden.

Die zahnärztliche Profession und die Bedingungen, unter denen sie ausgeübt wird, werden sich auch in Zukunft weiter wandeln. Die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung sowie die Organisation der Zahnärzteschaft als Berufsstand werden dabei weiterhin Herausforderungen darstellen. Mit den Kenntnissen zu beruflichen Einstellungen und Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte kann die Zahnärzteschaft diesen Herausforderungen gut vorbereitet begegnen.

## 6 Literaturverzeichnis

- BZÄK [Bundeszahnärztekammer]: Statistisches Jahrbuch 2018/2019. Berlin 2019
- Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung (EFO-Z). IDZ-Information, 2005, (2)
- Eli, I., Shuval, J. T.: Professional socialization in dentistry. A longitudinal analysis of attitude changes among dental students towards the dental profession. *Social Science and Medicine*, 1982, 16, (9), 951-955
- Gross, D., Schäfer, G.: "Feminization" in German dentistry. Career paths and opportunities – A gender comparison, *Women's Studies International Forum*, 2011, 34, (2), 130-139
- Härten, I., Kultermann, G.: Auf dem Weg in die Zukunft. Zahnarzt zwischen Tradition und Innovation. ESPE Dental (Hrsg.), Seefeld 2000
- Kettler, N.: Antizipatorisches Berufsbild und Sozialisation von Studierenden der Zahnheilkunde – ein nationaler Survey. Masterarbeit, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf 2016
- Kettler, N., Krois, J., Frenzel Baudisch, N.: Stressbelastungen von Zahnärztinnen und -ärzten in der Assistenzzeit. Poster, 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 10.-12.10.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018. DocP059, doi: 10.3205/18dkvf244
- Klingenberger, D.: Die zahnärztliche Niederlassung. Stand der Forschung zur Praxisgründung. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln 2018
- Löffler, C., Höck, J., Hornung, A., Kundt, G., Drewelow, E., Völker, S., Kreiser, B., Riedel, J., Altiner, A.: Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. *Das Gesundheitswesen*, 2015, 77, (12), 927-931, DOI:10.1055/s-0034-1387743
- Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie (ANFO-Z). IDZ-Information, 2010, (1)
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. 6. Aufl., München/Jena 2005
- Wilcke, A. J., Buchmann, M., Reißmann, D. R., Pohontsch, N., Arabi, G., Heidecke, G.: „Feminisierung“ der Zahnmedizin: Herausforderung an einen Wandel des Berufsbildes. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 2016, 71, (3), 217-224
- Wolf, C. A., Ramseier, C. A.: Das Image der Zahnmedizin. Teil 1: Ergebnisse einer Literaturrecherche. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 2012, 122, (2) 121-126



# Anhang: Methoden der Studie „Y-Dent – Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“

---

## 1 Überblick und Studienziel

In der Studie „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ wurden berufliche Erfahrungen und Präferenzen junger Zahnärztinnen und -ärzte am Ende ihres Studiums sowie in den ersten Berufsjahren erhoben.

Die longitudinale Studie war im Mixed-Methods-Design angelegt: Die Studienteilnehmenden wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren drei Mal quantitativ in Form je eines Fragebogens befragt. Darüber hinaus wurden zu zwei Zeitpunkten qualitative Untersuchungen in Form von Gruppendiskussionen durchgeführt.

Die drei quantitativen Erhebungen wurden im Zeitraum von 2014 bis 2019 durchgeführt, dieselben Studienteilnehmenden wurden jeweils im Abstand von zwei Jahren erneut um Teilnahme gebeten (Abb. 1.1). Die erste quantitative Befragung (Welle 1) war eine bundesweite Vollerhebung: Sie richtete sich im Winter 2014/15 an alle Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im 9. und 10. Semester in Deutschland. Die Teilnehmenden wurden im Frühjahr 2017 erneut eingeladen, an der zweiten Befragung (Welle 2) teilzunehmen, mehrheitlich waren sie zu diesem Zeitpunkt in der Assistenzzeit. Die dritte Befragung (Welle 3) erfolgte im Frühjahr 2019, die meisten Teilnehmenden waren als angestellte Zahnärztinnen und -ärzte tätig.

Vor der ersten quantitativen Befragungswelle wurden im Sommer 2014 drei Gruppendiskussionen mit Studierenden durchgeführt. Eine weitere Gruppendiskussion fand im Frühjahr 2018 statt mit Teilnehmenden, die sich am Übergang von der Assistenzzeit in die Anstellung oder Niederlassung befanden.

Die Studienendpunkte der Gesamtstudie waren die Darstellung und Analyse des Berufsbildes angehender und junger Zahnärzte, der präferierten beruflichen Wege sowie der beruflichen Belastungen im Zeitraum vom Ende des Studiums bis in die ersten Berufsjahre.

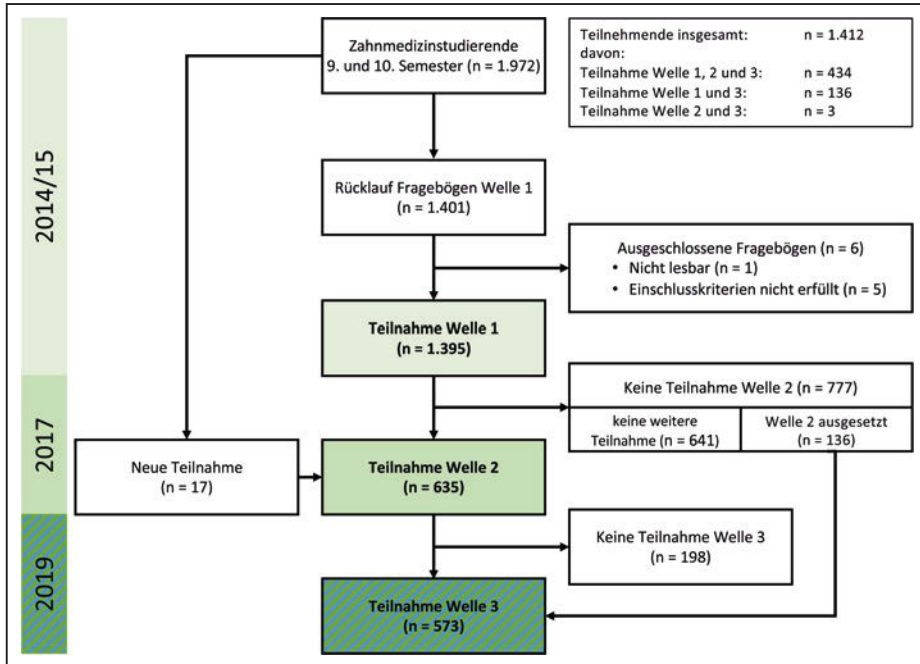


Abbildung 1.1: Flowchart zur Studienteilnahme

## 2 Durchführung der Studie und Datenerhebung

### 2.1 Erste qualitative Untersuchung

Das Ziel der ersten qualitativen Untersuchung war die Erfassung subjektiver Bedeutungswelten (Schütz 2004) und Belange angehender Zahnärztinnen und -ärzte hinsichtlich der Themenbereiche Berufsbild, berufliche Wege und Belastungen. Auf Basis der qualitativen Ergebnisse wurde der Fragebogen der ersten quantitativen Erhebung entwickelt. Darüber hinaus sollten vertiefende Informationen zum Umfeld der Teilnehmenden die Interpretation der Ergebnisse des Fragebogens präzisieren.

Im Sommer 2014 wurden drei Fokusgruppendifkussionen mit Studierenden der Ludwig-Maximilians-Universität München, der Universität zu Köln sowie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt. Die an den Gruppendiskussionen teilnehmenden Studierenden wurden aus dem 9. und 10. Fachsemester Zahnmedizin rekrutiert.

Der Projektpartner IMIG organisierte die Fokusgruppendifkussionen und führte sie durch. Der Leitfaden für die Gruppendiskussionen wurde auf Basis der Endpunkte der Gesamtstudie erstellt, in Zusammenarbeit des

Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) mit dem Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen (IMIG, München).

An der Fokusgruppendifkussion in München im Juli 2014 nahmen 6 Studentinnen und 3 Studenten teil. Die Fokusgruppendifkussion in Köln wurde im Juli 2014 mit 4 Studentinnen und 3 Studenten durchgeführt. Die dritte Fokusgruppendifkussion fand in Halle/Saale im August 2014 mit 8 Studentinnen statt. Die Diskuffionen dauerten jeweils etwa 2 Stunden. Sie wurden aufgezeichnet und im Anschluss an die Diskuffionen anonymisiert transkribiert.

## 2.2 Erste quantitative Erhebung (Welle 1)

Die erste quantitative Erhebung wurde in Form eines Paper-Pencil-Fragebogens durchgeführt. Die Ergebnisse der ersten qualitativen Erhebung dienten als Grundlage bei der Fragebogenerstellung. Erkenntnisse aus anderen Befragungen zum Studium oder den ersten Berufsjahren sowie validierte Befragungsinstrumente, deren Einsatz sinnvoll erschien, wurden bei der Fragebogenerstellung berücksichtigt. Die einzelnen Fragen spiegeln die Bereiche Berufsbild, Berufswege und Bedingungen/Belastungen wieder. Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Itembatterien findet sich bei Kettler et al. (2017).

Der Fragebogen wurde im Oktober 2014 einem Pretest unterzogen. Auf Grundlage der im Pretest rückgemeldeten Kommentare wurde der 33 Fragen umfassende Fragebogen für die Feldphase finalisiert.

Um die Antworten im longitudinalen Verlauf den Teilnehmenden zuordnen zu können, ohne datenschutzrechtliche Bestimmungen zu verletzen, wurden die Teilnehmenden gebeten, einen persönlichen Code zu generieren. Dieser bestand aus einer fünfstelligen Buchstaben- und Zahlenkombination, die sich aus bestimmten Ziffern des Geburtstages sowie Buchstaben aus den Namen der Eltern und des Geburtsortes zusammensetzten. Diese Kennung ermöglichte die longitudinale Zuordnung über alle drei quantitativen Befragungswellen hinweg.

In der Einverständniserklärung wurden die Studierenden gefragt, ob sie einer weiteren Kontaktaufnahme für die Laufzeit des Projekts über E-Mail zustimmen. Die Zustimmung sowie Angabe der Mailadresse waren freiwillig.

Die erste quantitative Befragung richtete sich als Vollerhebung an alle Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aller 30 Universitätsstandorte in Deutschland, die im Wintersemester 2014/15 Kurse des 9. und 10. Fachsemesters besuchten. Es wurden keine weiteren Ausschlusskriterien formuliert, zu diesem Zeitpunkt kamen 1.972 Zahnmedizinisierende als potenzielle Studienteilnehmende in Frage.

Der Kontakt zu der Zielgruppe wurde über die Fachschaften Zahnmedizin der jeweiligen Universitäten hergestellt. Auf der BundesFachschaftsTagung im Juni 2014 wurde das Projekt den anwesenden Fachschaftsvertretern vorgestellt. Im Anschluss benannten alle 30 Fachschaften Ansprechpartner/-innen für die Organisation der Studie vor Ort. Die Teilnahme und Organisation erfolgte freiwillig, jeder Fachschaft wurde jedoch nach Abschluss der Studie und unabhängig von der Teilnehmerzahl eine finanzielle Kompensation ausgezahlt. Informationen zur Zielgruppe, wie die Anzahl der Studierenden in den Fachsemestern, wurden von den Fachschaftsvertretern der jeweiligen Universität zur Verfügung gestellt.

Die Kontaktpersonen in den Fachschaften erhielten im November 2014 Pakete mit den Fragebögen sowie unterstützendem Informationsmaterial. Die Verteilung an die Zielgruppe erfolgte in der Regel durch die Semestersprecher/-innen am Rande von Pflichtvorlesungen, Seminaren oder Behandlungskursen. Die Feldzeit lag zwischen dem 24. November 2014 und dem 6. März 2015. Jede/r Studierende der Zielgruppe erhielt einen Umschlag, in dem sich ein Fragebogen sowie ein an das IDZ voradressierter und frankierter Rückumschlag befand, und darüber hinaus eine Einverständniserklärung zur Wiederbefragung sowie ein an die KZBV voradressierter und frankierter Umschlag. Teilnehmende konnten die Fragebögen und Einverständniserklärungen postalisch versenden, in eine vom IDZ zur Verfügung gestellte verschlossene Box oder den Fachschaftsbriefkasten werfen oder direkt bei den Semestersprechern/-innen oder Fachschaftsvertretern abgeben. Der Rückversand wurde in diesen Fällen gesammelt von den Kontaktpersonen vor Ort organisiert. Es nahmen 1.401 (71,0 %) Studierende an der ersten Erhebung teil. Für ihre Teilnahme erhielten sie ein Incentive (Online-Gutschein).

Aus Datenschutzgründen erfolgten die Erhebung der Fragebögen und die Eingabe der Einverständniserklärungen sowie der Gutscheinversand personell und räumlich getrennt voneinander. Die Verknüpfung der im Fragebogen erhobenen Daten mit den Mailadressen ist nur mithilfe des persönlichen Codes möglich. Fragebogen und persönlicher Code wurden im IDZ registriert, das Einverständnis zur Wiederbefragung, die Mailadresse sowie der persönliche Code bei der Datenschutzbeauftragten für diese Studie.

### **2.3 Zweite quantitative Erhebung (Welle 2)**

Die zweite quantitative Erhebung fand als Online-Survey im Frühjahr 2017 statt. Die Themen der Befragung umfassten erneut das Berufsbild, Berufswege sowie Arbeitsbedingungen und -belastungen. Erkenntnisse aus der ersten quantitativen Erhebung sowie der ersten qualitativen Untersuchung flossen in die Entwicklung ein, teilweise wurden Fragen angepasst und überarbeitet. Ein Teil der Fragen wurde dagegen unverändert aus der ersten Befragung übernommen, um eine longitudinale Auswertung zu ermög-

lichen. Neu konzipierte Fragen bezogen sich vor allem auf die Bedingungen in der Assistenzzeit sowie auf die Themenbereiche Familienplanung und Bürokratie.

Ein Pretest wurde durch den Projektpartner Kantar Health organisiert. Nach der anschließenden Finalisierung enthielt der Fragebogen 31 Fragen.

Der externe Projektpartner Kantar Health übernahm die Programmierung des Online-Fragebogentools, das Anschreiben der Studienteilnehmenden, die Erhebung der Daten sowie die Erstellung des Datensatzes.

Die Feldzeit erstreckte sich vom 31. Januar 2017 bis zum 6. März 2017. 1.263 Studierende hatten sich nach der ersten Befragungswelle bereit erklärt, erneut an der Studie teilzunehmen. Von diesen waren zu Beginn der zweiten Befragungswelle noch 1.220 erreichbar. Sie erhielten eine E-Mail mit einer Einladung zur Studie sowie einem Link zur Teilnahme. Erfolgte keine Teilnahme, wurden die Zahnärztinnen und -ärzte bis zu drei weitere Male per E-Mail zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Es nahmen 635 (52,0 % der angeschriebenen) Zahnärztinnen und -ärzte an der zweiten Befragung teil. Sie erhielten für ihre Teilnahme ein Incentive (Online-Gutschein).

Aufgrund eines Programmierfehlers des Projektpartners Kantar Health in der Filterführung wurden fälschlicherweise drei Fragen zur möglichen Niederlassung denjenigen Studienteilnehmenden nicht gestellt, die angegeben hatten, sich niederlassen zu wollen. Aus diesem Grund erfolgte nach einer methodischen Beratung durch das Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) eine Nacherhebung der entsprechenden Fragen im Juni und Juli 2017. Die Nacherhebung wurde erneut als Online-Erhebung realisiert. Von 375 Studienteilnehmenden, die aufgrund der fehlerhaften Filterführung im Frühjahr 2017 drei Fragen zur möglichen Niederlassung nicht gestellt bekommen hatten, beteiligten sich 204 an der Nacherhebung.

## **2.4 Zweite qualitative Untersuchung**

Die zweite qualitative Untersuchung hatte zum Ziel, Überlegungen und Entscheidungsprozesse junger Zahnärztinnen und -ärzte bezüglich der unterschiedlichen Berufswege Anstellung und Niederlassung zu ergründen, indem deutungs- und handlungsgenerierende Strukturen in der Übergangsphase von der Assistenzzeit in die Anstellung oder Niederlassung rekonstruiert wurden.

Die Fokusgruppendifkussion fand im März 2018 in Frankfurt/Main statt. In der zweiten quantitativen Erhebung hatten 316 Teilnehmende zugestimmt, für eine Teilnahme an „weiteren Befragungen in kleinen Gruppen“ kontaktiert werden zu dürfen. Aus dieser Gruppe wurden 95 Zahnärztinnen und



-ärzte, die bestimmte Kriterien erfüllten (u. a. Teilnahme an den ersten beiden quantitativen Befragungswellen, gewisse Mindestdauer der Assistenzzeit) zur Teilnahme an einer Fokusgruppe eingeladen.

Der Projektpartner Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen (IMIG, München) führte die Gruppendiskussion durch. Der Leitfaden für die Gruppendiskussion wurde in Zusammenarbeit des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) mit dem Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen (IMIG, München) erstellt.

An der Fokusgruppendifkussion nahmen 6 Zahnärztinnen und 3 Zahnärzte teil. Die Diskussion dauerte etwa 2 Stunden. Sie wurde aufgezeichnet und im Anschluss anonymisiert transkribiert.

## **2.5 Dritte quantitative Erhebung (Welle 3)**

Die dritte quantitative Erhebung fand als Online-Survey im Frühjahr 2019 statt. Inhaltlich wurden erneut die drei Themenbereiche Berufsbild, Berufswege sowie Arbeitsbedingungen und -belastungen aufgegriffen. Um eine longitudinale Analyse zentraler Studienergebnisse zu ermöglichen, wurde ein Teil der Fragen wortgleich aus den ersten beiden Fragebögen übernommen. Einige Fragen wurden für den aktuellen Fragebogen auf Basis der Erkenntnisse der vorangegangenen quantitativen und qualitativen Erhebungen weiterentwickelt. Mithilfe neuer Fragestellungen wurde einerseits gezielt die Situation in der Anstellung beleuchtet und andererseits die bereits Niedergelassenen zu ihrer Selbstständigkeit befragt.

Der Projektpartner Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) führte einen Pretest durch. Dieser erfolgte zunächst schriftlich und wurde ergänzt mithilfe einer Fokusgruppendifkussion, in der ausgewählte Fragen durch junge Zahnärztinnen und -ärzte kommentiert wurden. Anschließend wurde der Fragebogen finalisiert und umfasste in seiner finalen Version 35 Fragen.

Der externe Projektpartner (infas) übernahm die Programmierung des Online-Fragebogentools, das Anschreiben der Studienteilnehmenden, die Erhebung der Daten sowie die Erstellung des Datensatzes.

Die Feldzeit der Online-Befragung begann am 14. Februar 2019 und endete am 31. März 2019. Insgesamt 1.190 Panelzahnärztinnen und -ärzte, die nach der Erstbefragung 2014/15 ihr Einverständnis gegeben hatten, für weitere Befragungen kontaktiert zu werden, waren per E-Mail erreichbar. Sie erhielten eine Einladung zur Studie und einen Link zur Teilnahme. Es nahmen 573 (48,1 % der angeschriebenen) Zahnärztinnen und -ärzte an der dritten Befragungswelle teil. Für ihre Teilnahme erhielten sie ein Incentive (Online-Gutschein).

### 3 Die Studienteilnehmenden

Die Studienteilnahme wurde allen Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ermöglicht, die im Wintersemester 2014/15 an einer der 30 deutschen Universitäten an Kursen des 9. und 10. Semesters teilnahmen. Alle Teilnehmenden, die 2014/15 der weiteren Befragung im longitudinalen Verlauf zugestimmt hatten, wurden in den kommenden Erhebungen erneut angeschrieben. An der ersten Erhebung beteiligten sich 71,0 %, an der zweiten 52,0 % und an der dritten 48,1 % der jeweils kontaktierten Studienteilnehmenden.

Zur Qualitätskontrolle wurden die Angaben der Teilnehmenden der ersten Befragungswelle zu Alter und Geschlecht mit den Daten der Zielpopulation verglichen (Tab. 3.1). Die Geschlechts- und Altersverteilung in der Studienpopulation ist vergleichbar mit der Verteilung in der Zielpopulation. Die Studie, die als Vollerhebung eines Jahrgangs geplant war, erreichte in der Erstbefragung eine Ausschöpfungsrate von 71,0 % der Zielgruppe (42 % bis 98 % je nach Universitätsstandort), daher wurden die Daten für die weitere Analyse nicht gewichtet.

<b>Tabelle 3.1: Demografische Daten der Zielpopulation und der Teilnehmenden der Befragungswelle 1</b>		
	<b>Zielpopulation</b> (alle Studierenden 9. und 10. Semester, WS 2014/2015)	<b>Studienpopulation</b> (Teilnehmende Welle 1)
<b>Gesamt</b>	n = 1.972	n = 1.395
<b>Geschlecht</b>		
Unbekannt	n = 330	n = 1
Bekannt, davon:	n = 1.642	n = 1.394
Weiblich	n = 1.079 (65,7 %)	n = 948 (68,0 %)
Männlich	n = 563 (34,3 %)	n = 446 (31,0 %)
<b>Alter (in Jahren)</b>		
Unbekannt	n = 487	n = 31
Bekannt, davon:	n = 1.485	n = 1.364
≤ 23	n = 206 (13,9 %)	n = 213 (15,6 %)
24-25	n = 625 (42,1 %)	n = 604 (44,3 %)
26-27	n = 235 (15,8 %)	n = 219 (16,1 %)
28-29	n = 197 (13,3 %)	n = 171 (12,5 %)
30-31	n = 111 (7,5 %)	n = 89 (6,5 %)
≥ 32	n = 111 (7,5 %)	n = 68 (5,0 %)

Für die zweite und dritte Befragungswelle wurde eine Non-Responder-Analyse durchgeführt (Tab. 3.2). Auch, wenn sich keine sehr deutlichen Unterschiede ergeben, nahmen tendenziell eher Frauen und Jüngere an den Folgebefragungen teil. In Befragungswelle 3 ist darüber hinaus der Anteil derer mit zahnärztlich tätigen Eltern im Vergleich zu Welle 1 und Welle 2 etwas niedriger.

<b>Tabelle 3.2: Non-Responder-Analyse: Demografische Daten der Studienteilnehmenden und der Nicht-Teilnehmenden im Vergleich</b>					
	<b>Welle 1</b>	<b>Welle 2</b>		<b>Welle 3</b>	
	Teilnehmende	Teilnehmende	Nicht-Teilnehmende	Teilnehmende	Nicht-Teilnehmende
<b>Gesamt</b>	n = 1.395	n = 618	n = 777	n = 570	n = 825
<b>Geschlecht</b>					
Weiblich	n = 948 (68,0 %)	n = 436 (70,6 %)	n = 512 (66,0 %)	n = 400 (70,2 %)	n = 548 (66,5 %)
Männlich	n = 446 (31,0 %)	n = 182 (29,4 %)	n = 264 (34,0 %)	n = 170 (29,8 %)	n = 276 (33,5 %)
<b>Alter im WS 2014/15</b>	n = 1.364	n = 606	n = 758	n = 560	n = 804
Mittelwert ± Standardabweichung (in Jahren)	25,9 ± 3,0	25,5 ± 2,8	26,2 ± 3,2	25,7 ± 2,9	26,0 ± 3,1
<b>Eltern Zahnärzte</b>					
Ja	n = 275 (19,9 %)	n = 128 (20,9 %)	n = 147 (19,0 %)	n = 97 (17,2 %)	n = 178 (21,7 %)
Nein	n = 1.109 (80,1 %)	n = 483 (79,1 %)	n = 626 (81,0 %)	n = 466 (82,8 %)	n = 643 (78,3 %)

Eine Übersicht mit Eckdaten zu den Studienteilnehmenden findet sich im Kapitel „Übersicht: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Studie“. Die Verteilung der Studienteilnehmenden der dritten quantitativen Erhebung im Vergleich zur Wohnbevölkerung in Deutschland ist in Tabelle 3.3 dargestellt. Eine Übersicht über die Praxisformen, in denen Studienteilnehmende jeweils in Welle 2 (2017) und Welle 3 (2019) tätig waren, gibt Tabelle 3.4.

<b>Tabelle 3.3: Verteilung der Tätigkeitsstandorte Studienteilnehmender 2019 auf Kammern/KZVen und darin jeweils auf verschiedene Ortsgrößen (Reihenprozente) (in Hellblau und Klammern: Verteilung der Wohnbevölkerung in 2017; Quelle: BBSR, 2017)</b>				
<b>Kammer/KZV</b>	<b>Verteilung Zahnärztinnen und Zahnärzte 2019 Y-Dent % (n)</b>	<b>davon in folgenden Ortsklassengrößen</b>		
		Ländlich (< 20.000 EW)	Mittelstädtisch (20.000–100.000 EW)	Großstädtisch (> 100.000 EW)
Baden-Württemberg	16,9 % (92) (13,3 %)	37,0 % (42,3 %)	28,3 % (38,2 %)	34,8 % (19,6 %)
Bayern	16,0 % (87) (15,7 %)	49,4 % (60,0 %)	18,4 % (17,5 %)	32,2 % (22,4 %)
Berlin	6,5 % (36) (6,1 %)	0,0 % (0,0 %)	2,8 %** (0,0 %)	97,2 % (100 %)
Brandenburg	2,2 % (12) (3,0 %)	33,3 % (57,4 %)	50,0 % (35,6 %)	16,7 % (7,0 %)
Bremen	0,2 % (1) (0,8 %)	0,0 % (0,0 %)	0,0 % (0,0 %)	100,0 % (100 %)
Hamburg	5,4 % (29) (2,2 %)	0,0 % (0,0 %)	3,4 %** (0,0 %)	96,6 % (100 %)
Hessen	6,1 % (34) (7,5 %)	35,3 % (46,2 %)	17,6 % (29,6 %)	47,1 % (24,2 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1,8 % (10) (1,9 %)	40,0 % (62,7 %)	40,0 % (24,3 %)	20,0 % (12,9 %)
Niedersachsen	8,5 % (47) (9,6 %)	25,5 % (44,3 %)	29,8 % (36,0 %)	44,7 % (19,6 %)
Nordrhein	12,4 % (68) (21,6 %*)	14,7 % (13,1 %*)	17,6 % (40,9 %*)	67,6 % (46,0 %*)
Rheinland-Pfalz	3,2 % (18) (4,9 %)	55,6 % (66,2 %)	16,7 % (18,9 %)	27,8 % (14,9 %)
Saarland	0,9 % (5) (1,2 %)	20,0 % (52,1 %)	40,0 % (29,7 %)	40,0 % (18,2 %)
Sachsen	4,1 % (23) (4,9 %)	39,1 % (47,0 %)	17,4 % (19,1 %)	43,5 % (33,8 %)
Sachsen-Anhalt	2,0 % (11) (2,7 %)	18,2 % (44,9 %)	36,4 % (33,6 %)	45,5 % (21,5 %)
Schleswig-Holstein	4,9 % (27) (3,5 %)	48,1 % (59,3 %)	25,9 % (24,6 %)	25,9 % (16,1 %)
Thüringen	1,6 % (9) (2,6 %)	33,3 % (56,8 %)	55,6 % (28,1 %)	11,1 % (15,1 %)
Westfalen-Lippe	7,4 % (41) (21,6 %*)	22,0 % (13,1 %*)	41,5 % (40,9 %*)	36,6 % (46,0 %*)
Gesamt (n)	550	166	128	256
* ganz Nordrhein-Westfalen				
** Originalangaben der Teilnehmenden				

**Tabelle 3.4: Verteilung der Studienteilnehmenden auf verschiedene Praxisformen in 2017 und 2019**

Praxisform	Dort tätige Studienteilnehmende	
	2017	2019
Einzelpraxis	56,5 %	45,4 %
Gemeinschaftspraxis 2 Inhabende	23,3 %	
Berufsausübungsgemeinschaft		12,8 %
Praxisgemeinschaft		13,9 %
Gemeinschaftspraxis > 2 Inhabende	6,2 %	
Berufsausübungsgemeinschaft		2,6 %
Praxisgemeinschaft		3,8 %
(Zahn-)Medizinisches Versorgungszentrum	3,5 %	10,1 %
Universitätsklinikum	7,9 %	9,0 %
Bundeswehr	0,5 %	1,1 %
Sonstiges	2,0 %	1,3 %

## 4 Auswertung der Daten

Das vorliegende Buch enthält keine umfassende Darstellung aller Ergebnisse der Studie. Die Analyse der Daten erfolgte anhand der Fragestellungen des Buches. Dadurch wurden einige Daten sehr detailliert ausgewertet, andere Daten dagegen für das vorliegende Buch nicht. Auf die Darstellung der Inhalte der qualitativen Erhebung wurde verzichtet, wobei sich diese allerdings implizit in der Ausdeutung der Ergebnisse wiederfinden.

### 4.1 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten wurde mit IBM SPSS Statistics, Version 26, durchgeführt. Ergänzend kamen für die Erstellung von Abbildungen Excel 2016 und R, Version 3.5.3, zum Einsatz.

Das longitudinale Studiendesign ermöglicht es, Meinungen und deren Änderung nicht nur als Anteile an der gesamten Studiengruppe darzustellen, sondern auch auf Individualebene. Neben der Darstellung von Einstellungsveränderungen im zeitlichen Verlauf von der ersten Befragungswelle 2014/15 über die zweite Befragungswelle 2017 bis zur dritten Befragungswelle 2019 kann auch ein möglicher Zusammenhang zwischen früher und später gegebenen Antworten untersucht werden.

Im Rahmen der Auswertungen werden zum einen Daten der einzelnen Erhebungswellen präsentiert, dabei liegt ein besonderer Fokus auf den

Ergebnissen der dritten Erhebungswelle. Zum anderen werden die drei Erhebungswellen vergleichend gegenübergestellt. So ist zum Beispiel von Interesse, ob der Anteil der Teilnehmenden mit langfristiger Präferenz Niederlassung oder Anstellung über die drei Befragungswellen hinweg gleichgeblieben ist oder ob eine Veränderung über die Zeit zu erkennen ist. Darüber hinaus werden intra-individuelle Verläufe analysiert, so beispielsweise, welche Studienteilnehmenden bei ihrer Antwort aus Welle 1 zur langfristig präferierten Form der Berufsausübung geblieben sind und welche ihre Meinung bis zur Welle 3 geändert haben (vgl. beispielsweise Abb. II.1.26).

Einige Fragen waren bewusst so gestellt, dass Mehrfachantworten möglich waren. Für die Analysen war es jedoch zum Teil unumgänglich, nur eine Antwort je Studienteilnehmenden zu werten. Hierfür wurden die Mehrfachantworten auf eine Hauptantwort reduziert. Wenn beispielsweise mehr als eine Praxisform angegeben wurde, in der aktuell gearbeitet wird, so wurde die Organisationsform verwendet, in der laut Vertrag mehr Stunden gearbeitet wurden.

Bereits niedergelassene Teilnehmende wurden bei Analysen zur langfristig präferierten Berufsausübung berücksichtigt und zum Teil in einer Gruppe mit denjenigen betrachtet, die für ihren zukünftigen Berufsweg als Präferenz die Niederlassung angegeben hatten, aber aktuell noch nicht niedergelassen sind. Sind die Antworten der bereits Niedergelassenen in der Analyse berücksichtigt, wird darauf in den Abbildungen oder im Fließtext hingewiesen.

Ein großer Teil der Fragestellungen wurde mittels deskriptiver Methoden und ergänzender statistischer Tests analysiert. Zur Deskription werden für kategoriale Variablen Häufigkeiten und Prozentwerte angegeben, für stetige Variablen Mittelwerte und Standardabweichungen. Gruppenvergleiche bezüglich kategorialer Variablen wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests durchgeführt; bezüglich stetiger Variablen mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests (Vergleich von zwei Gruppen) bzw. des Kruskal-Wallis-Tests (Vergleich von mehr als zwei Gruppen).

Die im vorliegenden Buch dargestellten Ergebnisse der Y-Dent-Studie haben einen explorativen Charakter, mit denen keine vorab formulierten statistischen Hypothesen überprüft, sondern vielmehr die Einstellungen und das Verhalten junger Zahnärztinnen und Zahnärzte beschrieben werden sollten. Vor diesem Hintergrund sind auch die Auswertungen zu interpretieren, insbesondere werden p-Werte nur zu deskriptiven Zwecken dargestellt.

In Teil I, Kapitel 1 wird untersucht, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation, zu einem bestimmten beruflichen Status oder auch ein bestimmter familiärer Hintergrund die Einstellungen von Zahnärztinnen und -ärzten zu ihrer Berufsausübung beeinflussen. Für diese Analyse wur-

den neben den Daten der Y-Dent-Studie Daten aus drei weiteren Studien einbezogen, die in der Vergangenheit am IDZ durchgeführt wurden: Erstens Daten zu Assistenz Zahnärztinnen und -ärzten sowie Angestellten, die im Jahr 2015 parallel zur Befragung der Studierenden in zwei zusätzlichen Querschnittsmodulen des Projekts „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ befragt wurden (Kettler und Klingenberg 2016). Zweitens Daten zu niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzten, die im Jahr 2004 im Rahmen der Querschnittserhebung „Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung“ gebeten wurden, angenehme und unangenehme Seiten ihres Berufs zu bewerten (Bergmann-Krauss et al. 2005). Drittens Daten zu angestellt und niedergelassenen Tätigen, die im Jahr 2009 im Rahmen der Querschnittsstudie „Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung“ gefragt wurden, welche Faktoren nach ihrer subjektiven Sicht ihre berufliche Autonomie einschränken (Micheelis et al. 2010). Die Fragen zu angenehmen sowie unangenehmen Seiten des Berufs und zur Einschränkung der beruflichen Autonomie wurden mit geringfügigen Abwandlungen auch in den drei Befragungswellen der Y-Dent-Studie und in den zwei ergänzenden querschnittlichen Modulen des Berufsbildprojekts gestellt.

Mithilfe von logistischen Regressionsmodellen wurde untersucht, ob das Antwortverhalten der Teilnehmenden unterschiedlicher Generationen, unterschiedlichen Alters, nach beruflichem Status oder familiärer Sozialisation auf diese Fragen differiert. Es wurden nur Modelle berechnet, wenn bei den Fragen eine Variabilität im Antwortverhalten zu beobachten war – Fragen, die von mehr als 90 % der Teilnehmenden in gleicher Weise beantwortet wurden, wurden nicht als Zielgröße berücksichtigt. Damit die Teilnehmenden aus der Y-Dent-Studie nicht mehrfach in die Analyse eingingen, wenn sie an mehr als einer Erhebungswelle teilgenommen haben, wurden sie immer mit den Daten der Welle berücksichtigt, an der sie zuletzt teilgenommen hatten.

Es wurden zunächst zwei Arten von Modellen berechnet für den Gesamtdatensatz, der Daten aus allen o. g. Studien enthält. Zum einen wurden als Einflussgrößen die Merkmale Generation (Babyboomer, Generation X, Generation Y) und beruflicher Status (Niederlassung, Anstellung, Assistenz) betrachtet; zusätzlich wurde für das Merkmal Geschlecht adjustiert. Zum anderen wurden die Merkmale Alter (unter 35 Jahre, 35-44 Jahre, 45-54 Jahre und 55-64 Jahre) und beruflicher Status adjustiert nach Geschlecht betrachtet. Darüber hinaus wurden Modelle berechnet, die nur auf den Daten aus dem Projekt „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ basierten. Hier wurde zusätzlich zu den Merkmalen Generation, beruflicher Status und Geschlecht das Merkmal familiäre Sozialisation (mindestens ein Elternteil ist Zahnarzt, kein Elternteil ist Zahnarzt) in die Modelle aufgenommen. Die Modelle, die an dem reduzierten Datensatz berechnet wurden, dienten auch als Sensitivitätsanalyse: Die Ergebnisse für die Merkmale Generation und beruflicher Status weisen in die gleiche

Richtung wie die Ergebnisse bei Verwendung des Gesamtdatensatzes, sodass trotz bekannter struktureller Unterschiede der 2004 und 2009 erhobenen Daten bei der Entscheidung geblieben wurde, die Daten aus den älteren Querschnittsstudien in die Analysen einzubeziehen.

Das Ziel der angepassten Regressionsmodelle war nicht, Effektgrößen möglichst präzise zu schätzen, sondern vielmehr zu identifizieren, ob überhaupt ein Einfluss der Merkmale Generation, beruflicher Status und familiäre Sozialisation vorliegt. Daher werden als Ergebnis bewusst keine Odds Ratios und Konfidenzintervalle angegeben.

In Teil II, Kapitel 1.4.1 werden Determinanten für berufliche Entscheidungen angegeben. Auch an dieser Stelle wurden logistische Regressionsmodelle verwendet, um zu identifizieren, bei welchen Merkmalen und Determinanten ein Unterschied zwischen Teilnehmenden mit Präferenz Niederlassung und denen mit Präferenz Anstellung erkennbar ist. Teilnehmende, die unentschlossen in Bezug auf ihre gewünschte langfristige Form der Berufsausübung sind, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Für ausgewählte Determinanten wurden jeweils Regressionsmodelle mit Zielgröße „gewünschte langfristige Form der Berufsausübung“ berechnet; die Modelle wurden adjustiert für Geschlecht und familiäre Sozialisation. Als Ergebnisse werden Odds Ratios und zugehörige 95 %-Konfidenzintervalle berichtet.

## 4.2 Analyse der offenen Fragen

Die Antworten auf die drei offenen Fragen zur Freiberuflichkeit und zum Interesse an standespolitischem Engagement (Befragungswelle 3) wurden nach dem von Früh (2017) empfohlenen Vorgehen zur integrativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Nach Hypothesenbildung und Erhebung der Daten erfolgte zunächst eine theoriegeleitete Kategorienbildung. Bedeutungsdimensionen wurden deduktiv aus der Hypothese abgeleitet und daraus Hauptkategorien gebildet. Anschließend erfolgte eine empiriegeleitete Kategorienbildung: Aus dem Textmaterial, also den Antworten der Studienteilnehmenden, wurden induktiv Unterkategorien gebildet.

Die Auswertung der Antworten zu positiven bzw. negativen Aspekten der Freiberuflichkeit stellte uns vor eine Herausforderung. Denn aufgrund der unterschiedlichen Auslegung des Begriffs – durch die Körperschaften einerseits und die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte andererseits (siehe Teil III, Kapitel 1) – war eine Zuordnung der induktiv, also aus den Antworten der Befragten heraus gebildeten Unterkategorien, zu den deduktiv aus der Theorie gebildeten Hauptkategorien nicht möglich. Dem Prinzip der Offenheit folgend (Kruse 2016) wurde daher vom geplanten Analysevor-



hen abgewichen und die Unterkategorien sowie die darin gefassten Antworten nicht den Hauptkategorien zugeordnet. Auf eine vollständige Darstellung der Unterkategorien wurde verzichtet, da die Nachvollziehbarkeit der Gesamtergebnisse durch die Kernaussage, dass der Begriff unterschiedlich ausgelegt wird, gegeben war.

## 5 Literaturverzeichnis

BBSR [Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung]: Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen. Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland. Übersicht Stadt- und Gemeindetyp. Stand 31.12.2017. URL: [[https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumebeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/download-ref-sgtyp.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile&v=11](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumebeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/download-ref-sgtyp.xlsx?__blob=publicationFile&v=11)], zuletzt abgerufen 23.06.2020, Bonn 2017

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung (EFO-Z). IDZ-Information, 2005, (2)

Früh, W.: Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 9. überarb. Aufl., Konstanz/München 2017

Kettler, N., Frenzel Baudisch, N., Micheelis, W., Klingenberg, D., Jordan, A. R.: Professional identity, career choices, and working conditions of future and young dentists in Germany – study design and methods of a nationwide comprehensive survey. BMC Oral Health, 2017, 17:127, DOI: 10.1186/s12903-017-0417-y

Kettler, N., Klingenberg, D.: IDZ-Studie zum Berufsbild. Was junge Zahnärzte heute wollen. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016, 106, (24), 2918-2923

Kruse, J.: Prinzip der Offenheit. zuletzt geändert 10.06.2016, In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie. Online: [<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/prinzip-der-offenheit>], Bern 2016

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie (ANFO-Z). IDZ-Information, 2010, (1)

Schütz, A.: Common-Sense und wissenschaftliche Interpretation menschlichen Handelns. In: Strübing, J., Schnettler, B. (Hrsg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte. Konstanz 2004, 155-200

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist eine gemeinsame, organisatorisch verselbstständigte Einrichtung der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Das IDZ erfüllt die Aufgabe, für die Standespolitik der deutschen Zahnärzte praxisrelevante Forschung und wissenschaftliche Beratung im Rahmen der Aufgabenbereiche von BZÄK und KZBV zu betreiben.

The „Institute of German Dentists“ (IDZ) works as an independently organised joint institution of the “German Dental Association” (BZÄK) and of the “National Association of Statutory Health Insurance Dentists” (KZBV). The IDZ undertakes research with a practical focus and advises on scientific matters relevant to the professional policy of the German dentists and within the framework of the activities of BZÄK and KZBV.