



Studie des Zi zur ärztlichen und psychotherapeutischen Karrierewahl und Existenzgründung

Bericht zur Befragung von
ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten
im Jahr 2025

Impressum

■ Herausgeber

Zentralinstitut für die kassenärztliche
Versorgung in Deutschland
Salzufer 8
10587 Berlin
Tel.: (030) 2200 560 50
E-Mail: zi@zi.de

■ Vorstand

Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried (Vorsitzender)
Thomas Czihal (stellv. Vorsitzender)

■ Kuratorium

Dr. med. Annette Rommel (Vorsitzende)
Mark Barjenbruch (stellv. Vorsitzender)

■ Projektteam

Markus Leibner (Fachbereichsleitung)
Linda Andoni
Luisa Grundmann
Dominik Kowitzke
Karoline Langner
Giorgi Sebiskveradze
Caroline Weber
Dr. rer. pol. Hanna Zwiener (Projektleitung)

■ Hinweise

Berlin • August 2026

Das Zentralinstitut dankt allen an der Entwicklung der KWEX-Studie und insbesondere der Erhebungsinstrumente beteiligten Mitarbeitenden der Kassenärztlichen Vereinigungen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie den weiteren Fachexpertinnen und Fachexperten für die wertvolle inhaltliche Unterstützung.

Die Urheberrechte an allen Inhalten dieser Publikation liegen beim Zentralinstitut. Der Nachdruck von Textteilen, Tabellen, Abbildungen und Diagrammen ist nur nach schriftlicher Genehmigung des Zentralinstituts zulässig. Bei Interesse richten Sie bitte eine E-Mail an zi@zi.de.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	9
Vorwort	11
Kurzfassung	12
Kapitel 1 Hintergrund und Motivation	15
Kapitel 2 Entwicklung und Durchführung der Befragung sowie Datenschutzbestimmungen	19
2.1 Entwicklung des Fragebogens.....	20
2.2 Inhalte der Befragung.....	21
2.3 Datenerhebung	21
2.4 Datenschutzkonzept	22
2.5 Hinweise zur Datendarstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	22
Kapitel 3 Soziodemografische Merkmale und Karrieremodellzuordnung der Angestellten	25
3.1 Selbsteinordnung der Befragten in Karrieremodelle	26
3.2 Demografische Charakteristika	27
3.3 Familiensituation	30
3.4 Familiärer und sozialer Hintergrund mit Bezug zum Gesundheitswesen	32
3.5 Zwischenfazit.....	34
Kapitel 4 Werdegang, frühere Niederlassung und Motive für die ambulante Anstellung.....	36
4.1 Fachliche Einordnung und Karrierezeitpunkt	37
4.2 Ambulante Vorerfahrung in Weiterbildung und Ausbildung.....	40
4.3 Frühere Niederlassungserfahrung	43
4.4 Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung	45
4.5 Motive für die Anstellung	48
Kapitel 5 Rahmenbedingungen der Anstellung, Nebentätigkeiten und Zufriedenheit.....	61
5.1 Art der Praxis bzw. Einrichtung	62
5.2 Personelle Struktur der Praxis oder Einrichtung und Jobsharing	63
5.3 Dauer der aktuellen Anstellung	66
5.4 Arbeitszeit und Versorgungsumfang	67
5.5 Vergütung und Verantwortungsbereiche.....	70
5.6 Nebentätigkeiten als erweitertes Tätigkeitsprofil.....	76
5.7 Zufriedenheit mit der aktuellen Anstellung.....	79
5.8 Zwischenfazit.....	80

Kapitel 6 Niederlassungspläne	81
6.1 Grundsätzliche Bereitschaft zu selbstständiger Tätigkeit und Niederlassungsbereitschaft	82
6.2 Umsetzungsnähe und geplante Niederlassungsformen	87
6.3 Erwartete Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung	87
6.4 Informations- und Beratungsbedarfe	90
6.5 Entscheidungsunsicherheit und Unterstützungsbedarf	92
6.6 Alternative berufliche Perspektiven zur Niederlassung	94
6.7 Zwischenfazit	95
Kapitel 7 Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen	96
7.1 Charakteristika der Befragten innerhalb der Versorgungsbereiche	97
7.2 Anstellung, Organisationsform und Karrieremodell	100
7.3 Rahmenbedingungen der Anstellung und Zufriedenheit	101
7.4 Niederlassungspläne	104
7.5 Hürden, Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe	109
7.6 Zwischenfazit	110
Kapitel 8 Fazit und Ausblick	111
Anhang	115
A1 Methodik	116
A2 Abbildungen	128
A3 Tabellen	138
Literatur	161

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV, KVen	Kassenärztliche Vereinigung(en)
KWEX	Ärztliche und psychotherapeutische Karrierewahl und Existenzgründungsentscheidungen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NA	Fehlende Angabe (d.h. es wurde keine Angabe getätigt)
SD	Standardabweichung
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1a	Zuordnung der Fachgebiete zu Versorgungsbereichen	23
Tabelle 1b	Zuordnung der Fachgebiete zu Versorgungsbereichen	24
Tabelle 2	Selbsteinordnung der Befragten in Karrieremodelle	27
Tabelle 3	Alter, Geschlecht und biografischer Hintergrund, nach Karrieremodell	28
Tabelle 4	Altersverteilung nach Geschlecht	29
Tabelle 5	Kinder im Haushalt, nach Karrieremodell: Vorhandensein, Anzahl und Alter des jüngsten Kindes	31
Tabelle 6	Personen, die eine eigene Praxis betrieben oder betreiben im Familien- und Freun- deskreis nach Karrieremodell	33
Tabelle 7	Personen mit ambulanter Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Karrieremodell ...	34
Tabelle 8	Personen mit stationärer Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Karrieremodell	35
Tabelle 9	Berufsgruppen bzw. Fachbezeichnungen, nach Karrieremodell	37
Tabelle 10	Vergangene Zeit seit Abschluss des Studiums, nach Karrieremodell	38
Tabelle 11	Vergangene Zeit seit Abschluss der ersten Facharztweiterbildung, nach Karrieremodell	39
Tabelle 12	Vergangene Zeit seit Abschluss der postgradualen psychotherapeutischen Ausbil- dung nach Karrieremodell	40
Tabelle 13	Lagemaße zur ambulanten Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung, nach Karrieremodell	41
Tabelle 14	Ambulante Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psy- chotherapieausbildung, nach Karrieremodell	42
Tabelle 15	Niederlassungserfahrung, nach Karrieremodell	43
Tabelle 16	Organisationsform nach Niederlassungserfahrung	44
Tabelle 17	Letzte Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung, nach Karrieremodell	46
Tabelle 18	Letzte Position vor der aktuellen Anstellung, nach Karrieremodell	47
Tabelle 19	Organisationsform, nach Karrieremodell	62
Tabelle 20	Anzahl an Niedergelassenen und ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Angestell- ten in der Praxis der Befragten, nach Karrieremodell	64
Tabelle 21	Anzahl weiterer ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Angestellter in der Praxis der Befragten, nach Karrieremodell	65
Tabelle 22	Befragte in Anstellung als Jobsharing-Partner, nach Karrieremodell	66
Tabelle 23	Dauer und Befristung der aktuellen Anstellung, nach Karrieremodell	67
Tabelle 24	Vertragliche und tatsächliche Wochenarbeitszeit, nach Karrieremodell	68
Tabelle 25	Tatsächliche Wochenarbeitszeit nach Geschlecht	69
Tabelle 26	Patientenkontakte nach Karrieremodell	70
Tabelle 27	Finanzielle Förderung der Anstellung, nach Karrieremodell	70
Tabelle 28	Umsatzbeteiligung und zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber, nach Karrieremodell	72
Tabelle 29	Umsatzbeteiligung und zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber nach Organi- sationsform	73
Tabelle 30	Verantwortungsbereiche der Befragten, nach Karrieremodell	74
Tabelle 31	Verantwortungsbereiche der Befragten nach Niederlassungserfahrung	76
Tabelle 32	Zusätzliche Erwerbstätigkeit, nach Karrieremodell	78
Tabelle 33	Skala zur grundsätzlichen Bereitschaft, sich im Berufsleben selbstständig zu machen, nach Karrieremodell	82
Tabelle 34	Grundsätzliche Bereitschaft, sich niederzulassen, nach Karrieremodell	83
Tabelle 35	Alterskategorien nach Einordnung der Niederlassungsabsicht	84

Tabelle 36	Niederlassungsneigung auf einer 11-Punkte-Skala nach Einordnung der Niederlassungsabsicht.....	85
Tabelle 37	Form und Zeitplan der geplanten Niederlassung, nach Karrieremodell	86
Tabelle 38	Alternativen zur Niederlassung, nach Karrieremodell	94
Tabelle 39	Alter, Geschlecht und biografischer Hintergrund, nach Versorgungsbereich.....	98
Tabelle 40	Kinder im Haushalt nach Versorgungsbereich: Vorhandensein, Anzahl und Alter des jüngsten Kindes	99
Tabelle 41	Organisationsform der Anstellung und Versorgungsbereich.....	100
Tabelle 42	Zuordnung zu einem Karrieremodell, nach Versorgungsbereich.....	101
Tabelle 43	Vertragliche und tatsächliche Wochenarbeitszeit, nach Versorgungsbereich	102
Tabelle 44	Patientenkontakte, nach Versorgungsbereich	102
Tabelle 45	Umsatzbeteiligung und zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber, nach Versorgungsbereich	103
Tabelle 46	Grundsätzliche Bereitschaft sich niederzulassen, nach Versorgungsbereich.....	104
Tabelle 47	Niederlassungsneigung auf einer 10-Punkte-Skala, nach Versorgungsbereich	105
Tabelle 48	Gestellte Zulassungsanträge, nach Versorgungsbereich.....	106
Tabelle 49	Durchschnittliche Anzahl an vergangenen Zulassungsanträgen, nach Versorgungsbereich ..	107
Tabelle 50	Geplanter Zeitraum und geplante Form der Niederlassung, nach Versorgungsbereich	108
Tabelle 51	Nutzung existierender Erhebungsinstrumente	120
Tabelle 52	Merkmalsverteilung gesamt.....	126
Tabelle 53	Kodierungsschema inklusive Reduktion.....	138
Tabelle 54	Lagemaße zu vertraglich vereinbarten und tatsächlichen Arbeitszeiten, nach Karrieremodell	141
Tabelle 55	Dauer und Befristung der aktuellen Anstellung, nach Versorgungsbereich	142
Tabelle 56	Anzahl an Niedergelassenen und ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Angestellten in der Praxis der Befragten, nach Versorgungsbereich	143
Tabelle 57	Anzahl weiterer ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Angestellter in der Praxis der Befragten, nach Versorgungsbereich	144
Tabelle 58	Finanzielle Förderung der Anstellung, nach Versorgungsbereich	145
Tabelle 59	Anteile von Befragten in Anstellung als Jobsharing-Partner, nach Versorgungsbereich	145
Tabelle 60	Personen mit stationärer Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Versorgungsbereich	146
Tabelle 61	Zusätzliche Erwerbstätigkeit und Art der Nebentätigkeit, nach Versorgungsbereich.....	147
Tabelle 62	Verantwortungsbereiche der Befragten, nach Versorgungsbereich	148
Tabelle 63	Vertragliche und tatsächliche Wochenarbeitszeit, nach Versorgungsbereich	149
Tabelle 64	Vergangene Zeit seit Abschluss der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung, nach Versorgungsbereich.....	150
Tabelle 65	Art der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung, nach Versorgungsbereich.....	151
Tabelle 66	Berufsgruppen bzw. Fachbezeichnungen, nach Versorgungsbereich	152
Tabelle 67	Ambulante Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung nach Versorgungsbereich.....	153
Tabelle 68	Lagemaße zur ambulanten Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung, nach Versorgungsbereich	154
Tabelle 69	Niederlassungserfahrung, nach Versorgungsbereich	155
Tabelle 70	Letzte Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung, nach Versorgungsbereich	156
Tabelle 71	Vergangene Zeit seit Abschluss des Studiums, nach Versorgungsbereich	157
Tabelle 72	Vergangene Zeit seit Abschluss der ersten Facharztweiterbildung, nach Versorgungsbereich	158

Tabelle 73	Personen mit ambulanter Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Versorgungsbereich	159
Tabelle 74	Personen, die eine eigene Praxis betrieben haben oder betreiben, im Familien- und Freundeskreis nach Versorgungsbereich.....	160

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung	49
Abbildung 2	Kombination von Gründen für die Anstellung in der ambulanten Versorgung	50
Abbildung 3	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach gezogenem Vergleich	51
Abbildung 4	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach gezogenem Vergleich - Übergangsmodell in die Niederlassung.....	52
Abbildung 5	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach gezogenem Vergleich - Übergangsmodell Orientierung	52
Abbildung 6	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Karriere-modellvergleich	53
Abbildung 7	Kombination von Gründen für die Anstellung in der ambulanten Versorgung - Karrieremodell Niederlassung	54
Abbildung 8	Kombination von Gründen für die Anstellung in der ambulanten Versorgung bei Befragten mit dem Karrieremodell Orientierung.....	55
Abbildung 9	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach Organisationsform.....	56
Abbildung 10	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach Organisationsform bei Befragten mit dem Karrieremodell Orientierung.....	57
Abbildung 11	Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach Organisationsform - Karrieremodell Übergangsmodell in die Niederlassung	57
Abbildung 12	Motive für die ambulante Anstellung nach Versorgungsbereich	58
Abbildung 13	Motive nach Versorgungsbereich im Übergangsmodell in die Niederlassung	59
Abbildung 14	Motive nach Versorgungsbereich im Übergangsmodell Orientierung.....	60
Abbildung 15	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Gesamt.....	79
Abbildung 16	Erwartete Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung bei bejahter Niederlassungsabsicht	88
Abbildung 17	Bewertung der Herausforderungen einer potenziellen Niederlassung von Befragten ohne Niederlassungserfahrung	88
Abbildung 18	Bewertung der Herausforderungen einer potenziellen Niederlassung von Befragten mit Niederlassungserfahrung.....	89
Abbildung 19	Informations- und Beratungsbedarfe bei bejahter Niederlassungsabsicht	90
Abbildung 20	Bekanntheit und Inanspruchnahme von Informations- und Beratungsangeboten zur Niederlassung bei bejahter Niederlassungsabsicht.....	91
Abbildung 21	Herausforderungen auf dem Weg zur Niederlassung bei Unentschlossenheit im Hinblick auf eine Niederlassungsabsicht	92
Abbildung 22	Informations- und Beratungsbedarfe bei Unentschlossenheit im Hinblick auf eine Niederlassungsabsicht	93
Abbildung 23	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Hausärztlicher Versorgungsbereich	128

Abbildung 24	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Fachärztlicher Versorgungsbereich	129
Abbildung 25	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich	129
Abbildung 26	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Lebenslanges Arbeitsmodell.....	130
Abbildung 27	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Übergangsmodell Niederlassung	130
Abbildung 28	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Übergangsmodell Orientierung	131
Abbildung 29	Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Berufsausstiegmodell.....	131
Abbildung 30	Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Lebenslanges Arbeitsmodell.....	132
Abbildung 31	Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Übergangsmodell Niederlassung.....	132
Abbildung 32	Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Übergangsmodell Orientierung	133
Abbildung 33	Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Hausärztlicher Versorgungsbereich	133
Abbildung 34	Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Fachärztlicher Versorgungsbereich	134
Abbildung 35	Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich	134
Abbildung 36	Bewertung von Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung - Hausärztlicher Versorgungsbereich	135
Abbildung 37	Bewertung von Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung - Fachärztlicher Versorgungsbereich	135
Abbildung 38	Bewertung von Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich.....	136
Abbildung 39	Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen - Hausärztlicher Versorgungsbereich.....	136
Abbildung 40	Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen - Fachärztlicher Versorgungsbereich	137
Abbildung 41	Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich	137

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland wandelt sich kontinuierlich. So ist die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte, die in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig sind, in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Zeitgleich ist die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zurückgegangen, was die ambulante Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen stellt.

Die Karrierewahl und Existenzgründungsentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu analysieren und dabei auch mögliche fördernde Faktoren für eine Niederlassung zu identifizieren, ist ein zentrales Forschungsziel der KWEX-Studie. Im Jahr 2025 hat das Zi im Rahmen dieser Studie nun erstmals die ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten in Praxen, MVZ und diesen gleichgestellten Einrichtungen in den Blick genommen. In der Befragung wurden die Teilnehmenden unter anderem gebeten, Einblicke in die aktuellen Rahmenbedingungen ihrer Anstellung und ihre Pläne für ihre berufliche Zukunft zu geben. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Beleuchtung der Niederlassung als möglicher Karriereoption.

Die in diesem Studienbericht zusammengestellten Ergebnisse zeigen: Die Perspektiven der Angestellten sind vielfältig – sowohl in soziodemografischer Hinsicht als auch bei Beschäftigungsbedingungen und Karriereplänen. Für die jüngeren und mittleren Altersgruppen stellt die ambulante Anstellung häufig eine Phase der Berufsorientierung oder der konkreten Vorbereitung auf eine spätere Niederlassung dar. Gegen Ende der Berufslaufbahn ist die Anstellung wiederum häufig ein Modell für einen gleitenden Übergang aus der Niederlassung in den Ruhestand.

Die Entwicklung des Fragebogens wurde fachlich erneut von Beraterinnen und Beratern der Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Fachexpertinnen und -experten begleitet. Auch während der Erhebungsphase wurde die KWEX-Angestelltenbefragung 2025 erheblich durch die KVen unterstützt.

Schließlich konnte die Datengrundlage für diesen Studienbericht nur dank der Beteiligung von über 3.000 angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschaffen werden.

All diesen genannten Personenkreisen sprechen wir mit der Veröffentlichung dieses Berichts unseren herzlichen Dank für ihre Unterstützung und ihr Engagement aus.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Berlin, den 07.08.2026



Dr. Dominik Graf von Stillfried
Vorstandsvorsitzender



Thomas Czihal
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender



Markus Leibner
Leiter des Fachbereichs Ökonomie

Kurzfassung

Die ambulante Versorgung in Deutschland befindet sich in einem strukturellen Wandel. Angestellte Tätigkeiten in Praxen und MVZ gewinnen der Anzahl nach an Bedeutung, während die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zurückgeht. Vor diesem Hintergrund untersucht die KWEX-Angestelltenbefragung 2025 die berufliche Situation, die Motive, die Arbeitsbedingungen und die weiteren Karrierepläne ärztlicher und psychotherapeutischer Angestellter. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, welche Bedeutung eine mögliche vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Niederlassung für die Befragten hat und welche Hürden sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe damit verbunden sind.

Zur Teilnahme wurden etwa 55.000 ärztliche und psychotherapeutische Angestellte eingeladen, die zum Stichtag 30. September 2024 in einer Praxis oder Einrichtung der vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Versorgung angestellt waren. Insgesamt wurden 3.242 Fragebögen vollständig abgeschlossen. Nach Ausschluss von Fällen mit fehlenden Angaben zu den Gewichtungsmerkmalen umfasst das gewichtungsfähige Analysesample 3.047 Befragte. Ergänzend wurden im Rahmen qualitativer Analysen 882 Freitextantworten von Befragten ausgewertet, die ihre aktuelle Anstellung als Übergang in die Niederlassung oder als Phase der beruflichen Orientierung einordnen.

Zentrale Ergebnisse:

Die Befunde beruhen auf einer Querschnittsbefragung mit einer Rücklaufquote von 5,9 %. Die Gewichtung reduziert Strukturunterschiede zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit für ausgewählte Gewichtungsmerkmale. Die Ergebnisse sind als differenzierte deskriptive Bestandsaufnahme zu verstehen.

Die ambulante Anstellung erfüllt unterschiedliche Funktionen im Berufsverlauf: 35,5 % der Befragten ordnen ihre aktuelle Anstellung als angestrebtes lebenslanges Arbeitsmodell ein. 14,4 % verstehen sie als Übergang in eine spätere Niederlassung, 15,8 % als Phase der Orientierung über mögliche Karrierewege und 19,1 % als Berufsausstiegsmodell zum Übergang in den Ruhestand. Ambulante Anstellung ist damit nicht nur ein Beschäftigungsstatus, sondern kann eine langfristige Perspektive, einen beruflichen Übergang oder den gleitenden Wechsel in den Ruhestand darstellen.

Die Karrieremodelle spiegeln unterschiedliche Berufs- und Lebensphasen wider: Befragte in den Karrieremodellen Niederlassung und Orientierung sind vergleichsweise jung und leben besonders häufig mit Kindern in einem Haushalt. Im Übergangsmodell in die Niederlassung trifft dies auf 82,1 % zu, im Orientierungsmodell auf 71,4 %. Bei etwa der Hälfte der Befragten mit Kindern in diesen Gruppen ist das jüngste Kind unter sechs Jahre alt. Entscheidungen über Niederlassung oder berufliche Neuorientierung fallen damit häufig in eine Lebensphase, in der Arbeitszeit, Vereinbarkeit von Beruf, Privatleben und Familie sowie finanzielle Planbarkeit besonders bedeutsam sein dürften. Das Berufsausstiegsmodell ist dagegen überwiegend durch Befragte ab 60 Jahren geprägt.

Auch die beruflichen Ausgangspunkte der Angestellten unterscheiden sich: Etwa die Hälfte der Befragten war vor der aktuellen Anstellung in einer Klinik tätig. Knapp ein Drittel kam aus einer vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Praxis beziehungsweise Einrichtung. 28,4 % der Befragten waren bereits früher niedergelassen – im Berufsausstiegsmodell beträgt dieser Anteil 78,7 %. Im Übergangsmodell in die Niederlassung waren dagegen 98,5 % bislang noch nicht niedergelassen. Diese Gruppe strebt somit überwiegend eine mögliche erste Niederlassung und nicht die Rückkehr in eine zuvor bereits selbst praktizierte Form der Selbstständigkeit an.

Arbeitszeit, Vereinbarkeit und die Abgrenzung zu anderen Arbeitsformen sind zentrale Motive der Entscheidung für eine Tätigkeit in ambulanter Anstellung: Die Analyse von Freitextangaben derjenigen Befragten, die sich in einem Übergang in eine spätere Niederlassung oder einer Phase der Orientierung sehen, zeigt, dass die Entscheidung für eine ambulante Anstellung meist auf mehreren Gründen beruht. Gegenüber der stationären Anstellung wird die ambulante Anstellung insbesondere als besser planbar und weniger durch Dienste, Überstunden oder belastende Organisationsstrukturen geprägt beschrieben. Gegenüber der Niederlassung erscheint sie häufig als Erwerbsform mit geringerem wirtschaftlichem Risiko und weniger organisatorischer Verantwortung. Zugleich nutzt ein Teil der Befragten die Anstellung, um Erfahrungen für eine spätere Niederlassung zu sammeln.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen zeigt sich, dass die Beschäftigungsverhältnisse überwiegend unbefristet sind, die Befragten häufig in Teilzeit arbeiten und häufig zusätzliche Verantwortlichkeiten übernehmen: 93,6 % der Befragten sind unbefristet angestellt. Mehr als die Hälfte arbeitet erst seit höchstens drei Jahren in der aktuellen Anstellung. Teilzeit- bzw. reduzierte Vollzeitmodelle sind weit verbreitet – für knapp zwei Drittel beträgt die vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit weniger als 30 Stunden. Die tatsächliche Wochenarbeitszeit liegt aber tendenziell über der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Mehr als die Hälfte der Befragten übernimmt neben der Patientenversorgung zusätzliche organisatorische, administrative oder leitende Aufgaben. Die ambulante Anstellung ist damit häufig durch ein breiteres Tätigkeitsprofil gekennzeichnet als die reine Patientenversorgung. Etwa ein Drittel der Befragten übt zusätzlich eine weitere Erwerbstätigkeit aus.

Die Zufriedenheit mit der aktuellen Anstellung ist insgesamt sehr hoch, insbesondere hinsichtlich fachlicher und patientennaher Aspekte: Besonders positiv bewertet werden der Umfang patientennaher Tätigkeiten, die Wertschätzung durch Patientinnen und Patienten, die fachliche Eigenverantwortung, die Arbeit im Team sowie die Planbarkeit und Gestaltung der Arbeitszeiten. Etwas kritischer fallen die Bewertungen der verfügbaren Zeit für die Patientenbehandlung, des Verwaltungsaufwands, der Höhe des Einkommens und der Transparenz von Abrechnung und Honorar aus. Die Befragten bewerten somit vor allem den fachlichen Kern ihrer Anstellung überwiegend positiv, während sich tendenzielle Kritik eher auf die strukturellen Rahmenbedingungen richtet.

Die Niederlassungsbereitschaft der Befragten ist unterschiedlich ausgeprägt: 14,5 % der Befragten geben konkrete Niederlassungspläne an, 22,1 % sind unentschlossen und 63,4 % verneinen entsprechende Pläne. Die Gruppe der ambulanten Angestellten lässt sich daher nicht trennscharf in niederlassungsbereite und nicht niederlassungsbereite Personen unterteilen. Aus der Befragung ergibt sich, dass die Niederlassungsbereitschaft mit zunehmendem Alter abnimmt. In den beiden Altersgruppen unter 35 Jahren und von 35 bis 39 Jahren bejahen 39,8 % bzw. 31,5 % die Frage nach einer Niederlassungsabsicht. In den höheren Altersgruppen liegt der entsprechende Anteil dagegen nur noch zwischen 22,0 % und 1,1 %.

Die größten Hürden auf dem Weg zur eigenen Niederlassung liegen außerhalb der eigentlichen medizinischen oder psychotherapeutischen Tätigkeit: Als schwierig werden besonders häufig administrativer Aufwand, zeitliche Planung und Organisation, betriebswirtschaftliches Vorwissen, Finanzierung, Zulassungsverfahren und Vereinbarkeit bewertet. Die zusätzlichen Informations- und Beratungsbedarfe rund um die Niederlassung richten sich bei den Befragten entsprechend vor allem auf Abrechnung und Honorar, Finanzierung, Praxismanagement, steuerliche Fragen, regulatorische Anforderungen und digitale Anwendungen. Bei unentschlossenen Befragten beziehen sich die Unsicherheiten auf die konkrete Ausgestaltung und Umsetzbarkeit einer Niederlassung.

Die Versorgungsbereiche weisen unterschiedliche Ausgangslagen und Unterstützungsbedarfe auf: Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind Anstellungen in MVZ besonders verbreitet. Im hausärztlichen Versorgungsbereich haben Aspekte wie Arbeitszeit, Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben sowie Personalfragen als empfundene Hürden auf dem Weg in die Niederlassung eine größere Bedeutung. Hier spielt zudem die Übernahme bestehender Praxisstrukturen als geplante Form der Niederlassung eine größere Rolle. Befragte aus dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich sind im Durchschnitt jünger und deutlich stärker niederlassungsorientiert. Zugleich werden dort Bedarfsplanung, Zulassungsverfahren und geeignete Niederlassungsmöglichkeiten häufiger als Hürden auf dem Weg in die Niederlassung wahrgenommen.

Kapitel 1

Hintergrund und Motivation

Strukturwandel in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Die ambulante Versorgung in Deutschland ist durch einen kontinuierlichen Wandel der Beschäftigungs- und Organisationsstruktur geprägt. Während die klassische vertragsärztliche Einzelpraxis über Jahrzehnte die dominierende Versorgungsform darstellte, gewinnen angestellte Tätigkeiten im ambulanten Bereich zunehmend an Bedeutung. Laut Bundesarztregister nahmen im Jahr 2025 insgesamt 191.875 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung teil (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025). Davon waren 58.877 Personen bzw. 30,7 % angestellt (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2025). Dieser Anteil war bereits in den Vorjahren kontinuierlich gestiegen (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023, 2024a). Auch die Daten der Bundesärztekammer zeigen diesen Trend deutlich: Während die Gesamtzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte von 168.285 im Jahr 2023 auf 170.964 im Jahr 2024 moderat anstieg, nahm die Zahl der Angestellten deutlich zu – von 60.083 auf 64.341. Gleichzeitig ging die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im selben Zeitraum leicht von 108.202 auf 106.623 zurück (vgl. Bundesärztekammer 2024a, 2024b). Parallel hierzu nimmt die Bedeutung kooperativer Versorgungsformen, insbesondere der 2004 eingeführten Betriebsform Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), weiter zu (vgl. GKV-Modernisierungsgesetz). Zwischen 2015 und 2024 stieg die Zahl der MVZ um 135,9 % auf 5.085 (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024b). Bereits seit 2012 arbeiten durchschnittlich etwa 6 ärztliche sowie psychotherapeutische Angestellte pro MVZ (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024c).

Hahn et al. (2017) zeigten, dass die Zunahme ärztlicher Angestellter eng mit strukturellen Veränderungen, insbesondere dem Ausbau von MVZ, verbunden ist. Auch Analysen im Rahmen des Zi-MVZ-Panels verdeutlichen die wachsende Relevanz angestellter Tätigkeiten innerhalb dieser Versorgungsform (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2025). Dräger et al. (2021) zeigten mit ihrer Studie, dass vor allem junge Ärztinnen eine Anstellung im ambulanten Sektor aufnehmen und diese überwiegend in Teilzeit ausüben. Sie sahen einen möglichen wichtigen Grund in der flexiblen Arbeitszeitgestaltung, welche sich wiederum positiv auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirkt.

Diese Entwicklungen deuten auf einen Wandel beruflicher Präferenzen und Erwerbsmodelle in der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Gleichzeitig besteht weiterhin ein hoher gesundheitspolitischer Bedarf, Niederlassungsbereitschaft und selbstständige Versorgungstätigkeit langfristig zu sichern. Bislang liegen jedoch nur begrenzte empirische Erkenntnisse darüber vor, welche Faktoren die Niederlassungsentscheidung angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beeinflussen. Die vorliegende Angestelltenbefragung in der KWEX-Studie adressiert diese Forschungslücke.

Angestelltenbefragung im Rahmen der KWEX-Studie: Im Frühjahr 2025 wurde im Rahmen der KWEX-Studie alle etwa 55.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Befragung eingeladen, die zum Stichtag 30.09.2024 in Deutschland in einer Praxis, einem MVZ oder einer vergleichbaren Einrichtung¹ der vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Anstellung tätig waren.

Forschungsziele: Ziel der Erhebung war es, ein umfassendes Verständnis der beruflichen Situation ärztlicher und psychotherapeutischer Angestellter, ihrer Karrierepläne und insbesondere der Niederlassungsneigung zu gewinnen. Im Einzelnen umfasst dies:

¹ Unter vergleichbaren Einrichtungen wurden Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGBV (ehemals § 311 SGBV), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen zusammengefasst.

- die Beschreibung der Rahmenbedingungen in der Anstellung und der Karrierepläne der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten,
- die Erhebung der Niederlassungsneigung und ggf. bereits vorhandener Niederlassungspläne,
- die Untersuchung der (genutzten) Informationswege sowie des Wissensstands zur Niederlassung,
- die Identifikation relevanter Motivations- und Hemmfaktoren hinsichtlich einer Niederlassung,
- die Analyse des bestehenden Unterstützungs- und Beratungsbedarfs.

Darauf aufbauend wurden konkrete Forschungsfragen formuliert. Im Fokus stand die soziodemographische Zusammensetzung der Angestelltengruppe bzw. die Frage, aus welchen Subgruppen sich diese zusammensetzt. Zudem galt es herauszufinden, welche Motive und Beweggründe der aktuellen Anstellung zugrunde liegen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Bewertung dieser Arbeitssituation sowie auf den individuellen Zukunftsplänen. Zur weiteren Strukturierung der Untersuchung der Angestellten wurden Arbeitshypothesen gebildet. Diese bezogen sich unter anderem auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Subgruppen, den Einfluss der Arbeitszufriedenheit und die Niederlassungsabsicht.

Darüber hinaus wurde untersucht, welche Funktion das gegenwärtige Anstellungsverhältnis im beruflichen Lebenslauf der Befragten spielt. Dabei erfolgte eine Differenzierung zwischen einem dauerhaften Erwerbsmodell, zweier Übergangsmodelle und einem Berufsausstiegsmodell. Durch die Kombination struktureller Rahmenbedingungen mit individuellen beruflichen Perspektiven ermöglicht die KWEX-Angestelltenbefragung 2025 eine differenzierte Analyse der ambulanten Angestelltensituation.

Die Ergebnisse der vorliegenden Angestelltenbefragung sollen dazu beitragen, ein besseres Verständnis der heterogenen Gruppe der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten sowie ihrer beruflichen Erwartungshaltungen zu gewinnen.

Aufbau des vorliegenden Berichts: Nach der Einleitung, in der Hintergrund, Relevanz und Zielsetzung der KWEX-Angestelltenbefragung 2025 dargestellt werden, folgt zunächst eine knappe Beschreibung des methodischen Vorgehens. Dieses zweite Kapitel umfasst die Entwicklung und den Aufbau der Befragung. Die genaue inhaltliche Konzeption der KWEX-Angestelltenbefragung 2025 mit der Entwicklung des Fragebogens, dem Datenschutzkonzept, der Datenerhebung, dem Verfahren der Datenaufbereitung und dem Gewichtungungsverfahren wird ausführlich im Methodikteil beschrieben, der in Kapitel A1 im Anhang zu finden ist.

Im anschließenden empirischen Teil werden in Kapitel 3 die soziodemografischen und strukturellen Merkmale der Befragten dargestellt. Außerdem wird analysiert, welche Funktion die aktuelle Anstellung innerhalb des beruflichen Lebenslaufs einnimmt. Unterschieden wird zwischen einem langfristig angestrebten Erwerbsmodell, einem Übergangsmodell mit potenzieller späterer Niederlassung sowie einem Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege und einem Berufsausstiegsmodell im Sinne eines gleitenden Rückzugs aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand. In Kapitel 4 werden die beruflichen Werdegänge analysiert. Betrachtet werden frühere Tätigkeiten, einschließlich möglicher früherer Niederlassung, sowie die Beweggründe für die Wahl einer angestellten Tätigkeit. Ein weiterer Schwerpunkt, die konkreten Rahmenbedingungen der aktuellen Anstellung, wird in Kapitel 5 beschrieben. Untersucht werden unter anderem vertragliche und tatsächliche Arbeitszeiten, Zufriedenheitsfaktoren sowie Nebentätigkeiten. Den zentralen analytischen Schwerpunkt bildet Kapitel 6 mit der Einschätzung der Karriereoption

„Niederlassung“. Die Befragten werden hierzu differenziert nach Personen mit Niederlassungsabsicht, unentschlossenen Personen sowie Personen ohne Niederlassungsabsicht betrachtet. Im vorletzten Kapitel (Kapitel 7) erfolgt ein Vergleich zwischen den Versorgungsbereichen sowie im letzten Kapitel ein Fazit mit Ausblick. Ergänzende Materialien finden sich im Anhang. Dort wird die Methodik der Befragung und Auswertung ausführlich dargestellt. Zudem befinden sich dort ergänzende Abbildungen und Tabellen. Abschließend ist das Literaturverzeichnis dokumentiert.

Kapitel 2

Entwicklung und Durchführung der Befragung sowie Datenschutzbestimmungen

2.1 Entwicklung des Fragebogens

Perspektivisch sollen im Rahmen der KWEX-Studie die Sichtweisen zentraler Gruppen zu Arbeitsbedingungen, Bedürfnissen und Karrierewegen entlang der Ausbildungskette erfasst werden: Von Studierenden über die Weiterzubildenden bis hin zu angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Vor diesem Hintergrund wurde der Fragebogen der im Jahr 2024 durchgeführten Befragung der Neu-Niedergelassenen als Grundgerüst für die Entwicklung der Angestelltenbefragung verwendet und auf größtenteils selbst entwickelte Fragen bzw. Fragenkomplexe zurückgegriffen. Der Fragebogen wurde unter der Berücksichtigung der spezifischen Merkmale und Rahmenbedingungen von Angestellten systematisch weiterentwickelt. Somit können zukünftige Queranalysen zwischen den unterschiedlichen Zielgruppen durchgeführt werden.

Forschungsziele und -fragen: In der ersten Phase des Entwicklungsprozesses wurden im Herbst 2024 die Forschungsziele definiert. So war beabsichtigt, die Karrierepläne ärztlicher und psychotherapeutischer Angestellter insgesamt zu erheben, unabhängig davon, ob eine Niederlassung angestrebt wird, um die beruflichen Perspektiven möglichst vollständig darzustellen. Darüber hinaus umfassten die Forschungsziele die Identifizierung von Motivationsfaktoren und Analyse von Hemmfaktoren gegenüber der Niederlassungsentscheidung, die Analyse des Unterstützungs- und Beratungsbedarfs, die Ermittlung von Informationswegen und des Wissensstands zur Niederlassung sowie die Identifizierung möglicher Ansatzpunkte für die Entwicklung möglicher Maßnahmen zur Steigerung der Niederlassungsbereitschaft.

Darauf aufbauend wurden konkrete Forschungsfragen formuliert. Im Fokus stand die soziodemographische Zusammensetzung der Angestelltengruppe bzw. aus welchen Subgruppen sich die Angestellten speisen. Zudem galt es herauszufinden, welche Motive und Beweggründe der aktuellen Anstellung zugrunde liegen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Bewertung dieser Arbeitssituation sowie auf der Wahrnehmung der Niederlassung als mögliche Karriereoption und auf individuellen Zukunftsplänen.

Fragebogenkonstruktion: Die konkrete Ausgestaltung des Fragebogens erfolgte zunächst auf Basis der Befragung der Neu-Niedergelassenen (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2025b). Dies betraf insbesondere Frageninhalte zu Zufriedenheit (in Anlehnung an Bovier und Perneger, 2003), Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten und Fragen etwa um das vorletzte Fragebogenkapitel zu soziodemographischen und personenbezogenen Merkmalen. Ergänzend folgte eine umfassende Literatur- und Instrumentenrecherche (auf Seite 120). Ein wesentlicher Bestandteil der Fragebogenkonstruktion war der Hauptfilterstrang zur Niederlassungsabsicht, anhand dessen die Befragten in unterschiedliche Antwortpfade eingeordnet wurden. Eine ausführliche Darstellung der Fragebogenkonstruktion, der Inhalte sowie der Filterlogik ist im Methodik-Teil in Abschnitt A1.3 dargestellt. Anschließend wurde der Fragebogen in mehreren Schritten überarbeitet.

Ab der dritten Version wurden Rückmeldungen von Expertinnen und Experten berücksichtigt, die in Institutionen, in der Praxis, in der Wissenschaft und Verbänden tätig sind. Diese wertvollen Rückmeldungen flossen größtenteils in die finale Version mit ein.

2.2 Inhalte der Befragung

Gliederung der Kapitel: Der Online-Fragebogen umfasst fünf thematische Blöcke, die in Kapitel unterteilt wurden.

Kapitel 1 „**Ihre aktuelle Anstellung**“ erhob Informationen zur gegenwärtigen Beschäftigungssituation. Hierzu zählten unter anderem Angaben zur Organisationsform, Wochenarbeitszeit, Patientenzahl, Gründe und Motive für die Anstellung, Zufriedenheit sowie Nebentätigkeiten.

Kapitel 2 „**Karriereoptionen und Zukunftspläne**“ bildete das zentrale Element der Befragung. Im Mittelpunkt stand die Niederlassungsabsicht, die als Hauptfilterstrang den weiteren Frageverlauf zu beruflichen Zukunftsplänen sowie Beratungs- und Unterstützungsbedarfen strukturierte. Zudem wurden unter anderem Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung erfasst.

Kapitel 3 „**Zu Ihrem Werdegang**“ erfasste die bisherige berufliche Entwicklung der Befragten. Neben Angaben zu Studium, Weiterbildung zum Facharzt bzw. postgradualer Ausbildung wurden Informationen zur früheren Niederlassung und vorheriger Anstellung erhoben.

Kapitel 4 „**Zu Ihrer Person**“ umfasste soziodemographische und personenbezogene Merkmale sowie Persönlichkeitseigenschaften. Darüber hinaus wurden Erfahrungen mit ambulanter oder stationärer Tätigkeit bzw. Niederlassung im Freundes- und Familienkreis erfragt, da dies potenziell Einfluss auf berufliche Entscheidungen haben könnte.

Kapitel 5 „**Ihre Ergänzungen**“ bot den Befragten die Möglichkeit für weitere schriftliche Ausführungen.

2.3 Datenerhebung

Zur Befragung wurden per postalischem Einladungsschreiben alle etwa 55.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingeladen, die zum Stichtag 30.09.2024 in Deutschland in einer Praxis oder Einrichtung der vertragsärztlichen Versorgung in Anstellung tätig waren. Die Teilnahme war freiwillig. Die Erhebung erfolgte über einen standardisierten, passwortgeschützten Online-Fragebogen mit vorgelagerter Einwilligungserklärung. Dieses Verfahren gewährleistet sowohl die Datensicherheit als auch eine eindeutige Zuordnung der Befragten. Die Einladungen zur Angestelltenbefragung wurden Ende Januar 2025 von der Zi-Treuhandstelle versendet, während sich der Erhebungszeitraum inklusive Verlängerungen vom 30.01.2025 bis 30.04.2025 erstreckte.

Die Rücklaufquote betrug 5,9 %, was 3.242 finalisierten Fragebögen entspricht. Um für Abweichungen zwischen der realisierten Stichprobe und der Grundgesamtheit im Hinblick auf wichtige Strukturmerkmale möglichst zu korrigieren, wurde im Anschluss an die Datenaufbereitung eine Gewichtung der Daten mittels eines Raking-Verfahrens vorgenommen. Aufgrund unvollständiger Angaben bei Gewichtungsvariablen – insbesondere infolge der Nutzung der Antwortmöglichkeit

„Keine Angabe“ bei sensiblen Merkmalen wie Geschlecht – reduzierte sich das gewichtungsfähige Analysesample auf 3.047 Beobachtungen.

Detaillierte Erläuterungen zu den erfolgten Aufbereitungs- und Plausibilisierungsschritten sowie dem angewandten Gewichtungsverfahren enthalten Kapitel A1.5 respektive Kapitel A1.7 im Anhang.

2.4 Datenschutzkonzept

Die Datenerhebung erfolgte über zwei getrennte Webanwendungen. Zunächst wurde der Fragebogen über die Webanwendung des Zi bereitgestellt, in der die Befragten ihre Antworten eintrugen. Nach Abschluss der Fragebogenbearbeitung und Finalisierung bestand die Möglichkeit, freiwillig zur zweiten Webanwendung der sogenannten Zi-Treuhandstelle weitergeleitet zu werden. Die Zi-Treuhandstelle ist organisatorisch, räumlich und personell vom Zi getrennt.

Auf dieser zweiten Webanwendung konnten die Befragten im „Online-Datenblatt“ freiwillig personenbezogene Angaben machen. Dazu zählten unter anderem Name, lebenslange Arztnummer, Postleitzahl des Hauptleistungsortes sowie E-Mail-Adresse. Die Angabe dieser Daten erfolgte unter anderem zum Zweck der späteren Kontaktaufnahme und zur Zusendung einer Fachinformation mit den zentralen Ergebnissen zur Befragung als Dankeschön. Die Teilnahme an der Angestelltenbefragung sowie die Angabe personenbezogener Daten im Online-Datenblatt waren vollständig freiwillig.

Es wurde eine strikte organisatorische und technische Trennung zwischen pseudonymisierten Befragungsdaten und nicht-pseudonymisierten personenbezogenen Daten umgesetzt. Die Zi-Treuhandstelle verwaltet letztere und vergibt Pseudonyme, die eine Verknüpfung von Erhebungs- und personenbezogenen Daten ermöglichen, ohne dass das Zi Zugriff auf personenbezogene Daten erhält. Die pseudonymisierten Befragungsdaten werden in einer gesicherten Umgebung verarbeitet, zugänglich nur für entsprechend geschulte Mitarbeitende des Zi.

Die Darstellung der Studienergebnisse erfolgt in aggregierter Form. Zur Wahrung der Vertraulichkeit wurden geringe Fallzahlen zensiert und durch einen Punkt „.“ gekennzeichnet. Um eine indirekte Rückrechnung auf kleine Fallzahlen zu verhindern, wurden ergänzend auch benachbarte Kategorien zensiert. Die Zensierungsregeln dienen dazu, die Gefahr einer möglichen Re-Identifikation von Befragten auch bei detaillierten Auswertungen wie beispielsweise Subgruppenanalysen auszuschließen (für detaillierte Ausführungen zu den Zensierungsregeln siehe Kapitel A1.4).

2.5 Hinweise zur Datendarstellung und Interpretation der Ergebnisse

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht in Tabellen und Abbildungen die männliche Form verwendet. Die Bezeichnungen „Hausärzte“, „Fachärzte“ sowie „Psychotherapeuten und Psychosomatiker“ stehen an manchen Stellen im Text stellvertretend für die jeweiligen Versorgungsbereiche gemäß Zuordnung der Fachgebiete (siehe Tabelle 1a auf Seite 23 und Tabelle 1b auf Seite 24). Der Begriff „Hausärzte“ umfasst dabei sowohl die Fachgruppen „Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)“ als auch „Kinder- und Jugendmedizin“.

Für die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse der quantitativen Analysen (Tabellen und Abbildungen) gilt, dass absolute Anzahlen stets ungewichtet angegeben werden, da dies die unter Datenschutzgesichtspunkten relevante Größe ist (vgl. hierzu Kapitel A1.4). Die absolute Anzahl kann dabei zwischen einzelnen Fragen aufgrund der Filterführungen variieren, wenn Fragen nur für Teilgruppen von Befragten relevant waren.

Tabelle 1a Zuordnung der Fachgebiete zu Versorgungsbereichen

Fachgebiet*	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische u. psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	713	26,6%	713	83,2%				
Anästhesiologie	42	1,7%			42	2,9%		
Augenheilkunde	118	3,4%			118	5,5%		
Chirurgie	165	7,0%			165	11,6%		
Dermatologie	47	1,4%			47	2,3%		
Gynäkologie	223	7,8%			223	12,8%		
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	60	1,7%			60	2,8%		
Humangenetik	9	0,5%			9	0,7%		
Innere Medizin - Angiologie	.	.			.	.		
Innere Medizin - Endokrinologie und Diabetologie	30	0,9%			30	1,5%		
Innere Medizin - Gastroenterologie	43	1,6%			43	2,6%		
Innere Medizin - Hämato-/Onkologie	33	1,1%			33	1,8%		
Innere Medizin - Kardiologie	65	2,0%			65	3,3%		
Innere Medizin - Nephrologie	51	1,5%			51	2,4%		
Innere Medizin - Pneumologie	24	0,8%			24	1,4%		
Innere Medizin - Rheumatologie	20	0,7%			20	1,1%		
Innere Medizin - ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	151	4,0%			151	6,6%		
Kinder- und Jugendmedizin	129	5,4%	129	16,8%				
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	23	0,9%			23	1,4%		
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	61	2,0%			61	3,2%		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	.	.			.	.		
Nervenheilkunde	.	.			.	.		
Neurologie	87	3,2%			87	5,2%		
Nuklearmedizin	36	1,3%			36	2,1%		

Tabelle 1b Zuordnung der Fachgebiete zu Versorgungsbereichen

Fachgebiet*	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische u. psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Pathologie	30	0,9%			30	1,5%		
Physikalische und rehabilitative Medizin	14	0,4%			14	0,6%		
Psychiatrie	56	1,7%			56	2,8%		
Psychotherapie** / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	390	7,3%					390	100,0%
Radiologie	142	3,8%			142	6,3%		
Strahlentherapie	46	1,6%			46	2,7%		
Transfusionsmedizin	.	.			.	.		
Urologie	42	1,3%			42	2,1%		
Übrige Fachgruppen	44	1,3%			44	2,2%		
Total	3.047	100,0%	842	100,0%	1.815	100,0%	390	100,0%

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Die Kategorie „Übrige Fachgruppen“ beinhaltet die Fachgruppen „Arzt ohne Facharztbezeichnung“ und „Praktischer Arzt“ sowie zusammengefasste Fachgebiete, die aufgrund ihrer geringen Fallzahlen in der Grundgesamtheit aus Datenschutzgründen aggregiert wurden. *Die Angabe zum Fachgebiet basiert auf der Selbstausskunft der Befragungsteilnehmenden im Fragebogen und wurde mit den Daten aus dem Bundesarztregister abgeglichen und geprüft. **Das Fachgebiet Psychotherapie beinhaltet ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Statistische Kennzahlen und Anteilswerte werden im vorliegenden Bericht jedoch in gewichteter Form angegeben und interpretiert (vgl. hierzu Kapitel A1.7). Gewichtet wurde nach den Merkmalen Versorgungsbereich, Organisationsform, KV-Bereich, Geschlecht, Altersgruppe und Arbeitszeitumfang. Eine Ausnahme bilden die Ausführungen zu den Freitextanalysen (qualitative Analysen) zu den Motiven für die ambulante Anstellung in Kapitel 4.5. Hier werden nur ungewichtete Anzahlen, Kennzahlen und Anteilswerte angegeben und interpretiert.

Einzelne Werte aus Tabellen und Abbildungen werden im Text nur dort aufgegriffen, wo sie für die Interpretation des jeweiligen Befunds einen erkennbaren Beitrag leisten. Die Tabellen enthalten darüber hinaus die vollständigen, unter Berücksichtigung der Zensierungsregeln aus Datenschutzgründen berichtbaren Ergebnisse. Zensierte Werte werden im Text nicht interpretiert (für detaillierte Ausführungen zu den Zensierungsregeln siehe Kapitel A1.4). Inhaltlich unbestimmte Kategorien wie „Sonstiges“, „Weiß nicht“ oder „Keine Angabe“ werden nur dann näher behandelt, wenn sie inhaltlich relevant sind.

Eine detaillierte Darstellung der Methodik ist in Kapitel A1 im Anhang enthalten. Dort werden neben dem Studiendesign und der Stichprobe auch die Datenaufbereitung und -validierung sowie das Gewichtungsverfahren der Angestelltenbefragung ausführlicher beschrieben.

Kapitel 3

Soziodemografische Merkmale und Karrieremodellzuordnung der Angestellten

Dieses Kapitel beschreibt, welche soziodemografischen und familiären Merkmale die angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufweisen. Zusätzlich wird die Selbsteinordnung der Befragten in unterschiedliche Karrieremodelle präsentiert. Diese Einordnung ist für die weiteren Ergebniskapitel zentral, weil sie Hinweise darauf liefert, inwiefern sich ärztliche und psychotherapeutische Angestellte abhängig von ihren Karriereplänen unterscheiden. Damit liefert das von den Befragten angegebene Karrieremodell einen interpretativen Rahmen für die folgenden Kapitel. Unterschiede bei der Bewertung von Rahmenbedingungen der Anstellung, hinsichtlich der Zufriedenheit, bei Beratungsbedarfen oder bei Niederlassungsplänen lassen sich angemessener einordnen, wenn berücksichtigt wird, ob die Befragten ihre aktuelle Tätigkeit eher als langfristige Beschäftigungsform, als Vorbereitung auf eine mögliche Niederlassung, als offene Orientierungsphase oder als spätere Phase des Berufslebens verstehen. So kann es relevant sein, zu verstehen, wo die Unsicherheiten jener Befragten liegen, die sich im Übergang in die Niederlassung befinden oder wo Beratungsbedarfe von denjenigen gesehen werden, die in einer Orientierungsphase hinsichtlich ihrer Karriere sind. Gerade diese Gruppen können Hinweise darauf geben, welche Faktoren den Übergang aus einer vorherigen Anstellung heraus in die Niederlassung ebnen könnten.

Bei der Interpretation der nach Karrieremodell differenzierten Ergebnisse ist zu beachten, dass die Zuordnung zu den Karrieremodellen auf der Selbsteinordnung der Befragungsteilnehmenden beruht. Die Ergebnisse beschreiben folglich nicht Eigenschaften der Modelle an sich, sondern Merkmale der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich den jeweiligen Modellen selbst zugeordnet haben. Unterschiede zwischen den Gruppen sind daher deskriptiv zu verstehen und können unter anderem mit dem Alter, der Phase des Berufslebens, der familiären Situation oder dem früheren beruflichen Werdegang zusammenhängen.

Die soziodemografischen Merkmale werden dabei nicht isoliert betrachtet. Sie bilden den Kontext, in dem berufliche Entscheidungen über Anstellung, mögliche Niederlassung, Arbeitsumfang und Vereinbarkeit getroffen werden. Gerade Unterschiede nach Alter, Geschlecht, familiärer Situation und beruflichem Umfeld sind deshalb für die Interpretation der späteren Kapitel zu Rahmenbedingungen der Anstellung und Niederlassungsplänen bedeutsam.

3.1 Selbsteinordnung der Befragten in Karrieremodelle

Die Befragten konnten im Fragebogen in Form einer geschlossenen Frage angeben, welchem Karrieremodell² sie ihre aktuelle Tätigkeit in Anstellung am ehesten zuordnen. Als Antwortoptionen standen die Anstellung als angestrebtes lebenslanges Arbeitsmodell, als Übergangsmodell in die Niederlassung, als Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege sowie zwei Varianten eines Berufsausstiegsmodells zur Auswahl. Die beiden Berufsausstiegsvarianten, der gleitende Ruhestandsübergang ehemaliger Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber einerseits sowie der gleitende Ruhestandsübergang aus einer anderen Erwerbstätigkeit andererseits, wurden für die Berichtsdarstellung zu einer gemeinsamen Kategorie „Berufsausstiegsmodell“ zusammengefasst. Daneben konnten die Befragten „Sonstiges“ oder „Keine Angabe“ wählen.

2 Der genaue Wortlaut der Antwortoptionen auf die Frage „Als welches Modell würden Sie Ihre aktuelle Tätigkeit in Anstellung beschreiben?“ lautete wie folgt:

- Angestrebtes lebenslanges Arbeitsmodell
- Übergangsmodell in die Niederlassung
- Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege
- Berufsausstiegsmodell, d. h. Sie sind ehemalige/r Praxisinhaber/in und möchten gleitend in den Ruhestand wechseln
- Berufsausstiegsmodell, d. h. Sie möchten aus einer anderen Erwerbstätigkeit (keine Niederlassung) gleitend in den Ruhestand wechseln
- Keine Angabe
- Sonstiges

Wie in Tabelle 2 auf Seite 27 dargestellt, bilden Befragte, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordneten, die größte Gruppe. Ihr Anteil liegt bei 35,5 %. Es folgt das Berufsausstiegsmodell mit 19,1 %. Dem Übergangsmodell Orientierung ordnen sich 15,8 % der Befragten zu, dem Übergangsmodell in die Niederlassung 14,4 %. Weitere 9,2 % machen keine Angabe, 5,9 % wählen „Sonstiges“.

Tabelle 2 Selbsteinordnung der Befragten in Karrieremodelle		
Merkmal	Analysefälle	
	Anzahl	Anteil
Einschätzung gegenwärtiges Arbeitsmodell		
Lebenslanges Arbeitsmodell	1.141	35,5%
Übergangsmodell Niederlassung	536	14,4%
Übergangsmodell Orientierung	487	15,8%
Berufsausstiegsmodell	524	19,1%
Sonstiges	131	5,9%
Keine Angabe	228	9,2%
Total	3.047	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.		
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.		

Befragte, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordneten, dürften die ambulante Anstellung als längerfristigen beruflichen Pfad ansehen. Jene Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, verstehen die aktuelle Anstellung wohl stärker als Phase vor einer möglichen Selbstständigkeit. Weniger konkret steht es um die Befragten im Übergangsmodell Orientierung, welche sich wahrscheinlich eher in einer Phase befinden, in der sie verschiedene berufliche Optionen noch prüfen. Das Berufsausstiegsmodell steht für eine späte Phase des Berufslebens, in der die Anstellung als gleitender Übergang in den Ruhestand beschrieben wird.

Diese Selbsteinordnung bildet im Bericht eine wichtige analytische Variable zur Bildung von Untergruppen. Sie soll jedoch nicht als kausale Erklärung verstanden werden. Wenn sich Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen, werden sie im folgenden Text nur dort aufgegriffen, wo sie für die inhaltliche Einordnung der Ergebnisse relevant sind. Aufgrund der schwierigen Interpretierbarkeit der Angaben „Sonstiges“ und „Keine Angabe“, werden diese in den folgenden Ergebnissen und Tabellen nicht weiter aufgeführt.

3.2 Demografische Charakteristika

Alter und Altersgruppen

Die Altersstruktur der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten ist deutlich durch mittlere und höhere Altersgruppen geprägt. In der Gesamtbetrachtung entfallen 32,2 % auf die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen, wie sich in Tabelle 3 auf Seite 28 zeigt. Weitere 23,8 % sind 50 bis 59 Jahre alt, 26,3 % sind über 60 Jahre alt. Jüngere Altersgruppen sind seltener vertreten. 14,0 % der Befragten sind 35 bis 39 Jahre alt, 3,6 % unter 35 Jahre.

Tabelle 3 Alter, Geschlecht und biografischer Hintergrund, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Alter										
unter 35 Jahre	161	3,6%	29	1,9%	71	10,6%	52	7,8%	0	0,0%
35-39 Jahre	474	14,0%	115	10,6%	183	31,3%	138	26,9%	.	.
40-49 Jahre	960	32,2%	377	33,9%	230	48,9%	225	49,0%	.	.
50-59 Jahre	724	23,8%	432	37,1%	.	.	66	15,3%	84	14,3%
60 Jahre und älter	728	26,3%	188	16,5%	.	.	6	1,0%	431	83,7%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Geschlecht										
Weiblich	1.872	59,1%	782	68,0%	376	68,2%	349	70,0%	166	33,2%
Männlich	1.175	40,9%	359	32,0%	160	31,8%	138	30,0%	358	66,8%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Kindheit und Jugend überwiegend in Deutschland verbracht										
Ja	2.713	89,4%	1.024	89,7%	468	86,9%	424	87,6%	495	95,0%
Nein	300	9,4%	108	9,2%	58	11,5%	54	9,9%	27	4,6%
Keine Angabe	34	1,2%	9	1,1%	10	1,6%	9	2,5%	2	0,4%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Die Angaben zum Alter beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2024. Im Fragebogen wurden bei der Angabe des Geburtsjahres ausschließlich Werte zwischen 1900 und 2000 zugelassen. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Zwischen den Befragten, die sich den verschiedenen Karrieremodellen zuordneten, zeigen sich klare Unterschiede (siehe Tabelle 3 auf Seite 28). Unter den Befragten, die sich dem angestrebten lebenslangen Arbeitsmodell zuordneten, ist die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 37,1 % am stärksten vertreten. Etwa ein Drittel machen die 40- bis 49-Jährigen aus und 16,5 % sind über 60 Jahre alt.

Befragte, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, sind deutlich jünger strukturiert. Hier entfällt fast die Hälfte auf die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen, 31,3 % auf die 35- bis 39-Jährigen und 10,6 % auf die unter 35-Jährigen. Die Altersgruppen konzentrieren sich damit auf die frühe und mittlere Phase des Berufslebens.

Auch unter den Befragten im Übergangsmodell Orientierung konzentriert sich die Altersstruktur auf die mittlere Phase des Berufslebens. Auch hier entfallen fast die Hälfte der Befragten auf die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Weitere 26,9 % sind 35 bis 39 Jahre alt, 15,3 % sind 50 bis 59 Jahre alt und 7,8 % unter 35 Jahre. Nur ein geringfügiger Teil ist älter als 60 Jahre alt.

Befragte im Berufsausstiegsmodell heben sich erwartungsgemäß deutlich von den anderen Gruppen ab. Hier sind 83,7 % der Befragten 60 Jahre alt und älter. Weitere 14,3 % liegen in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren. Insgesamt legen die Ergebnisse damit nahe, dass die Selbsteinordnung in Karrieremodelle nicht nur unterschiedliche Karriereziele abbildet, sondern auch verschiedene biografische Positionen.

Geschlecht

Wie außerdem aus Tabelle 3 auf Seite 29 Seite 28 hervorgeht, sind 59,1 % der Angestellten weiblich sowie 40,9 % männlich. In drei der vier zentralen Karrieremodelle sind Ärztinnen bzw. Psychotherapeutinnen in der Mehrheit. Unter den Befragten, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordneten, beträgt der Frauenanteil 68,0 %. Bei Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung liegt er bei 68,2 %, bei Befragten im Übergangsmodell Orientierung bei 70,0 %.

Das Berufsausstiegsmodell weist dagegen eine umgekehrte Geschlechterstruktur auf. Hier liegt der Frauenanteil bei etwa einem Drittel, während der Männeranteil zwei Drittel ausmacht. Dieses Ergebnis dürfte eng mit der Altersstruktur der Befragten in dieser Gruppe zusammenhängen. Ergänzende Auswertungen differenziert nach Geschlecht zeigen, dass Geschlechterunterschiede im Bericht auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Altersstrukturen zu interpretieren sind. Wie Tabelle 4 auf Seite 29 zeigt, sind weibliche Befragte stärker in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen vertreten (38,8 %) als männliche Befragte (22,6 %). Männliche Befragte gehören dagegen deutlich häufiger zur Altersgruppe 60 Jahre und älter (41,9 %) als weibliche Befragte (15,6 %). Für die Interpretation der weiteren Ergebnisse ist daher zu berücksichtigen, dass Unterschiede zwischen den Karrieremodellen sich teilweise auch durch das Alter oder Geschlecht ergeben können.

Tabelle 4 Altersverteilung nach Geschlecht						
Merkmal	Analysefälle					
	Geschlecht					
	Gesamt		Weiblich		Männlich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Alterskategorie						
unter 35 Jahre	161	3,6%	125	4,4%	36	2,6%
35-39 Jahre	474	14,0%	328	15,5%	146	11,8%
40-49 Jahre	960	32,2%	685	38,8%	275	22,6%
50-59 Jahre	724	23,8%	480	25,7%	244	21,2%
60 Jahre und älter	728	26,3%	254	15,6%	474	41,9%
Total	3.047	100%	1.872	100%	1.175	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.						
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Die Angaben zum Alter beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2024. Im Fragebogen wurden bei der Angabe des Geburtsjahres ausschließlich Werte zwischen 1900 und 2000 zugelassen.						

Kindheit und Jugend in Deutschland

Des Weiteren wurde erhoben, ob die Befragten den Großteil ihrer Kindheit und Jugend in Deutschland verbracht haben. Wie aus Tabelle 3 auf Seite 28 ersichtlich, trifft dies auf insgesamt 89,4 % der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten zu. 9,4 % geben an, den Großteil ihrer Kindheit und Jugend nicht in Deutschland verbracht zu haben. Die Unterschiede nach Karrieremodellen sind begrenzt. Im Berufsausstiegsmodell liegt der Anteil der Befragten, die den Großteil ihrer Kindheit und Jugend in Deutschland verbracht haben, mit 95,0 % etwas höher als in den anderen Modellen.

3.3 Familiensituation

Insgesamt leben 58,6 % der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten mit Kindern in einem Haushalt, wie aus Tabelle 5 auf Seite 31 ersichtlich. Der Anteil unterscheidet sich deutlich danach, welchem Karrieremodell sich die Befragten zuordneten. Besonders hoch ist er unter den Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung: Dort leben 82,1 % mit Kindern in einem Haushalt. Auch unter den Befragten im Übergangsmodell Orientierung ist der Anteil mit 71,4 % hoch. Im lebenslangen Arbeitsmodell beträgt er 64,6 %. Nur ein geringer Teil der Befragten im Berufsausstiegsmodell (21,3 %) gab an, dass noch Kinder im Haushalt leben, was angesichts der Altersstruktur dieser Gruppe plausibel erscheint.

Wie Tabelle 5 auf Seite 31 zeigt, lebt unter den Befragten mit Kindern im Haushalt knapp die Hälfte mit zwei Kindern zusammen. Jeweils etwa ein Viertel dieser Befragten lebt mit einem Kind oder mit drei oder mehr Kindern in einem Haushalt. In den beiden Übergangsmodellen machen Haushalte mit zwei Kindern ebenfalls die Mehrheit aus. Im Übergangsmodell in die Niederlassung entfallen 46,4 % auf zwei Kinder, im Übergangsmodell Orientierung 53,5 %.

Besonders aussagekräftig ist das Alter des jüngsten Kindes im Haushalt, weil es Hinweise auf mögliche Betreuungsbedarfe und Vereinbarkeitsanforderungen gibt (siehe Tabelle 5 auf Seite 31). Insgesamt haben 31,4 % der Befragten mit Kindern ein jüngstes Kind unter 6 Jahren im Haushalt. Bei etwa einem Viertel ist das jüngste Kind 6 bis unter 11 Jahre alt, bei 40,8 % 11 Jahre oder älter.

Die beiden Übergangsgruppen unterscheiden sich hier klar von den Befragten im lebenslangen Arbeitsmodell. Unter den Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, liegt der Anteil mit jüngstem Kind unter 6 Jahren bei etwa der Hälfte. Im Übergangsmodell Orientierung beträgt dieser Anteil 48,0 %. Unter den Befragten im lebenslangen Arbeitsmodell liegt er dagegen bei 19,6 %. Dort ist das jüngste Kind in 55,5 % der Fälle 11 Jahre oder älter, was auch mit der Alterstruktur zusammenhängen dürfte.

Diese Ergebnisse sind für das Verständnis der Analysen zur weiteren Karriereplanung und zur Niederlassungsbereitschaft wichtig, welche in Kapitel 6 präsentiert werden. Gerade jene Befragten, für die eine Niederlassung oder berufliche Neuorientierung besonders relevant zu sein scheint, befinden sich häufig zugleich in einer familienintensiven Lebensphase. Fragen der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben werden daher in den folgenden Kapiteln als möglicher Hintergrund für Arbeitszeitwünsche, Unterstützungsbedarfe und Karriereentscheidungen analysiert.

Tabelle 5 Kinder im Haushalt, nach Karrieremodell: Vorhandensein, Anzahl und Alter des jüngsten Kindes

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kinder im Haushalt										
Ja	1.776	58,6%	729	64,6%	405	82,1%	333	71,4%	110	21,3%
Nein	1.205	39,0%	396	34,1%	126	17,3%	148	27,2%	390	73,7%
Keine Angabe	66	2,4%	16	1,3%	5	0,6%	6	1,4%	24	5,0%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder										
1 Kind	502	25,9%	194	24,8%	115	25,3%	91	21,0%	44	42,8%
2 Kinder	854	48,2%	365	50,7%	192	46,4%	171	53,5%	35	28,5%
3 Kinder und mehr	400	24,8%	165	23,8%	97	28,2%	70	25,3%	23	22,5%
Keine Angabe	20	1,1%	5	0,7%	1	0,1%	1	0,2%	8	6,3%
Total	1.776	100%	729	100%	405	100%	333	100%	110	100%
Alter des jüngsten im Haushalt lebenden Kindes										
Unter 6 Jahre	568	31,4%	133	19,6%	213	50,5%	163	48,0%	.	.
6 bis unter 11 Jahre	435	25,4%	161	22,8%	125	31,8%	91	29,1%	.	.
11 Jahre und älter	733	40,8%	421	55,5%	64	17,3%	77	22,5%	88	80,3%
Keine Angabe	40	2,4%	14	2,1%	3	0,4%	2	0,4%	13	12,3%
Total	1.776	100%	729	100%	405	100%	333	100%	110	100%

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

3.4 Familiärer und sozialer Hintergrund mit Bezug zum Gesundheitswesen

Für Karriereentscheidungen kann es relevant sein, ob im familiären Umfeld oder Freundeskreis Erfahrungen mit ambulanter oder stationärer Anstellung oder dem Betreiben einer eigenen Praxis vorhanden sind. Solche Kontakte können berufliche Leitbilder prägen, informelles Wissen vermitteln und den Zugang zu Erfahrungen mit Selbstständigkeit oder Niederlassung erleichtern. Zugleich können sie auch realitätsnahe Einschätzungen zu Belastungen, administrativem Aufwand und wirtschaftlicher Verantwortung vermitteln.

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass sich die Fragen auf die beruflichen Gegebenheiten im sozialen Umfeld der Befragten beziehen. Sie erlauben keine vollständige Trennung zwischen familiären, freundschaftlichen und beruflichen Netzwerken. Gerade bei Freundinnen und Freunden ist die Annahme plausibel, dass Kontakte häufig im Studium, in der Weiterbildung oder im weiteren Berufsleben entstanden sind.

Personen im sozialen Umfeld, die eine eigene Praxis betrieben oder betreiben

Insgesamt geben 69,1 % der Befragten an, Personen, die eine eigene Praxis betrieben oder betreiben, in der Familie oder im Freundeskreis zu haben (siehe Tabelle 6 auf Seite 33). Dieser Anteil ist in allen Karrieremodellen hoch. Unter den Befragten im lebenslangen Arbeitsmodell sowie im Übergangsmodell in die Niederlassung beträgt er jeweils etwas über zwei Drittel, im Übergangsmodell Orientierung 63,1 % und im Berufsausstiegsmodell sind es fast drei Viertel der Befragten.

Werden Personen im privaten Umfeld angegeben, die eine eigene Praxis betrieben oder betreiben, handelt es sich überwiegend um Freundinnen und Freunde. Insgesamt nannten 76,0 % dieser Teilgruppe Freundinnen und Freunde mit eigener Praxis. 32,9 % nannten andere Familienmitglieder, 20,6 % mindestens einen Elternteil. Auch unter den Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung oder dem Orientierungsmodell zuordneten, bestehen häufig direkte Kontakte zu Personen mit eigener Praxis.

Dieses Ergebnis ist auch für die späteren Kapitel relevant. Zugleich können trotz sozialer Nähe zur beruflichen Selbstständigkeit bei den ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten konkrete Fragen zu Risiken, Bürokratie, Finanzierung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie bestehen.

Tabelle 6 Personen, die eine eigene Praxis betrieben oder betreiben im Familien- und Freundeskreis nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen in Familie und Freundeskreis mit eigener Praxis										
Ja	2.063	69,1%	778	68,6%	355	68,5%	304	63,1%	387	74,5%
Nein	940	29,5%	350	30,3%	176	31,1%	179	36,1%	122	23,0%
Keine Angabe	44	1,4%	13	1,1%	5	0,4%	4	0,9%	15	2,5%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Falls ja (Mehrfachangaben möglich)										
Ja, Freunde	1.576	76,0%	611	77,9%	256	72,2%	237	76,4%	287	73,6%
Ja, andere Familienmitglieder	662	32,9%	249	31,4%	93	27,9%	97	34,4%	151	39,2%
Ja, mindestens ein Elternteil	404	20,6%	138	18,9%	82	24,2%	72	27,4%	71	19,8%
Total mit mind. einer Angabe	2.059		774		355		304		387	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt. Die Angabe „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.										

Personen im sozialen Umfeld mit ambulanter Anstellung

Wie aus Tabelle 7 auf Seite 34 hervorgeht, gaben knapp zwei Drittel der Befragten an, Personen in Familie oder Freundeskreis zu haben, die in ambulanter Anstellung ärztlich oder psychotherapeutisch tätig sind oder waren. Der Anteil ist unter den Befragten im Übergangsmodell Orientierung mit 70,3 %, im Übergangsmodell in die Niederlassung mit 69,2 % und im lebenslangen Arbeitsmodell mit 67,7 % etwas höher als im Berufsausstiegsmodell (61,7 %).

Unter den Befragten mit entsprechenden Kontakten im Umfeld nannten 85,6 % Freundinnen und Freunde mit ambulanter Anstellung. Andere Familienmitglieder wurden von 23,7 % genannt, mindestens ein Elternteil von 9,4 %. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass ambulante Anstellungen im sozialen Umfeld vieler angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten präsent sind.

Tabelle 7 Personen mit ambulanter Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen in Familie und Freundeskreis mit ambulanter Anstellung										
Ja	2.007	66,3%	766	67,7%	368	69,2%	337	70,3%	318	61,7%
Nein	1.008	32,5%	365	31,1%	162	29,1%	147	29,2%	198	37,0%
Keine Angabe	32	1,2%	10	1,2%	6	1,7%	3	0,5%	8	1,2%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Falls ja (Mehrfachangaben möglich)										
Ja, Freunde	1.713	85,6%	666	87,5%	329	89,0%	303	89,2%	239	76,6%
Ja, andere Familienmitglieder	460	23,7%	172	21,2%	57	16,6%	53	16,9%	123	40,9%
Ja, mindestens ein Elternteil	172	9,4%	58	8,4%	37	10,4%	26	9,3%	33	12,4%
Total mit mind. einer Angabe	1.996		762		367		336		314	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt. Die Angabe „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.										

Personen im Umfeld mit stationärer Anstellung

Noch häufiger als Kontakte zu Personen, die eine eigene Praxis betrieben oder betreiben oder zu Personen in ambulanter Anstellung sind Kontakte im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung, wie Tabelle 8 auf Seite 35 darstellt. Insgesamt gaben 73,3 % der Befragten an, Personen in Familie oder Freundeskreis zu haben, die stationär ärztlich angestellt sind oder waren. Unter den Befragten im lebenslangen Arbeitsmodell und im Übergangsmodell in die Niederlassung sind es gut drei Viertel der Befragten, im Übergangsmodell Orientierung liegt der Anteil bei 76,5 %. Im Berufsausstiegsmodell fällt er mit 65,7 % niedriger aus.

Unter den Befragten mit stationär tätigen Kontakten im Umfeld nannten 82,2 % Freundinnen und Freunde, knapp ein Drittel andere Familienmitglieder und 10,0 % mindestens einen Elternteil. Damit zeigt sich insgesamt eine starke Einbindung der Befragten in medizinisch bzw. therapeutisch geprägte soziale Netzwerke. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre Anstellungen und in umfassendem Maße auch für Erfahrungen mit eigener Praxis.

3.5 Zwischenfazit

Die Selbsteinordnung in Karrieremodelle bildet eine zentrale Stratifizierungsvariable für die weiteren Analysen in diesem Bericht. Sie zeigt, dass die aktuelle ambulante Anstellung von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt wird, entweder als lebenslanges Arbeitsmodell, als Übergang in eine

Tabelle 8 Personen mit stationärer Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen in Familie und Freundeskreis mit stationärer Anstellung										
Ja	2.221	73,3%	847	75,1%	396	75,1%	370	76,5%	352	65,7%
Nein	807	26,1%	293	24,9%	139	24,7%	116	23,3%	160	31,9%
Keine Angabe	19	0,6%	1	0,0%	1	0,2%	1	0,1%	12	2,4%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Falls ja (Mehrfachangaben möglich)										
Ja, Freunde	1.836	82,2%	698	80,8%	346	86,5%	324	86,8%	255	73,8%
Ja, andere Familienmitglieder	683	33,1%	265	33,7%	95	27,2%	97	30,4%	148	41,0%
Ja, mindestens ein Elternteil	201	10,0%	75	11,2%	45	14,0%	31	6,8%	26	6,6%
Total mit mind. einer Angabe	2.215		844		395		368		352	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt. Die Angabe „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.										

mögliche Niederlassung, als Orientierungsphase oder als gleitender Übergang in den Ruhestand. Diese Unterschiede können nicht nur Ausdruck unterschiedlicher Karriereziele sein, sondern hängen vermutlich auch mit der jeweiligen Lebenssituation und Phase des Berufslebens zusammen.

Besonders deutlich wird dies bei den Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung oder dem Übergangsmodell zur Orientierung zuordneten. Diese Gruppen sind im Vergleich jünger, häufiger weiblich und befinden sich deutlich häufiger in einer familienintensiven Lebensphase mit Kindern im Haushalt, darunter tendenziell jüngere Kinder. Gleichzeitig verfügen viele von ihnen über Kontakte zu Personen mit Erfahrungen im Führen einer eigenen Praxis oder einer Anstellung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Diese Ergebnisse sind von Bedeutung, weil eine spätere Entscheidung für oder gegen eine Niederlassung von Karrierephase, familiärer Situation, Risikoabwägung und konkreten Vorstellungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf abhängig sein dürfte, um nur einige mögliche Einflussfaktoren zu nennen, welche in dieser Befragung beleuchtet wurden.

Die nachfolgenden Ergebniskapitel knüpfen an diese Struktur der Subgruppenanalysen an. Unterschiede differenziert nach Karrieremodell werden dort gezielt aufgegriffen, wo sie die Interpretation der Ergebnisse verbessern. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, welche Merkmale, Erfahrungen und Erwartungen die ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten aufweisen, die sich den jeweiligen Karrieremodellen zugeordnet haben.

Kapitel 4

Werdegang, frühere Niederlassung und Motive für die ambulante Anstellung

Dieses Kapitel beschreibt den beruflichen Hintergrund der Befragten. Im Mittelpunkt stehen die fachliche Selbsteinordnung in „Ärztin/Arzt bzw. ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ bzw. „psychologische/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/-Psychotherapeut“ sowie darauf aufbauend der Zeitpunkt zentraler Qualifikationsabschlüsse, ambulante Vorerfahrungen während der Weiterbildung bzw. postgradualen Ausbildung, frühere vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Niederlassungserfahrungen sowie die Tätigkeit unmittelbar vor der aktuellen Anstellung. Dabei wurden Ergebnisse zum Werdegang von Ärztinnen und Ärzten bzw. ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und zum Werdegang von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten getrennt erhoben. Deshalb werden im Folgenden die Ergebnisse für beide Gruppen differenziert berichtet. Die quantitativen Ergebnisse zum akademischen und beruflichen Werdegang bilden den Kontext für die anschließende Analyse der Freitextangaben zu den Motiven der Entscheidung für eine ambulante Anstellung.

4.1 Fachliche Einordnung und Karrierezeitpunkt

Die Gruppe der ambulanten Angestellten besteht überwiegend aus Ärztinnen und Ärzten bzw. ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wie Tabelle 9 auf Seite 37 zeigt, liegt ihr gewichteter Anteil bei insgesamt 92,8 %. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten machen 7,2 % aus. Betrachtet nach Karrieremodell zeigen sich deutliche Unterschiede in den Anteilswerten. Unter den Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, liegt der Anteil der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei 21,7 %. Im Übergangsmodell Orientierung beträgt er 11,9 %, im lebenslangen Arbeitsmodell dagegen 4,1 %. Diese Zusammensetzung ist für die Interpretation der späteren Ergebnisse relevant, weil sich ärztliche und psychotherapeutische Karrierewege, Ausbildungsstrukturen und Zugänge zur Niederlassung unterscheiden können.

Tabelle 9 Berufsgruppen bzw. Fachbezeichnungen, nach Karrieremodell										
Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Berufsgruppe bzw. Fachbezeichnung										
Arzt bzw. ärztl. Psychotherapeut	2.661	92,8 %	1.059	95,9 %	357	78,3 %	395	88,1 %	518	99,1 %
psychologischer Psychotherapeut bzw. KJ-Psychotherapeut	386	7,2 %	82	4,1 %	179	21,7 %	92	11,9 %	6	0,9 %
Total	3.047	100 %	1.141	100 %	536	100 %	487	100 %	524	100 %
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt. „KJ-Psychotherapeut“ steht für „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“.										

Tabelle 10 Vergangene Zeit seit Abschluss des Studiums, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit seit Abschluss des Studiums										
0-10 Jahre	389	9,8%	85	7,1%	177	27,5%	104	16,8%	0	0,0%
11-20 Jahre	1.128	37,4%	393	34,9%	294	59,6%	296	63,9%	8	1,5%
21-30 Jahre	695	22,9%	419	37,2%	55	11,1%	70	15,6%	59	9,9%
31-40 Jahre	578	19,4%	212	17,7%	.	.	6	1,4%	284	51,4%
über 40 Jahre	220	9,3%	21	2,2%	0	0,0%	.	.	167	35,8%
Keine Angabe	37	1,2%	11	0,9%	.	.	.	.	6	1,4%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Der vergangene Zeit seit Studienabschlusses deutet auf unterschiedliche Karrierephasen hin, die vermutlich stark mit dem Alter zusammenhängen. Insgesamt liegt der Studienabschluss bei 37,4 % der Befragten 11 bis 20 Jahre zurück, weitere 22,9 % haben ihr Studium vor 21 bis 30 Jahren abgeschlossen (siehe Tabelle 10 auf Seite 38). Bei den Übergangsmodellen liegt der Studienabschluss oft weit zurück. Bei Befragten mit Zuordnung zum Übergangsmodell in die Niederlassung liegt der Studienabschluss bei 27,5 % höchstens 10 Jahre und bei 59,6 % 11 bis 20 Jahre zurück. Im Übergangsmodell Orientierung entfallen 16,8 % auf höchstens 10 Jahre und 63,9 % auf 11 bis 20 Jahre seit Studienabschluss. Das Berufsausstiegsmodell zeigt dagegen erwartungsgemäß eine spätere Karrierephase. Etwas mehr als die Hälfte hat ihr Studium vor 31 bis 40 Jahren und 35,8 % vor mehr als 40 Jahren abgeschlossen.

Bei den ärztlichen Befragten bestätigt der Zeitpunkt des Abschlusses der ersten Facharztweiterbildung dieses Muster der Unterschiede zwischen den Karrieremodellen. Wie Tabelle 11 auf Seite 39 zeigt, liegt der Abschluss der ersten Facharztweiterbildung bei 34,2 % mehr als 20 Jahre zurück. Unter den Befragten mit Zuordnung zum Berufsausstiegsmodell beträgt dieser Anteil 89,7 %. Bei den beiden Übergangsgruppen konzentrieren sich die Werte dagegen stärker auf kürzere Zeiträume seit Abschluss der Facharztweiterbildung. Die Übergangsmodelle beschreiben damit nicht nur unterschiedliche berufliche Zielrichtungen, sondern auch Gruppen in einer vergleichsweise frühen bis mittleren Phase nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung.

Tabelle 11 Vergangene Zeit seit Abschluss der ersten Facharztweiterbildung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit seit Abschluss der ersten Facharztweiterbildung										
bis zu 1 Jahr	138	5,1%	37	4,0%	40	10,8%	45	11,0%	.	.
2-3 Jahre	234	8,0%	78	6,9%	69	19,0%	67	15,2%	.	.
4-6 Jahre	310	11,7%	101	9,8%	82	23,6%	93	24,0%	.	.
7-10 Jahre	385	14,3%	167	16,7%	82	23,4%	82	20,4%	7	1,6%
11-15 Jahre	350	13,0%	180	16,8%	53	14,4%	49	13,5%	9	1,8%
16-20 Jahre	330	12,4%	196	19,0%	23	6,6%	37	10,2%	29	4,6%
über 20 Jahre	882	34,2%	292	26,2%	7	2,0%	15	3,7%	461	89,7%
Keine Angabe	32	1,3%	8	0,7%	1	0,2%	7	1,9%	8	1,9%
Total	2.661	100%	1.059	100%	357	100%	395	100%	518	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Beiden psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten liegt der postgraduale Abschluss in der jüngeren Vergangenheit. Insgesamt liegt der Abschluss bei 70,8 % höchstens 6 Jahre zurück (siehe Tabelle 12 auf Seite 40). In den beiden Übergangsgruppen ist dieser Anteil mit jeweils etwa 81,7 % noch höher. Dieser Wert sollte wegen der spezifischen Ausbildungswege nicht unmittelbar mit den ärztlichen Facharztweiterbildungen verglichen werden. Er deutet aber darauf hin, dass gerade in der Teilgruppe der angestellten psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten viele Befragte noch in einer frühen Phase nach Abschluss der formalen Qualifikation stehen.

Tabelle 12 Vergangene Zeit seit Abschluss der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit seit Abschluss der postgradualen Psychotherapieausbildung										
bis zu 1 Jahr	68	18,1%	.	.	42	24,6%	18	20,3%	0	0,0%
2-3 Jahre	92	23,2%	10	9,7%	50	28,0%	30	30,3%	0	0,0%
4-6 Jahre	115	29,5%	24	33,2%	54	29,1%	28	31,1%	0	0,0%
7-10 Jahre	57	13,4%	19	27,3%	22	8,7%	9	9,6%	0	0,0%
11-15 Jahre	25	7,2%	12	9,7%	6	6,6%	.	.	0	0,0%
16-20 Jahre	15	3,7%	7	7,1%	.	.	.	.	0	0,0%
über 20 Jahre	13	4,5%	.	.	.	.	0	0,0%	6	100%
Keine Angabe	1	0,4%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	386	100%	82	100%	179	100%	92	100%	6	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

4.2 Ambulante Vorerfahrung in Weiterbildung und Ausbildung

Tabellen 13 auf Seite 41 und 14 auf Seite 42 stellen dar, dass die ambulante Vorerfahrung während der ärztlichen Weiterbildung insgesamt begrenzt ausfällt. Unter den ärztlichen Befragten gaben 46,7 % an, keine Weiterbildungsmonate in der ambulanten Versorgung absolviert zu haben. Der Median liegt bei 2 Monaten. Zugleich zeigen sich Unterschiede nach Karrieremodell. 25,0 % der Befragten mit Zuordnung zum Übergangsmodell in die Niederlassung berichteten 13 bis 24 Monate und weitere 11,4 % gaben 25 bis 36 Monate ambulanter Weiterbildung an. Im Übergangsmodell Orientierung ist die ambulante Weiterbildungserfahrung geringer ausgeprägt. 55,2 % berichten keine Monate ambulanter Weiterbildung.

Diese Unterschiede sind für die Ergebnisinterpretation in weiteren Kapiteln bedeutsam. Befragte, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, bringen im ärztlichen Bereich häufiger bereits praktische ambulante Weiterbildungserfahrung mit. Bei Befragten im Orientierungsmodell könnte es sich so darstellen, dass die aktuelle Anstellung dagegen häufiger selbst ein zentraler Ort ist, an dem ambulante Versorgungserfahrung gesammelt wird.

Tabelle 13 Lagemaße zur ambulanten Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung, nach Karrieremodell

Lagemaß	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Monate ambulanter Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung										
Anzahl	2.661	2.827	1.059	1.038	357	344	395	425	518	578
Mittelwert	11,54	11,66	12,29	12,61	12,55	12,8	10,99	10,58	9,68	11,21
Standardabweichung	16,12	16,5	16,83	17,36	14,07	14,02	15,07	14,93	16,41	18,21
Median	2	2	1	2	6	9	0	0	2	3
Monate ambulanter Erfahrung während der postgradualen Psychotherapieausbildung										
Anzahl	386	220	82	45	179	96	92	58	6	5
Mittelwert	26,56	26,62	21,15	21,24	28,56	29,46	26,94	26,29	12	12,13
Standardabweichung	17,79	17,47	18,68	17,44	16,38	15,86	16,89	17,26	13,15	13,14
Median	24	24	20	20	25	27	26	24	0	24
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

In der Gruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten stellt sich die ambulante Vorerfahrung anders dar. Insgesamt liegt der Median der in der ambulanten Versorgung absolvierten postgradualen Ausbildung bei 24 Monaten, nur 10,4 % gaben keine ambulanten Ausbildungsmonate an (siehe Tabelle 13 auf Seite 41 bzw. Tabelle 14 auf Seite 42).

Unter Befragten mit Zuordnung zum Übergangsmodell in die Niederlassung liegt der Median bei 27 Monaten, im Übergangsmodell Orientierung bei 24 Monaten. Die postgraduale psychotherapeutische Ausbildung ist damit deutlich stärker mit ambulanter Praxiserfahrung verbunden als die ärztliche Weiterbildung. Diese Unterschiede sollten bei der Interpretation der Motive und Niederlassungspläne berücksichtigt werden.

Tabelle 14 Ambulante Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Monate ambulanter Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung										
0	1.251	46,7%	506	47,0%	147	40,2%	208	55,2%	234	43,7%
1-6	237	9,8%	69	7,4%	28	7,3%	21	4,8%	89	16,1%
7-12	251	9,4%	92	9,1%	26	8,0%	27	6,6%	77	14,8%
13-24	460	16,5%	191	16,8%	86	25,0%	79	18,1%	42	8,9%
25-36	193	7,3%	81	7,5%	42	11,4%	26	7,1%	25	5,9%
37-48	96	3,7%	43	4,5%	8	2,3%	18	4,9%	16	3,0%
über 48	68	2,8%	34	3,8%	.	.	7	1,3%	13	3,9%
Keine Angabe	105	3,7%	43	4,0%	.	.	9	2,0%	22	3,7%
Total	2.661	100%	1.059	100%	357	100%	395	100%	518	100%
Monate ambulanter Erfahrung während der postgradualen Psychotherapieausbildung										
0	45	10,4%	19	20,3%	12	4,9%	10	9,2%	.	.
1-6	11	3,0%	.	.	.	.	.	.	0	0,0%
7-12	29	8,2%	9	11,7%	10	5,6%	.	.	0	0,0%
13-24	112	29,5%	23	35,0%	58	30,4%	23	25,9%	.	.
25-36	106	27,9%	15	16,3%	55	34,7%	30	29,1%	0	0,0%
37-48	37	10,0%	.	.	18	10,8%	11	12,3%	0	0,0%
über 48	26	6,2%	6	7,4%	12	6,4%	.	.	0	0,0%
Keine Angabe	20	4,7%	4	4,6%	.	.	3	4,1%	0	0,0%
Total	386	100%	82	100%	179	100%	92	100%	6	100%

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

4.3 Frühere Niederlassungserfahrung

Ein relevanter Teil der Befragten war bereits früher vertragsärztlich bzw. vertragspsychotherapeutisch niedergelassen. Insgesamt gaben 28,4 % eine frühere Niederlassung an (siehe Tabelle 15 auf Seite 43). Dieser Anteil ist jedoch stark vom Karrieremodell abhängig. Unter Befragten mit Zuordnung zum Berufsausstiegsmodell war die große Mehrheit (78,7 %) bereits früher vertragsärztlich bzw. vertragspsychotherapeutisch niedergelassen. Das bestätigt, dass die aktuelle Anstellung in dieser Gruppe häufig nicht als Einstieg in die ambulante Versorgung zu verstehen ist, sondern als spätere Erwerbsphase nach eigener Praxisinhaberschaft oder selbstständiger Tätigkeit.

In den übrigen Karrieremodellen ist eine frühere vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Niederlassungserfahrung deutlich seltener. Im lebenslangen Arbeitsmodell beträgt der Anteil früher Niedergelassener 19,8 %, im Übergangsmodell Orientierung 9,3 %. Fast alle Befragten mit Zuordnung zum Übergangsmodell in die Niederlassung (98,5 %) gaben an, bislang nicht niedergelassen gewesen zu sein. Die Niederlassungsorientierung dieser Gruppe bezieht sich damit überwiegend auf eine erstmalige zukünftige Niederlassung und nicht auf eine Rückkehr in eine bereits bekannte Selbstständigkeit.

Auch hinsichtlich der Niederlassungserfahrungen ist die Gruppe der ambulant Angestellten somit heterogen. Neben Angestellten, die vor einer möglichen ersten Niederlassung stehen, umfasst sie auch Befragte, die nach früherer Selbstständigkeit in eine angestellte Tätigkeit gewechselt sind.

Tabelle 15 Niederlassungserfahrung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Frühere vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Niederlassung										
Ja	806	28,4%	220	19,8%	0	0,0%	44	9,3%	419	78,7%
Nein	2.193	69,9%	900	78,4%	529	98,5%	439	90,0%	101	20,2%
Keine Angabe	48	1,8%	21	1,8%	7	1,5%	4	0,6%	4	1,2%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

Wie Tabelle 16 auf Seite 44 zeigt, sind Angestellte mit früherer Niederlassungserfahrung tendenziell häufiger in MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen angestellt. Unter den Befragten, die früher bereits niedergelassen waren, sind 58,5 % in einem MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen angestellt. Bei Befragten ohne frühere Niederlassungserfahrung liegt dieser Anteil mit 52,0 % etwas niedriger.

Tabelle 16 Organisationsform nach Niederlassungserfahrung						
Merkmal	Analysefälle					
	Gesamt		Vorherige Niederlassung			
			Ja		Nein	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Organisationsform						
Einzelpraxis	969	27,2%	.	.	773	28,9%
Berufsausübungsgemeinschaft	639	18,6%	.	.	483	19,0%
MVZ und vergleichbare Einrichtungen	1.439	54,2%	471	58,5%	937	52,0%
Sonstiges	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3.047	100%	806	100%	2.193	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.						
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Die Kategorie „Einzelpraxis“ umfasst im Falle von KWEX-A 2025 explizit auch Praxen in Praxisgemeinschaft, „Berufsausübungsgemeinschaft“ umfasst auch überörtliche und KV-übergreifende Gemeinschaftspraxen. Die Kategorie „MVZ und vergleichbare Einrichtungen“ enthält neben Medizinischen Versorgungszentren auch Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunale Eigeneinrichtungen sowie Einrichtungen nach § 400 SGB V (ehemals § 311 SGB V; ehemalige Poliklinik). Die Spalten für die Ausprägung der Niederlassungserfahrung „Keine Angabe“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.						

4.4 Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung

Eine Betrachtung der letzten Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung verdeutlicht zusätzlich, aus welchen beruflichen Kontexten die Befragten in die ambulante Anstellung wechseln (siehe Tabelle 17 auf Seite 46). Insgesamt war die Klinik mit 50,2 % der häufigste vorherige Tätigkeitsort. 31,9 % der ambulanten Angestellten waren zuvor in einer vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Praxis oder Einrichtung tätig. Ein Medizinisches Versorgungszentrum nannten 7,9 % der Befragten, eine Privatpraxis 3,3 %.

Bei den Befragten mit Zuordnung zu den beiden Übergangsmodellen ist der Klinikhintergrund besonders ausgeprägt. Im Übergangsmodell in die Niederlassung waren 58,6 % unmittelbar vor der aktuellen Anstellung in einer Klinik tätig, im Übergangsmodell Orientierung liegt dieser Anteil bei 64,3 %. Dies lässt darauf schließen, dass die aktuelle ambulante Anstellung in diesen Gruppen häufig mit einem Wechsel aus dem stationären Bereich verbunden ist. Dies stünde auch in Einklang mit den in Kapitel 4.5 vorgestellten Befunden aus der qualitativen Analyse der Angaben zu den Motiven der ambulanten Anstellung, in denen die von den Befragten beschriebenen Vorzügen der ambulanten gegenüber der stationären Tätigkeit ein zentrales Motiv für die Wahl der ambulanten Anstellung bilden.

Im Berufsausstiegsmodell zeigt sich ein anderes Muster. Hier waren knapp zwei Drittel der Befragten zuletzt in einer vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Praxis oder Einrichtung tätig, während 20,2 % vorher in einer Klinik angestellt gewesen sind. Zusammen mit der hohen Häufigkeit einer früheren Niederlassungserfahrung spricht dies dafür, dass das Berufsausstiegsmodell häufig eine spätere ambulante Erwerbsphase nach Tätigkeit in eigener Praxis oder in ambulanten Strukturen beschreibt.

Tabelle 17 Letzte Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Letzte Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung										
Vertragsärztl. bzw. -psychotherap. Praxis bzw. Einrichtung	963	31,9%	291	24,8%	123	23,1%	100	20,5%	356	66,3%
Privatpraxis	103	3,3%	46	4,0%	14	2,9%	13	2,5%	14	2,2%
Medizinisches Versorgungszentrum	234	7,9%	106	9,4%	27	5,0%	35	7,2%	29	6,3%
Klinik	1.516	50,2%	619	54,8%	301	58,6%	305	64,3%	102	20,2%
Forschungseinrichtung (Forschung und/oder Lehre)	15	0,6%	.	.	8	0,8%	.	.	.	.
Zentrum (z. B. Dialysezentrum)	14	0,5%	7	0,6%	.	.	.	.	.	.
Öffentlicher Gesundheitsdienst	24	0,8%	10	0,9%	.	.	.	.	.	.
Sonstiges	150	4,0%	49	3,8%	47	6,2%	25	4,2%	15	3,5%
Keine Angabe	28	0,9%	.	.	10	1,6%	4	0,4%	2	0,6%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Auch die Ergebnisse zur Position in der letzten Tätigkeit unterstreichen die Heterogenität der beruflichen Ausgangspunkte. Wie Tabelle 18 auf Seite 47 darstellt, waren 37,2 % der Befragten vor ihrer aktuellen Anstellung zuletzt als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt tätig, weitere 3,4 % als angestellte Psychotherapeutin oder angestellter Psychotherapeut. 17,4 % waren Oberärztin oder Oberarzt, 17,2 % niedergelassen und 11,9 % befanden sich in Weiterbildung. In den beiden Übergangsmodellen stammen jeweils etwa ein Fünftel aus einer Weiterbildungsposition. Bei Befragten mit Zuordnung zum Berufsausstiegsmodell waren dagegen 63,2 % in der letzten Tätigkeit niedergelassen. Damit unterscheiden sich die Karrieremodelle nicht nur hinsichtlich ihrer Zukunftsperspektiven, sondern auch hinsichtlich des beruflichen Ausgangspunkts, von dem ausgehend die aktuelle Anstellung aufgenommen wurde.

Tabelle 18 Letzte Position vor der aktuellen Anstellung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Position in der letzten Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung										
Angestellter Arzt	1.136	37,2%	528	45,7%	209	44,3%	206	44,5%	50	10,8%
Angestellter Psychotherapeut	187	3,4%	37	1,9%	94	10,5%	40	5,4%	0	0,0%
Leitender Psychotherapeut	17	0,3%	.	.	.	.	9	0,9%	.	.
Oberarzt	481	17,4%	203	18,2%	68	15,9%	84	20,0%	53	9,6%
Chef- oder leitender Arzt	148	7,0%	59	6,9%	.	.	8	2,5%	54	12,5%
Jobsharing-Partner (Junior)	9	0,3%	.	.	0	0,0%	.	.	.	.
Entlastungs- und Sicherstellungsassistent	47	1,5%	20	1,9%	12	3,0%	8	1,4%	.	.
Arzt bzw. Psychotherapeut in Weiterbildung	386	11,9%	156	14,0%	102	19,2%	97	19,6%	.	.
Niedergelassener	494	17,2%	84	6,9%	.	.	10	2,1%	346	63,2%
Sonstiges	106	2,7%	39	3,2%	33	4,2%	15	1,8%	8	1,5%
Keine Angabe	36	1,1%	10	1,1%	12	2,1%	.	.	2	0,6%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

4.5 Motive für die Anstellung

Die oben präsentierten Ergebnisse beschreiben den beruflichen Werdegang der Befragten. Sie zeigen, dass die ambulante Anstellung aus sehr unterschiedlichen Situationen heraus aufgenommen wird: nach klinischer Tätigkeit, nach ambulanter Tätigkeit in einer Praxis oder Einrichtung der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung, nach Weiterbildung oder nach früherer Niederlassung.

Neben den Fragen zum bisherigen akademischen und beruflichen Werdegang beleuchtete die KWEX-Angestelltenbefragung mithilfe einer Freitextfrage auch explizit die Motivation der Befragten, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden. Die Frage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden?“ befindet sich im ersten Teil des Fragebogens und bot den Befragten maximal 1.000 Zeichen, um ihre Motivation auszuführen.

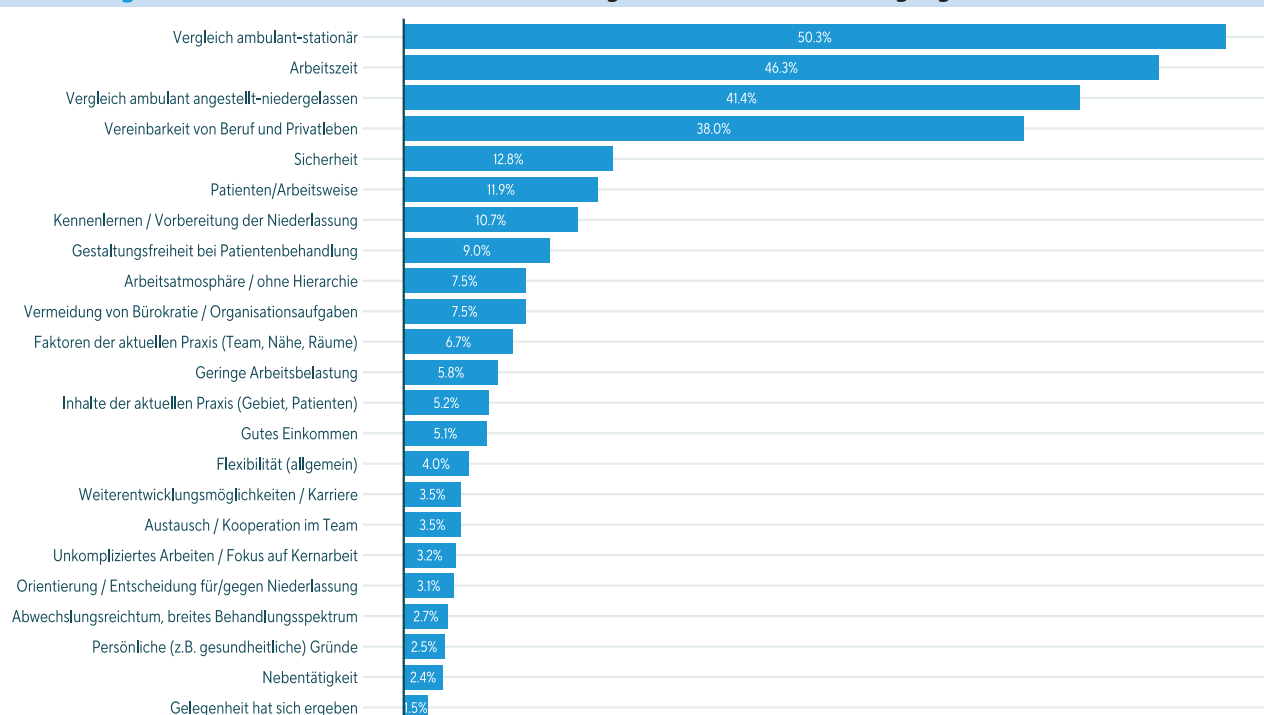
Die insgesamt 2.717 Freitextantworten wurden für den vorliegenden Studienbericht konditional nach dem abgefragten Karrieremodell ausgewertet. Dabei wurden nur solche Antworten in die Analyse aufgenommen, bei denen die Befragten ihr Karrieremodell als Übergangsmodell in die Niederlassung (456-mal angegeben) oder Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege (426-mal angegeben) angaben. Insgesamt ergaben sich damit 882 ausgefüllte Freitexte, die inhaltlich kodiert wurden. Die genaue Methodik wird im Anhang in Kapitel A 1.6 beschrieben. Alle in diesem Abschnitt präsentierten Ergebnisse auf Basis der Freitextangaben werden ungewichtet berichtet.

4.5.1 Allgemeine Verteilung

Die Befragten nannten in ihrem Freitext durchschnittlich 3,18 verschiedene Gründe für die Anstellung in der ambulanten Versorgung - mit einer Standardabweichung von 1,71 Gründen. Bei den meisten Befragten waren also mehrere Gründe gleichzeitig ausschlaggebend für die Wahl der ambulanten Anstellung. Etwa die Hälfte der Befragten stellte in ihrer Antwort die Tätigkeit im ambulanten Bereich einer Tätigkeit im stationären Bereich positiv gegenüber (siehe Abbildung 1 auf Seite 49). Ein weiterer häufiger Vergleich beschrieb die Anstellung als präferierte Wahl gegenüber der Niederlassung (41,4 %). Knapp die Hälfte der Befragten nannte die Arbeitszeit als Grund für ihre ambulante Anstellung, 38 % einen Aspekt der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Alle weiteren Gründe wurden deutlich seltener genannt. Diese ersten vier Gründe scheinen also den Grundstock der Gründe für das ambulant-angestellte Arbeiten zu bilden. Bei den seltener genannten Gründen traten die Sicherheit des Arbeitsplatzes oder des Einkommens (12,8 %), die Arbeitsweise (z.B. in Form einer langfristigen Beziehung mit oder holistischen Arbeit am Patienten) (ca. 11,9 %) und die Freiheit und Autonomie der Behandlung (ca. 9 %) als Gründe für die Anstellung in der ambulanten Versorgung auf. Andere inhaltliche Gründe, die genannt wurden, waren die angenehme Arbeitsatmosphäre (7,5 %), die Vermeidung von bürokratischen Tätigkeiten (7,5 %), eine geringe Arbeitsbelastung (ca. 6 %) sowie ein gutes Einkommen (5 %) in der ambulanten Anstellung.

Merkmale der Einrichtung, in der die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung angestellt waren, wie die Kollegen, die Entfernung zum Wohnort oder die Ausstattung wurden von 6,7 % der Befragten als Entscheidungsgrund für die ambulante Anstellung genannt, inhaltliche Aspekte der Einrichtung wie die fachliche Spezialisierung und Bezüge zu Patienten von 5,2 %. Persönliche Gründe für die Entscheidung für eine ambulante Anstellung, wie gesundheitliche Einschränkungen oder eine besondere Lebenssituation, nannten dagegen nur wenige der Befragten. Auch beschrieben 10,7 %

Abbildung 1 Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung


Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit den Karrieremodellen „Übergangsmodell in die Niederlassung“ (n=456) und „Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege“ (n=426). Basis: 882 Freitexte. In Bezug auf die Freitextfrage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus.“

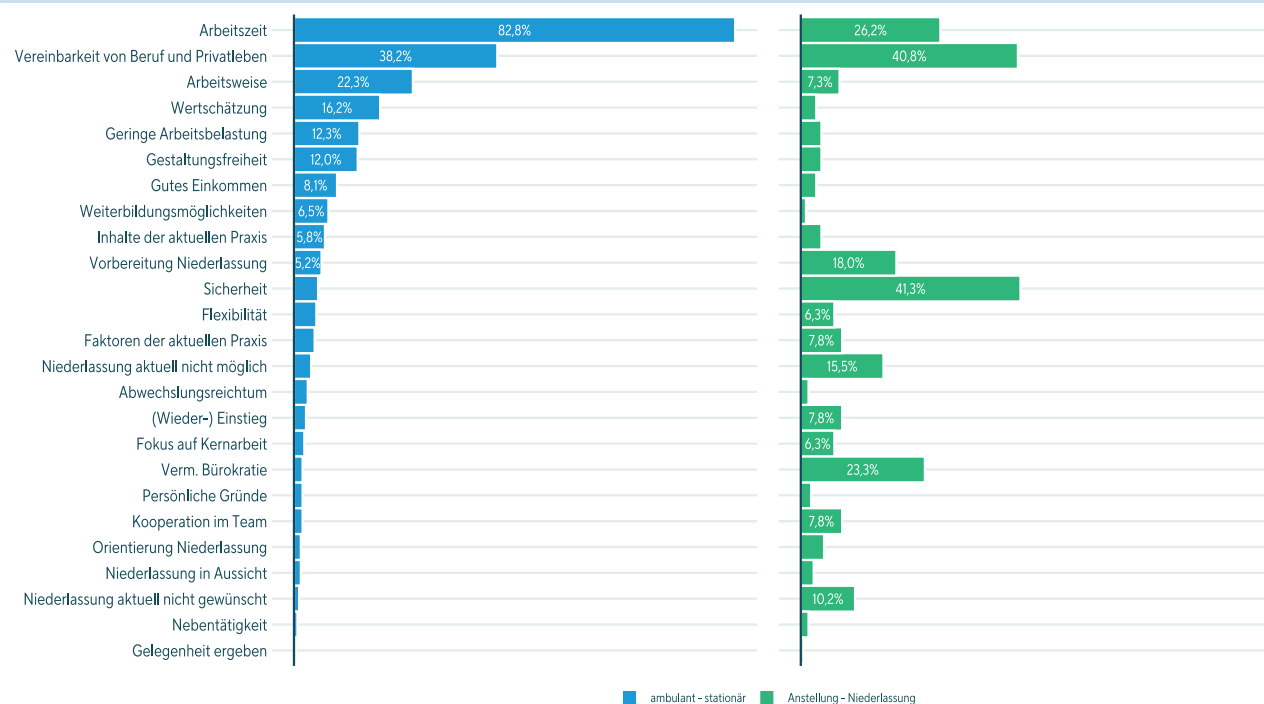
ihre ambulante Anstellung als ein Mittel, Erfahrungen für die Niederlassung zu sammeln, um sich auf diese vorzubereiten. Mit 3,1 % scheinen weitaus weniger Befragte ihre aktuelle Anstellung als Orientierungshilfe bei der Entscheidung für oder gegen eine Niederlassung zu betrachten.

Die vier Hauptmotive wurden auch häufig zusammen in einem Text als Gründe für die Wahl der ambulanten Anstellung genannt: Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben trat häufig zusammen mit dem positiven Vergleich von ambulantem gegenüber stationärem Arbeiten (165-mal), dem positiven Vergleich von angestelltem gegenüber niedergelassenem Arbeiten (144-mal) oder zusammen mit der Arbeitszeit (183-mal) auf (siehe Abbildung 2 auf Seite 50). Am häufigsten zusammen genannt wurden die Arbeitszeit und der positive Vergleich von ambulantem gegenüber stationärem Arbeiten (375-mal).

Auch die Arbeitszeit wurde häufig mit anderen Gründen zusammen aufgezählt. Dabei gab es die häufigste Nennung zusammen mit dem Abwechslungsreichtum, der Arbeitsweise, der Arbeitsatmosphäre, der Gestaltungsfreiheit bei der Behandlung, einem guten Einkommen, Kooperation im Team, Sicherheit, Fokus auf die Kernarbeit, einer Nebentätigkeit und der Vermeidung von Bürokratie als Entscheidungsgründen für die ambulante Anstellung. Ebenfalls trat die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben neben den genannten Gründen häufig zusammen mit der Arbeitsweise, der Sicherheit, der Vermeidung von Bürokratie und dem Abwechslungsreichtum im Text auf. Eine weitere häufig genannte Kombination von Entscheidungsgründen für die ambulante Anstellung waren die Arbeitszeit und die Inhalte der aktuellen Praxis. Auch hier zeigt sich also die Struktur der vier Hauptmotive für die Wahl der ambulanten Anstellung, die häufig mithilfe von konkreteren Einzelargumenten vertieft wurden.

	Vergleich ambulant-stationär	Vergleich ambulant angestellt-niedergelassen	Niederrlassung in Aussicht	Niederrlassung aktuell nicht möglich	Niederrlassung aktuell nicht gewünscht	(Wieder-) Einstieg in den Beruf	Gelegenheit hat sich ergeben	Inhalte der aktuellen Praxis (Gebiet, Patienten)	Faktoren der aktuellen Praxis (Team, Nähe, Räume)	Persönliche (z.B. gesundheitliche) Gründe	Arbeitszeit	Patienten/Arbeitsweise	Nebentätigkeit	Sicherheit	Geringe Arbeitsbelastung	Gestaltungsfreiheit bei Patientenbehandlung	Abwechslungsreichtum, breites Behandlungsspektrum	Unkompliziertes Arbeiten / Fokus auf Kernarbeit	Austausch / Kooperation im Team	Gutes Einkommen	Weiterentwicklungsmöglichkeiten / Karriere	Orientierung / Entscheidung für/gegen Niederlassung	Kennenlernen / Vorbereitung der Niederlassung	Vermeidung von Bürokratie / Organisationsaufgaben	Flexibilität (allgemein)	Arbeitsatmosphäre / ohne Hierarchie	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	Nach Reduzierung ohne Code
	54																											
	8	7																										
	10	58	0																									
	4	33	0	1																								
	7	28	1	10	1																							
	12	14	0	2	2	1																						
	23	20	0	5	0	4	4																					
	7	14	0	6	3	4	1	1																				
	19	12	0	0	3	0	0	0	1																			
	372	97	5	8	4	7	8	28	14	3																		
	53	14	0	3	1	5	2	3	3	1	32																	
	17	9	0	1	3	1	2	1	0	1	21	0																
	17	79	1	9	2	6	1	3	4	0	24	6	1															
	29	11	0	0	1	2	2	1	0	2	10	6	2	3														
	40	22	0	3	1	3	0	7	4	1	30	16	0	2	2													
	52	13	0	0	1	0	2	7	3	2	43	11	7	7	1	4												
	29	15	0	1	0	2	1	2	2	2	23	6	3	6	1	2	4											
	29	22	1	1	1	1	1	2	1	1	27	2	4	11	0	0	3	6										
	39	12	2	3	1	1	2	5	2	0	28	2	3	6	2	6	5	2	6									
	34	4	3	1	0	0	1	2	0	1	11	5	0	0	2	3	0	1	0	4								
	4	17	0	3	4	1	0	0	3	2	4	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1							
	21	59	3	12	8	13	1	2	8	6	17	6	4	15	1	4	1	2	3	0	3	8						
	9	87	1	6	4	6	1	3	3	1	21	7	3	14	7	6	2	9	3	0	3	2	10					
	15	26	0	1	2	2	0	2	3	3	10	3	2	2	2	6	1	1	0	1	1	1	5	3				
	70	10	1	1	1	3	1	2	3	0	31	10	6	4	3	11	10	4	5	8								

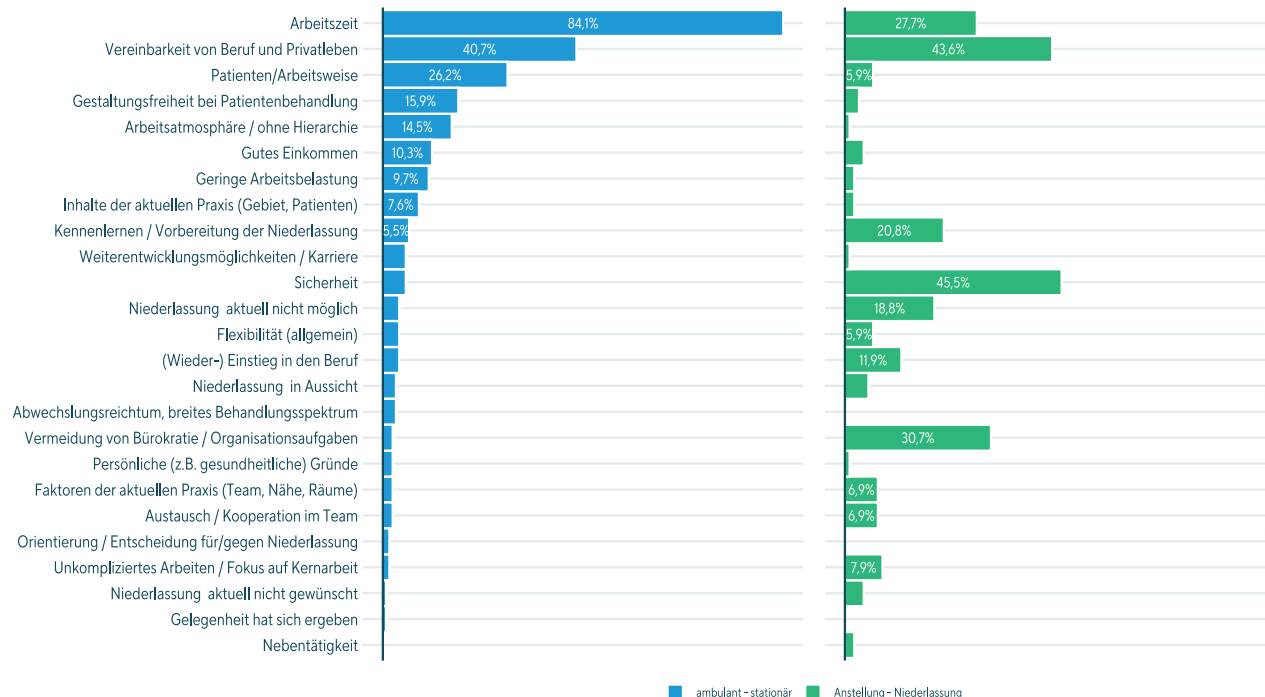
© Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Abbildung 3
**Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung:
Unterscheidung nach gezogenem Vergleich**


Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Anteile unter 6% wurden nicht beschriftet. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit den Karrieremodellen „Übergangsmodell in die Niederlassung“ (n=456) und „Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege“ (n=426). Basis: 882 Freitexte. Anzahl von Angaben bezogen auf den Vergleich ambulant – stationär: 309; Anzahl von Angaben bezogen auf den Vergleich angestellt – niedergelassen: 206. In Bezug auf die Freitextfrage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus.“

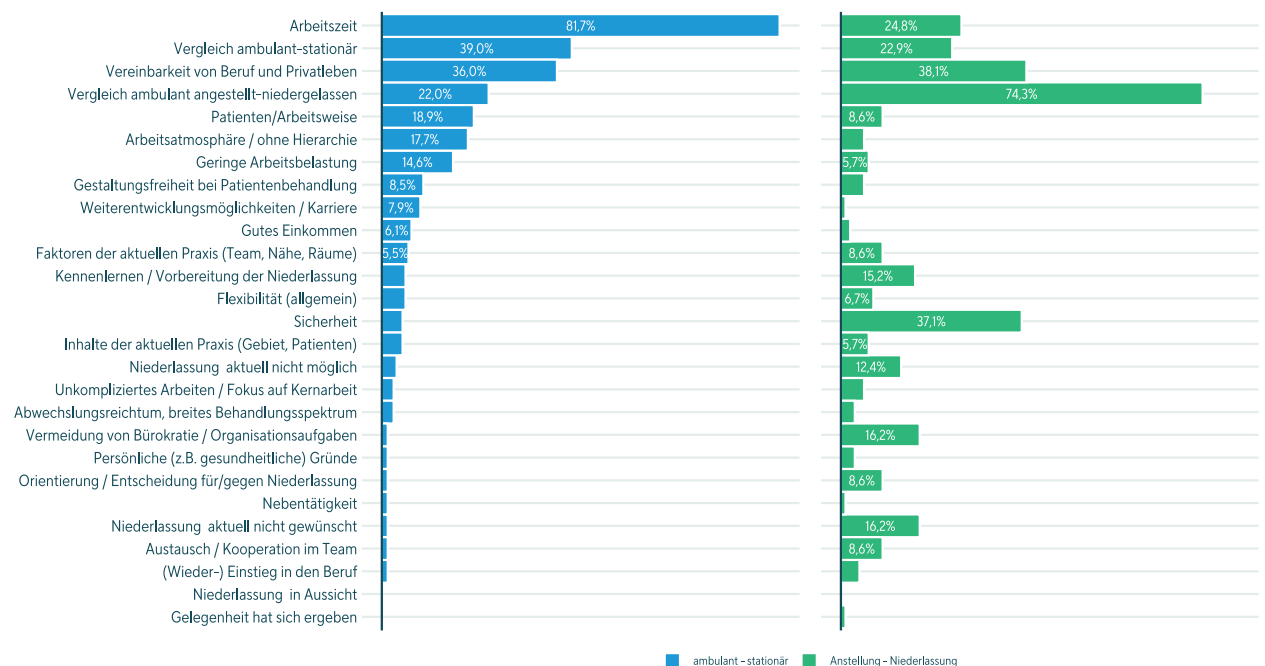
Die Vorbereitung einer Niederlassung, Sicherheit und die Vermeidung von Bürokratie wurden hingegen jeweils mehr als dreimal so oft zusammen mit dem positiven Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber dem niedergelassenen Arbeiten wie mit dem positiven Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber dem stationären Arbeiten angegeben. Auch Angaben der aktuellen Karrieresituation (aktuell nicht mögliche Niederlassung, aktuell nicht gewünschte Niederlassung, (Wieder-)Einstieg in den Beruf oder die Niederlassung) wurden oft zusammen mit dem positiven Vergleich zu niedergelassenem Arbeiten als Gründe für die ambulante Anstellung aufgezählt. Dies lässt vermuten, dass viele der Befragten durch Beobachtung oder eigene Erfahrung Eindrücke vom niedergelassenen bzw. stationären Arbeiten gewonnen haben und diese dann konkret als Anhaltspunkte nannten, um sich von dieser Arbeitsweise weg hin zu einer ambulanten Anstellung zu orientieren. Daneben bereiteten sich auch viele Befragte durch die ambulante Anstellung auf eine mögliche spätere Niederlassung vor und nannten dementsprechend konkret niederlassungsspezifische Aspekte in ihrer Begründung. Diese Kombinationsmuster zeigten sich bei beiden Karrieremodellen in etwa gleich häufig (siehe Abbildung 4 auf Seite 52 und Abbildung 5 auf Seite 52).

Abbildung 4 Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach gezogenem Vergleich - Übergangsmodell in die Niederlassung



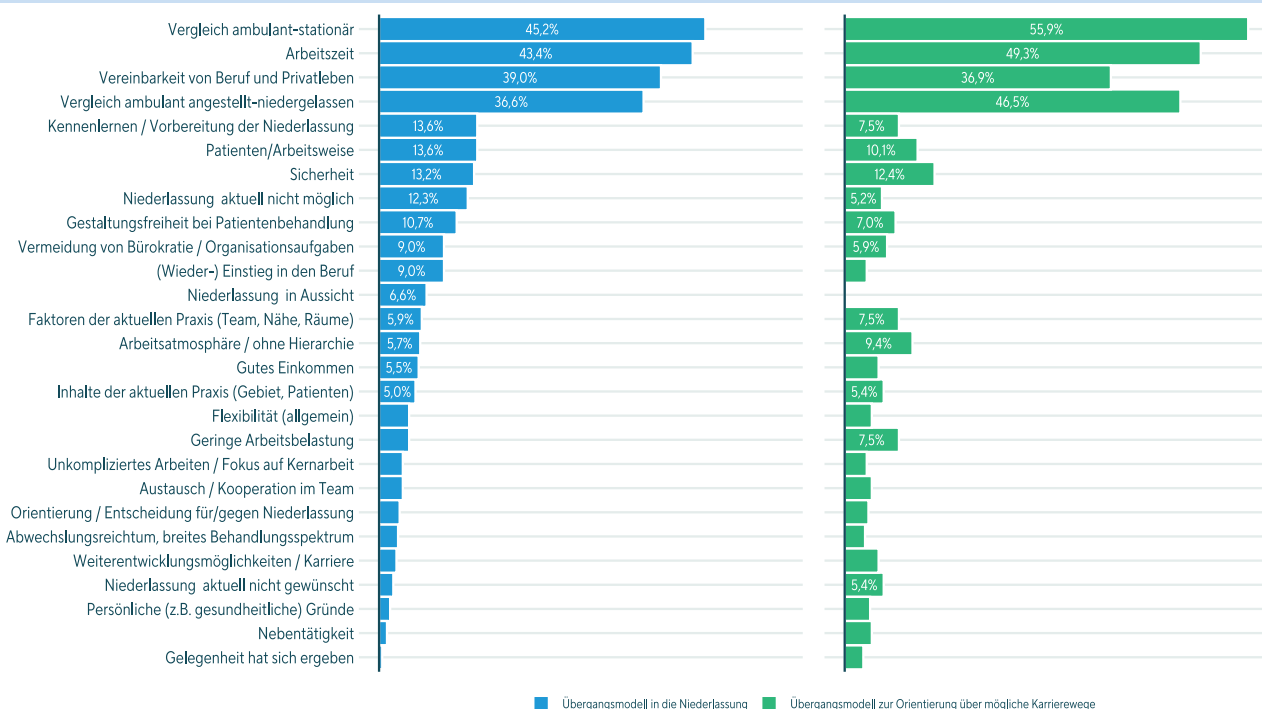
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Anteile unter 6% wurden nicht beschriftet. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit dem Karrieremodell „Übergangsmodell in die Niederlassung“ (n=456) und „Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege“ (n=426). Basis: 882 Freitexte. Anzahl von Angaben bezogen auf den Vergleich ambulant – stationär: 145 (Karrieremodell Niederlassung); Anzahl von Angaben bezogen auf den Vergleich angestellt – niedergelassen: 101 (Karrieremodell Niederlassung). In Bezug auf die Freitextfrage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus.“

Abbildung 5 Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach gezogenem Vergleich - Übergangsmodell Orientierung



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Anteile unter 6% wurden nicht beschriftet. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit dem Karrieremodell „Übergangsmodell in die Niederlassung“ (n=456) und „Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege“ (n=426). Basis: 882 Freitexte. Anzahl von Angaben bezogen auf den Vergleich ambulant – stationär: 164 (Karrieremodell Orientierung); Anzahl von Angaben bezogen auf den Vergleich angestellt – niedergelassen: 105 (Karrieremodell Orientierung). In Bezug auf die Freitextfrage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus.“

Abbildung 6 Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Karrieremodellvergleich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Anteile unter 6% wurden nicht beschriftet. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit den Karrieremodellen „Übergangsmodell in die Niederlassung“ (n=456) und „Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege“ (n=426). Basis: 882 Freitexte. In Bezug auf die Freitextfrage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus.“

4.5.2 Karrieremodellvergleich: Übergang in die Niederlassung und Übergangsmodell zur Orientierung

Die nach Karrieremodell stratifizierte Freitexte unterschieden sich teilweise stark in ihren Antworten. Die grundlegende Verteilung der Gründe mit den vier Hauptmotiven und mehreren Detailgründen ist bei Befragten beider Karrieremodelle zu finden (siehe Abbildung 6 auf Seite 53). Bis auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, die anteilig etwa gleich häufig genannt wurde, nannten Befragte, die sich dem Karrieremodell Übergang in die Niederlassung zuordnen, die Hauptmotive für eine ambulante Anstellung um etwa 10 Prozentpunkte häufiger. Auch die Gegenüberstellung von verschiedenen Arbeitsweisen (ambulant/stationär bzw. niedergelassen/angestellt) scheint für Befragte, die noch in der Orientierungsphase sind, besonders relevant zu sein.

Alle Beschreibungen der eigenen Karrieresituation (Niederlassung aktuell nicht möglich, Wiedereinstieg in den Beruf, Niederlassung in Aussicht) wurden von Befragten, die sich dem Karrieremodell Übergang in die Niederlassung zuordnen, häufiger genannt, bis auf die Angabe, dass eine Niederlassung aktuell nicht gewünscht sei. Letztere wurde von Befragten, die sich dem Karrieremodell Orientierung zuordnen, häufiger angegeben. Die Motivation, die Niederlassung vorzubereiten bzw. Erfahrungen für diese zu sammeln, wurde ebenfalls von Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordnen, häufiger erwähnt, während die Motivation, sich bezüglich einer Niederlassung zu orientieren, von Befragten beider Karrieremodelle gleich selten angegeben wurde.

Abgesehen von den niederlassungsbezogenen Spezifika, wie eine aktuell geplante oder in Aussicht stehende Niederlassung, scheinen also für Befragte dieser beiden Karrieremodelle, unabhängig von ihrer konkreten Karriereorientierung auf die Niederlassung, die gleichen Motive für eine Entschei-

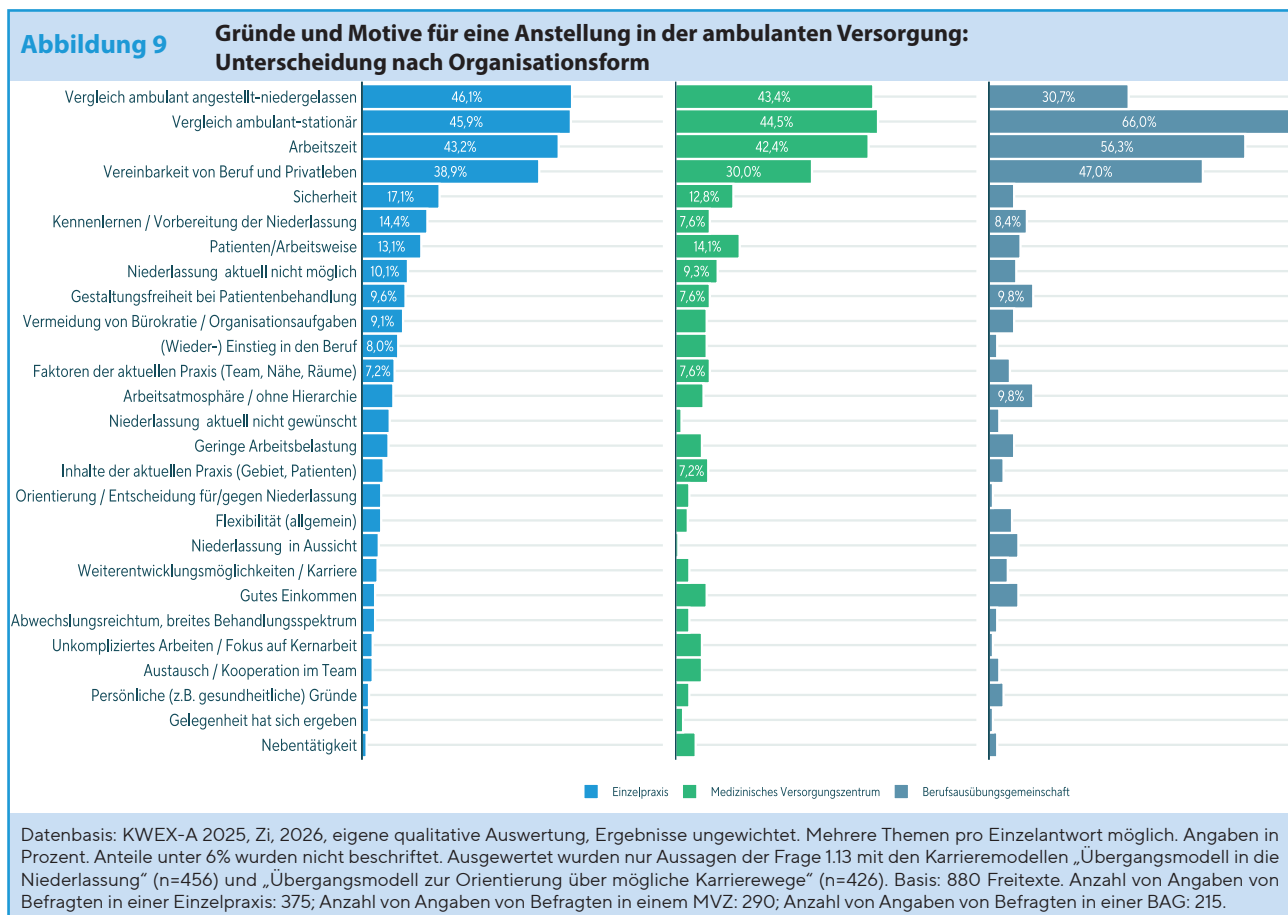
[illegible]

	(Wieder-) Einstieg in den Beruf																
	Patienten/Arbeitsweise	0															
Abwechslungsreichtum, breites Behandlungsspektrum	Arbeitszeit	1	35														
		0	6	5													
Geringe Arbeitsbelastung		0	2	19	0												
	Austausch / Kooperation im Team	1	0	5	0	0											
Faktoren der aktuellen Praxis (Team, Nähe, Räume)		3	3	16	1	0	3										
	Flexibilität (allgemein)	0	1	6	0	0	1	1									
Unkompliziertes Arbeiten / Fokus auf Kernarbeit		1	1	2	1	0	0	0	1								
	Gelegenheit hat sich ergeben	1	0	1	0	0	0	2	0	0							
Gestaltungsfreiheit bei Patientenbehandlung		1	7	21	0	2	0	1	2	2	0						
	Gutes Einkommen	1	4	13	2	1	0	4	0	0	1	3					
Inhalte der aktuellen Praxis (Gebiet, Patienten)		1	2	8	1	0	0	4	0	2	0	1	2				
	Niederlassung aktuell nicht gewünscht	0	1	3	0	2	1	0	2	1	0	2	0	2			
Niederlassung aktuell nicht möglich		1	0	3	1	1	1	3	1	0	0	0	0	2	1		
	Niederlassung in Aussicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nach Reduzierung ohne Code		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nebentätigkeit	0	2	1	2	1	0	1	0	1	1	0	0	2	1	0	0
Orientierung / Entscheidung für/gegen Niederlassung		0	0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	4	1	0
	Persönliche (z.B. gesundheitliche) Gründe	0	2	6	2	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3	0	0
Sicherheit		3	7	15	3	2	7	4	2	2	0	1	2	0	3	5	0
		1	1	5	1	0	3	3	0	3	0	2	0	1	4	2	0
Vermeidung von Bürokratie / Organisationsaufgaben		6	13	51	4	14	17	18	15	7	1	6	5	14	28	23	0
	Vergleich ambulant angestellt-niedergelassen	2	47	201	6	34	4	10	9	10	0	17	14	10	3	5	0
Kennenlernen / Vorbereitung der Niederlassung		1	1	6	1	2	3	0	5	1	2	3	0	1	7	0	0
	Weiterentwicklungsmöglichkeiten / Karriere	0	0	6	0	2	1	2	1	0	1	0	2	1	0	1	0
Arbeitsatmosphäre / ohne Hierarchie		1	7	16	0	6	1	1	1	2	0	6	4	1	1	1	0
	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	1	12	80	2	11	5	11	7	5	1	4	8	6	10	6	0

© Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

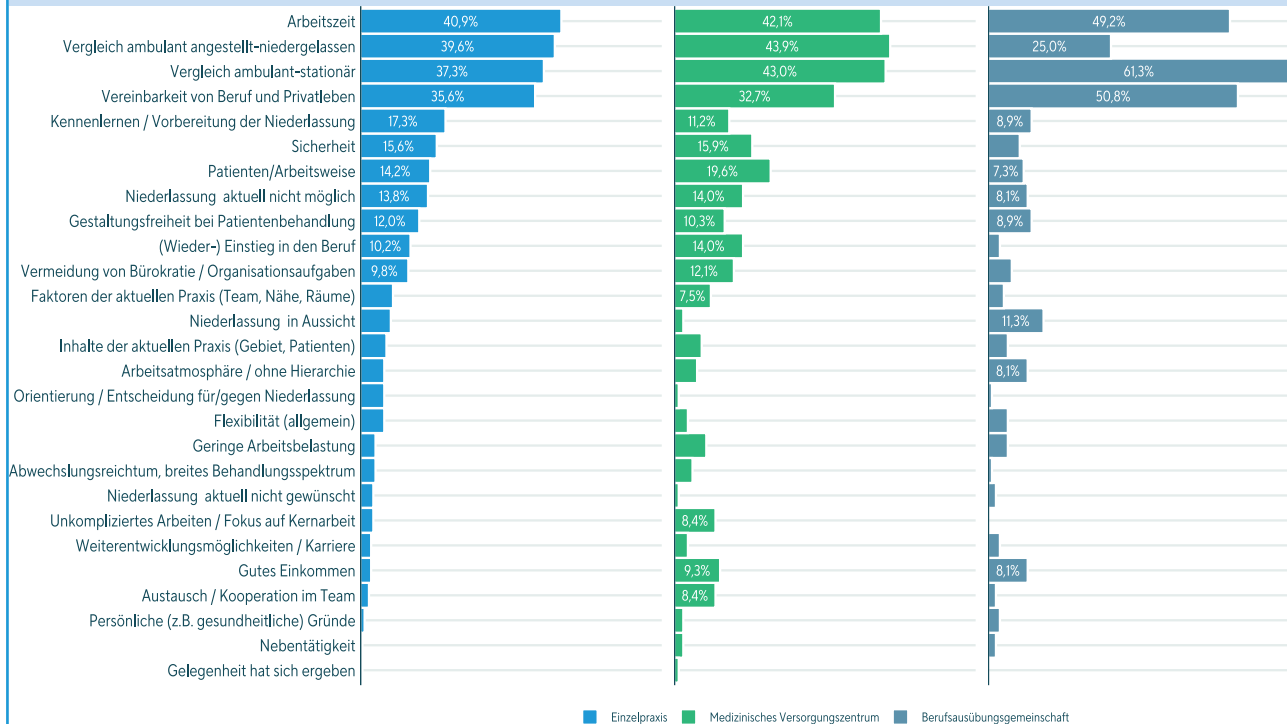
4.5.3 Organisationsform

Auch abhängig von der Praxis- bzw. Einrichtungsart, in der die Befragten arbeiteten (Einzelpraxis mit 375 Befragten, MVZ mit 290 Befragten, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit 215 Befragten) wurden verschiedene Gründe für eine ambulante Anstellung unterschiedlich oft angegeben (siehe Abbildung 9 auf Seite 56). Auffällig ist, dass die Anteile der Angaben je Grund sich bei Angestellten in MVZ und Einzelpraxen ähneln, sich die Angestellten einer BAG jedoch stark unterscheiden. Der Vergleich einer selbständigen Tätigkeit gegenüber einer bevorzugten Tätigkeit in Anstellung wurde von Angestellten einer BAG seltener (30,7 %) genannt als von jenen eines MVZ oder einer Einzelpraxis. Der positive Vergleich des ambulanten gegenüber des stationären Arbeitens, Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wurden dagegen durchgehend häufiger von BAG-Angestellten genannt. Sicherheit, Vorbereitung einer Niederlassung und Arbeitsweise wurden von Angestellten einer BAG halb so häufig genannt wie von solchen der anderen Praxisarten. Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wurde außerdem vergleichsweise selten (30 %) von Angestellten eines MVZ genannt. Das Arbeiten in einer BAG scheint mit der wahrgenommene Relevanz von Aspekten der eigenen Arbeitssituation stark zusammenzuhängen.



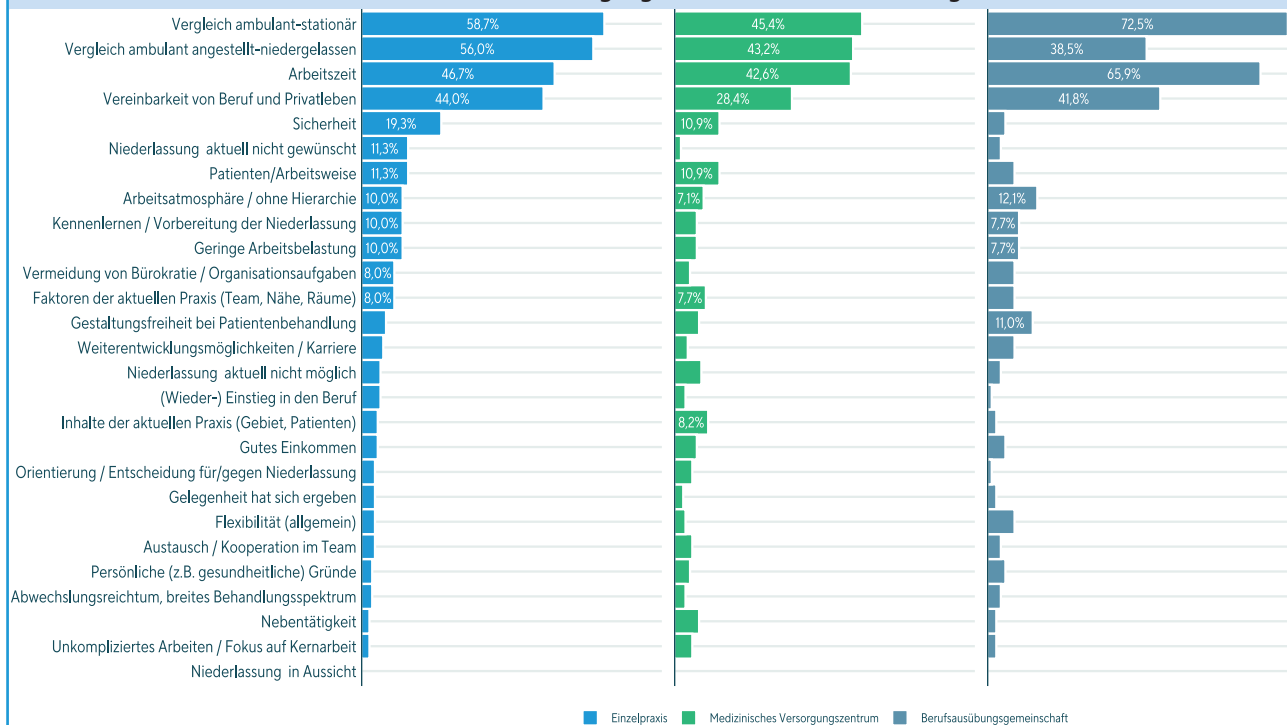
Die Nennung der Gründe für eine ambulante Anstellung differenziert nach Organisationsform wurde auch zusätzlich differenziert nach dem selbstangegebenen Karrieremodell ausgewertet, da dieses Hinweise darauf geben kann, in welcher Phase des eigenen Berufswegs sich eine Person befindet. Diese Unterschiede waren stets bei Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordnen, ausgeprägter als bei jenen, die sich dem Karrieremodell Orientierung zuordnen (siehe Abbildung 10 auf Seite 57 und Abbildung 11 auf Seite 57). Außerdem wurden bei ersterem Karrieremodell fast alle Gründe von Angestellten in einer Einzelpraxis häufiger genannt als von denen eines MVZ.

Abbildung 10 Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach Organisationsform bei Befragten mit dem Karrieremodell Orientierung



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Anteile unter 6% wurden nicht beschriftet. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit dem Karrieremodell „Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege“ (n=424). Anzahl von Angaben von Befragten in einer Einzelpraxis: 150; Anzahl von Angaben von Befragten in einem MVZ: 91; Anzahl von Angaben von Befragten in einer BAG: 183.

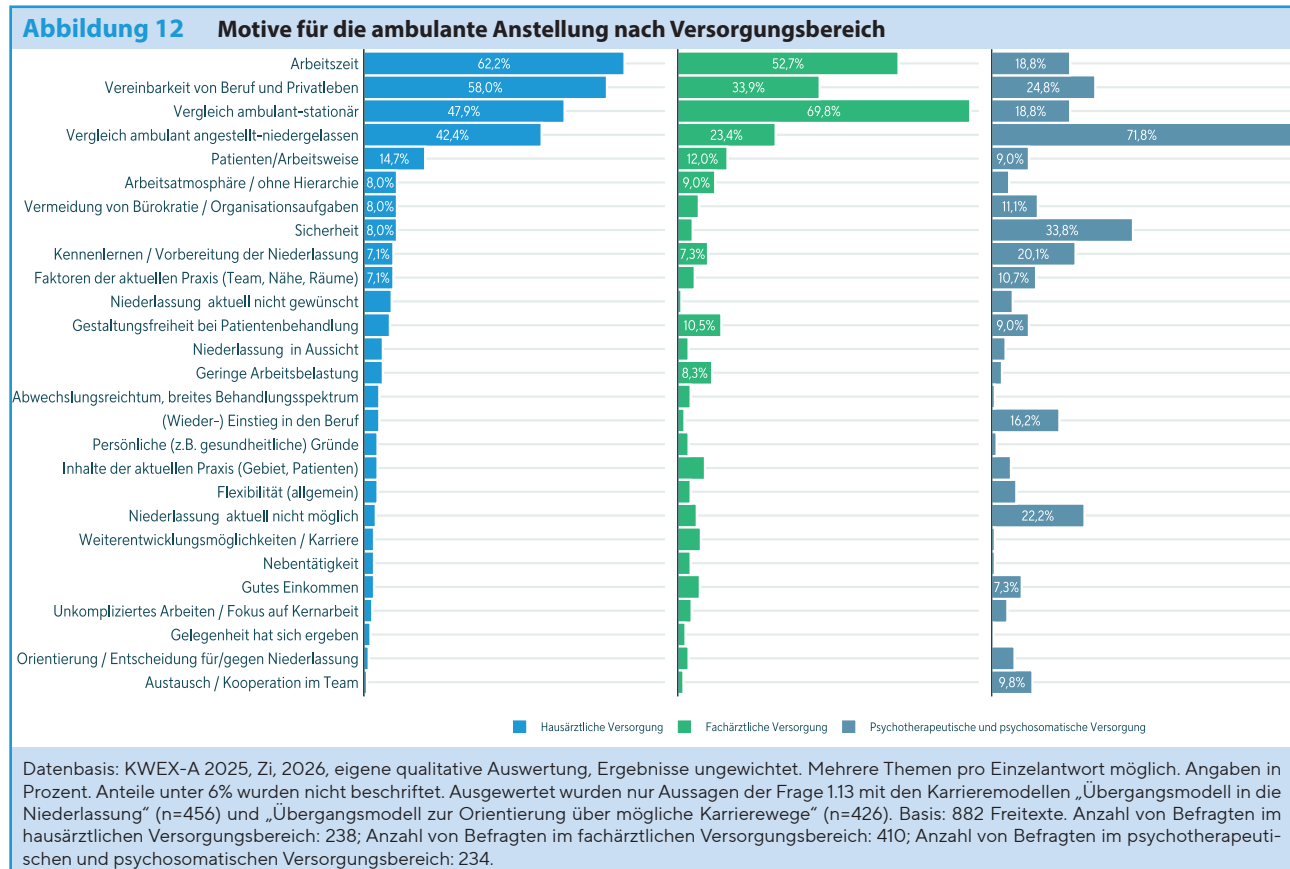
Abbildung 11 Gründe und Motive für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung: Unterscheidung nach Organisationsform - Karrieremodell Übergangsmodell in die Niederlassung



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Angaben in Prozent. Anteile unter 6% wurden nicht beschriftet. Ausgewertet wurden nur Aussagen der Frage 1.13 mit dem Karrieremodell „Übergangsmodell in die Niederlassung“ (n=456). Anzahl von Angaben von Befragten in einer Einzelpraxis: 225; Anzahl von Angaben von Befragten in einem MVZ: 107; Anzahl von Angaben von Befragten in einer BAG: 124.

4.5.4 Versorgungsbereich

Abschließend wurden die genannten Gründe für eine ambulante Anstellung danach analysiert, welchem Versorgungsbereich (hausärztlicher Versorgungsbereich mit 238 Befragten, fachärztlicher Versorgungsbereich mit 410 Befragten, psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich mit 234 Befragten) die Angestellten zuzuordnen sind. Oftmals lässt sich erkennen, dass Befragte im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich ähnlich geantwortet haben, während Befragte im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich ein deutlich anderes Antwortmuster zeigten (siehe Abbildung 12 auf Seite 58).



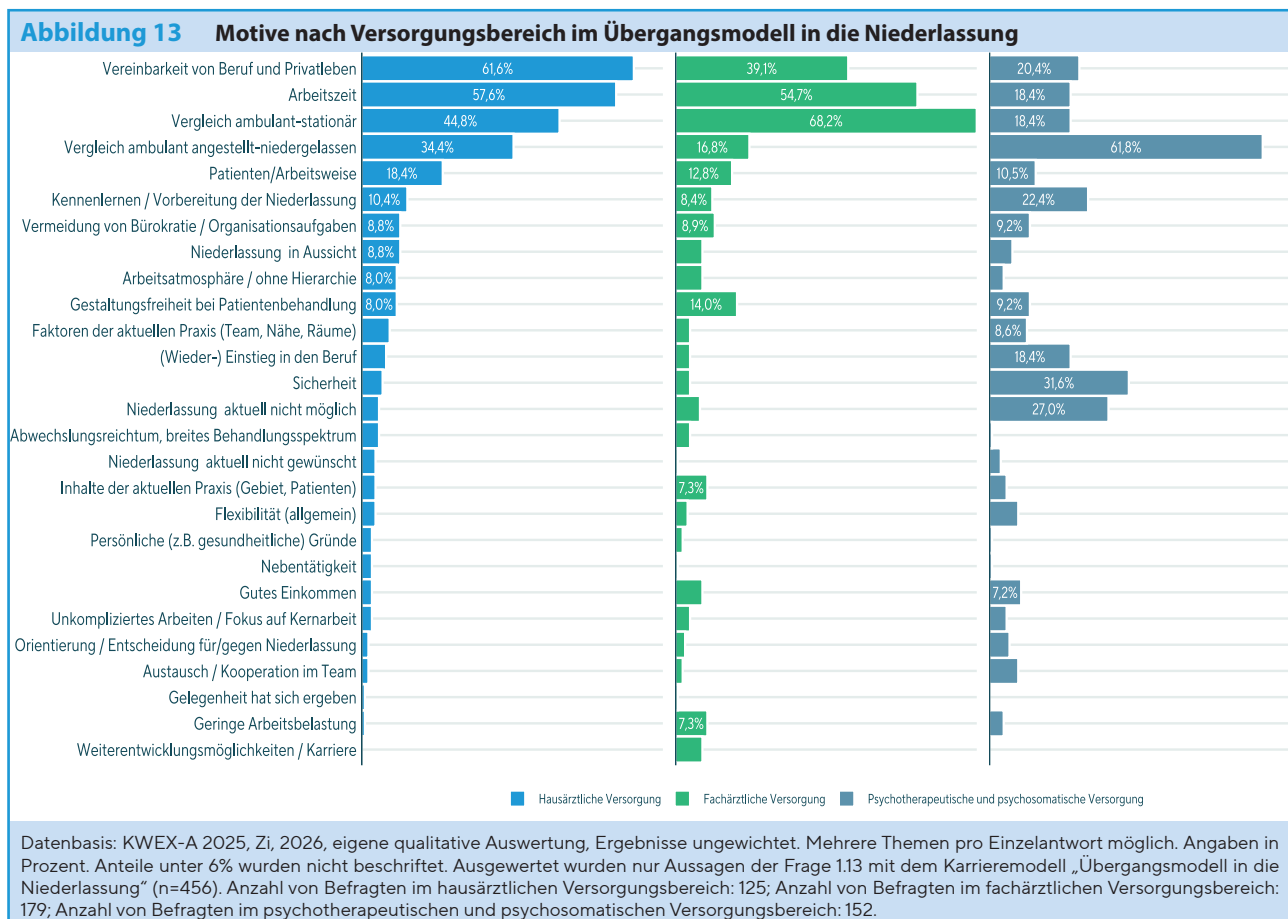
Von den Hauptmotiven wurden alle vier, bis auf den positiven Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber der Niederlassung, mit Abstand am wenigsten häufig von Befragten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich genannt. Auf einen positiven Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber der Niederlassung bezogen sich die Befragten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich hingegen am häufigsten (71,8 %). Die für eine ambulante Anstellung sprechenden Gründe Arbeitszeit (62,2 % vs. 52,7 %), Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (58 % vs. 33,9 %) und den positiven Vergleich von Anstellung gegenüber Niederlassung (42,4 % vs. 23,4 %) nannten die Befragten im hausärztlichen Versorgungsbereich stets deutlich häufiger als jene im fachärztlichen Versorgungsbereich. Einzig den positiven Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber dem stationären Arbeiten gaben die Befragten im fachärztlichen Versorgungsbereich am häufigsten aus allen drei Gruppen an (69,8 %). Dies könnte sich damit erklären lassen, dass die Befragten im fachärztlichen Versorgungsbereich jene Gruppe sein dürften, die im Vergleich zu den anderen Versorgungsbereichen eine umfangreichere Berufserfahrung in der stationären Versorgung gesammelt hat und auch häufiger eine Nebentätigkeit in einer Klinik ausübt (vergleiche Tabellen 61 und 68 auf Seite 147 bzw. auf Seite 154 im Anhang). Hausärztliche Befragte gaben als Grund für die Wahl der ambulanten Anstellung auch oft die Arbeitsweise

(14,7 %) an, fachärztliche die Arbeitsweise (12 %) und die Gestaltungsfreiheit (10,5 %).

Die Aufteilung in vier Hauptmotive und die restlichen Gründe hatte bei den Befragten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich nicht Bestand. Neben den genannten Gründen wurden auch Sicherheit (33,8 %), Vorbereitung einer Niederlassung (20,1 %), die Vermeidung von Bürokratie (11,1 %) und Faktoren der aktuellen Praxis (10,7 %) gleich häufig wie die meisten Hauptmotive als Gründe für die Wahl der ambulanten Anstellung angegeben. Ebenfalls wurden dabei oft Referenzen zur aktuellen Berufssituation gemacht: Eine aktuell nicht mögliche Niederlassung gaben 22,2 % an, den (Wieder)einstieg in den Beruf 16,2 %.

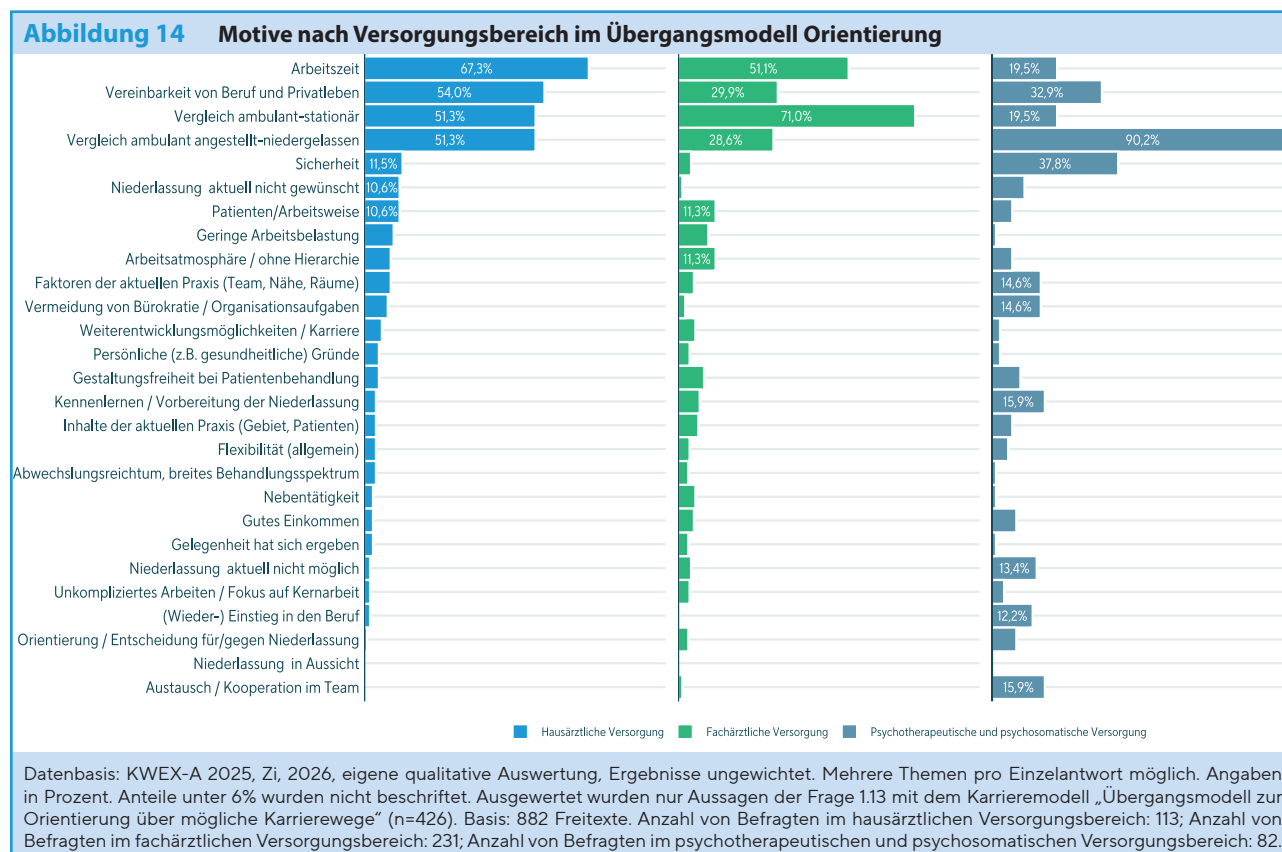
Bei den Befragten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich wurden also alle Gründe außer der positive Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber der Niederlassung graduell unterschiedlich häufig angegeben. Dies lässt darauf schließen, dass sich, trotz Angleichungsversuchen, die Bedingungen in der Psychotherapie immer noch stark von denen in der ärztlichen Medizin unterscheiden, wodurch andere Aspekte für die Berufsorientierung relevant werden. Auch die Struktur der Planung und Durchführung einer möglichen Niederlassung scheint sich zwischen den Versorgungsbereichen stark zu unterscheiden, sodass eine Orientierung von dieser weg zu einer Anstellung hin besonders für angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevant zu sein scheint.

Bei Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordnen, zeigt sich im hausärztlichen Versorgungsbereich vor allem die Bedeutung von Vereinbarkeit und Arbeitszeit für die Wahl der ambulanten Anstellung (siehe Abbildung 13 auf Seite 59). Im fachärztlichen Versorgungsbereich dominiert erneut der positive Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber einer stationären Tätigkeit. Im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich steht



dagegen weiterhin der positive Vergleich der ambulanten Anstellung gegenüber der Niederlassung im Vordergrund. Daneben werden Sicherheit, eine aktuell nicht mögliche Niederlassung und die Vorbereitung einer Niederlassung vergleichsweise häufig genannt. Damit erscheint die ambulante Anstellung in diesem Versorgungsbereich weniger als Abgrenzung zur stationären Tätigkeit, sondern stärker als Teil eines niederlassungsbezogenen Abgrenzungs- oder Übergangskontextes.

Diese Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen sind bei der Betrachtung von Befragten, die sich dem Karrieremodell Orientierung zuordnen, stärker ausgeprägt (siehe Abbildung 14 auf Seite 60). Im hausärztlichen Versorgungsbereich bleiben Arbeitszeit, Vereinbarkeit sowie beide Vergleichsrichtungen, zur stationären Tätigkeit und zur Niederlassung, als Gründe für die ambulante Anstellung relevant. Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind erneut alle Gründe, außer der Vergleich einer Anstellung gegenüber einer Niederlassung, besonders prägend. Im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich konzentrieren sich die Nennungen dagegen noch stärker auf den positiven Vergleich der Anstellung gegenüber der Niederlassung. Auf die Sicherheit und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben der ambulanten Anstellung wurde außerdem häufig eingegangen. Als weitere wichtige Gründe für die Anstellung wurden eine aktuell nicht mögliche Niederlassung und die Vorbereitung einer Niederlassung häufiger genannt. Dies deutet darauf hin, dass die Entscheidung für eine ambulante Anstellung im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich eng mit Fragen der Niederlassungsoption und ihrer praktischen Ausgestaltung verbunden ist. Obgleich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychosomatikerinnen und Psychosomatiker von allen Versorgungsbereichen die höchste Niederlassungsabsicht berichten (siehe Tabelle 46 auf Seite 104 in Kapitel 7), beziehen sich viele von ihnen im Freitext auf die Niederlassung, um sich, zumeist temporär, von ihr weg hin zu einer Anstellung zu orientieren. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Anstellung von dieser Gruppe oft als wichtiger Karriereabschnitt gesehen wird, auch wenn langfristig eine Niederlassung geplant ist.



Kapitel 5

Rahmenbedingungen der Anstellung, Nebentätigkeiten und Zufriedenheit

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die soziodemografischen Merkmale, der berufliche Werdegang samt Motiven für die ambulante Anstellung sowie die bisherige Nähe zur Niederlassung beschrieben wurden, richtet sich der Blick in diesem Kapitel auf die Arbeitsrealität in der aktuellen ambulanten Anstellung. Im Mittelpunkt stehen die Organisationsform, Dauer und Befristung der aktuellen Anstellung, Arbeitszeit und Patientenkontakte, Vergütung, besondere Verantwortungsbereiche, Nebentätigkeiten sowie die Zufriedenheit in der aktuellen Anstellung.

5.1 Art der Praxis bzw. Einrichtung

Tabelle 19 auf Seite 62 gibt einen Überblick über die Art von vertragsärztlicher bzw. vertragspsychotherapeutischer Praxis bzw. Einrichtung, in welcher die Befragten in ihrer aktuellen Anstellung tätig sind. Insgesamt sind etwas mehr als die Hälfte der ambulanten Angestellten in MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen tätig (54,2 %). Etwas weniger als die Hälfte der ambulanten Angestellten (45,8 %) ist somit in einer Praxis tätig, wobei der größere Teil davon in Einzelpraxen (darunter auch solche in Praxisgemeinschaften) angestellt ist (27,2 %).

Tabelle 19 Organisationsform, nach Karrieremodell										
Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Organisationsform										
Einzelpraxis	969	27,2%	312	24,0%	264	43,5%	165	29,5%	127	23,8%
Berufsausübungsgemeinschaft	639	18,6%	219	16,8%	154	28,0%	105	17,9%	106	21,4%
MVZ und vergleichbare Einrichtungen	1.439	54,2%	610	59,2%	118	28,5%	217	52,6%	291	54,8%
Sonstiges	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Die Kategorie „Einzelpraxis“ umfasst im Falle von KWEX-A 2025 explizit auch Einzelpraxen in einer Praxisgemeinschaft, „Berufsausübungsgemeinschaft“ umfasst auch überörtliche und KV-übergreifende Gemeinschaftspraxen. Die Kategorie „MVZ und vergleichbare Einrichtungen“ enthält neben Medizinischen Versorgungszentren auch Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunale Eigeneinrichtungen sowie Einrichtungen nach § 400 SGB V (ehemals § 311 SGB V; ehemalige Poliklinik). Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Betrachtet man die Verteilung über die Organisationsformen differenziert nach Karrieremodell, so zeigt sich, dass ambulante Angestellte, die sich im Übergang in die Niederlassung befinden, vergleichsweise häufiger in Praxen (insgesamt 71,5 %) als in MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen (28,5 %) tätig sind. Für die anderen Gruppen gilt dies nicht – auch nicht für Personen, die sich nach eigenen Angaben in einer Phase der Karriereorientierung befinden.

5.2 Personelle Struktur der Praxis oder Einrichtung und Jobsharing

Die Arbeitsbedingungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten werden auch durch die personelle Struktur der jeweiligen Praxis oder Einrichtung geprägt. Insgesamt sind am Arbeitsort der Befragten durchschnittlich 1,2 Niedergelassene und 3,9 ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Angestellte tätig (siehe Tabelle 20 auf Seite 64). Hinzu kommen durchschnittlich 0,5 Personen in ärztlicher Weiterbildung beziehungsweise psychotherapeutischer Ausbildung (siehe Tabelle 21 auf Seite 65). Der Median liegt bei einem bzw. einer Niedergelassenen und zwei ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Angestellten. Die Befragten arbeiten damit überwiegend in einem Umfeld mit mehreren ärztlichen oder psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen.

Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Karrieremodellen. Befragte, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordnen, berichten im Durchschnitt von 4,4 angestellten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Fachkräfte in ihrer Praxis oder Einrichtung. Bei Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung liegt dieser Wert bei 2,8. Zugleich ist dort die durchschnittliche Zahl von Niedergelassenen mit 1,6 etwas höher. Dies deutet auf Unterschiede im organisatorischen Arbeitsumfeld hin, die auch mit der jeweiligen Organisationsform zusammenhängen dürften.

Wie Tabelle 22 auf Seite 66 zeigt, sind 9,5 % der Befragten aktuell als Jobsharing-Partnerin oder -Partner angestellt. Unter Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung ist der Anteil mit 13,9 % am höchsten. Jobsharing dürfte damit für einen Teil dieser Gruppe eine Möglichkeit darstellen, innerhalb einer bestehenden Praxisstruktur Erfahrungen zu sammeln und einen schrittweisen Übergang in eine spätere Niederlassung vorzubereiten. Als Pendant dazu zeigt sich, dass von den Angestellten im Berufsausstiegsmodell, die sich häufig aus einer früheren Niederlassung heraus in einer Übergangsphase in den Ruhestand befinden, 10,4 % als Jobsharing-Partner beschäftigt sind.

Tabelle 20 Anzahl an Niedergelassenen und ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Angestellten in der Praxis der Befragten, nach Karrieremodell

Merkmal	Lagemaß	Analysefälle									
		Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
		ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Anzahl der in der Praxis oder Einrichtung tätigen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Fachkräfte											
Niedergelassene	Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583
	Mittelwert	1,35	1,25	1,35	1,23	1,54	1,62	1,26	1,15	1,43	1,4
	Standardabweichung	2,99	2,77	3,6	3,31	1,72	2,17	1,74	1,69	4,03	3,49
	Median	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583
	Mittelwert	3,88	3,89	4,44	4,4	2,82	2,83	3,89	3,71	3,58	3,65
	Standardabweichung	5,58	5,62	6,14	6,13	4	4,42	5,27	4,87	6,04	6,29
	Median	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.											
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.											

Tabelle 21 Anzahl weiterer ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Angestellter in der Praxis der Befragten, nach Karrieremodell

Merkmal	Lagemaß	Analysefälle									
		Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
		ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Anzahl der in der Praxis oder Einrichtung tätigen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Fachkräfte											
Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Weiterbildung	Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583
	Mittelwert	0,57	0,51	0,69	0,6	0,49	0,52	0,6	0,55	0,41	0,41
	Standardabweichung	2,45	1,84	3,55	2,49	1,22	1,24	1,8	1,72	1,02	0,98
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten	Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583
	Mittelwert	0,12	0,11	0,11	0,09	0,12	0,1	0,18	0,13	0,12	0,13
	Standardabweichung	0,64	0,55	0,53	0,44	0,58	0,52	0,99	0,75	0,58	0,61
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583
	Mittelwert	0,14	0,16	0,22	0,24	0,08	0,08	0,2	0,32	0,04	0,05
	Standardabweichung	2,13	2,4	3,2	3,58	0,51	0,5	1,97	2,65	0,38	0,42
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.											
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.											

Tabelle 22 Befragte in Anstellung als Jobsharing-Partner, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Aktuell als Jobsharing-Partner angestellt										
Ja	291	9,5%	90	8,3%	83	13,9%	39	7,8%	50	10,4%
Nein	2.631	86,3%	1.013	88,8%	432	81,6%	432	89,5%	455	85,8%
Keine Angabe	125	4,2%	38	2,9%	21	4,5%	16	2,7%	19	3,8%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

5.3 Dauer der aktuellen Anstellung

Viele der Befragten sind noch vergleichsweise neu in ihrer aktuellen Anstellung tätig, gleichzeitig ist diese aber überwiegend vertraglich unbefristet und daher auf Kontinuität ausgelegt. Wie Tabelle 23 auf Seite 67 zu entnehmen ist, sind 31,8 % der ambulanten Angestellten seit höchstens einem Jahr und weitere 22,9 % seit zwei bis drei Jahren im aktuellen Beschäftigungsverhältnis tätig. Damit arbeitet mehr als die Hälfte der Befragten seit maximal drei Jahren in der aktuellen Anstellung. Längere Anstellungsdauern prägen das Gesamtbild weniger stark.

Interessant ist in dieser Hinsicht die Selbsteinordnung der Befragten in die Karrieremodelle. Unter Befragten, die sich dem Übergangsmodell Orientierung zugeordnet haben, sind 42,5 % seit höchstens einem Jahr in ihrer aktuellen Anstellung tätig (siehe Tabelle 23 auf Seite 67). Bei weiteren 30,5 % beträgt die bisherige Anstellungsdauer zwei bis drei Jahre. Auch unter den Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung konzentriert sich die bisherige Anstellungsdauer stark auf kurze Zeiträume. Bei denjenigen, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordnen, besteht die Anstellung meist schon länger.

Gleichzeitig sollte die kurze Anstellungsdauer in den beiden Übergangsgruppen nicht vorschnell als Anzeichen von instabiler Beschäftigung interpretiert werden. Die Arbeitsverhältnisse sind vertraglich insgesamt überwiegend langfristig orientiert. 93,6 % der Befragten geben an, unbefristet angestellt zu sein, wie Tabelle 23 auf Seite 67 zeigt. Befristungen spielen damit nur eine Nebenrolle. Auffällig ist lediglich die Gruppe der Befragten, die sich dem Berufsausstiegsmodell zugeordnet haben. Dort liegt der Anteil befristeter Arbeitsverhältnisse mit 17,5 % höher. Diese Beobachtung spricht eher für das Vorliegen von zeitlich begrenzten Tätigkeitsvereinbarungen in einer späten Phase des Berufslebens als für eine allgemeine Unsicherheit der ambulanten Anstellung.

Tabelle 23 Dauer und Befristung der aktuellen Anstellung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Dauer der aktuellen Anstellung										
bis zu 1 Jahr	914	31,8%	217	20,7%	191	36,2%	195	42,5%	203	38,6%
2-3 Jahre	725	22,9%	186	16,3%	169	31,2%	160	30,5%	126	22,4%
4-6 Jahre	634	20,1%	256	22,1%	114	20,7%	92	18,1%	102	19,8%
7-10 Jahre	391	13,2%	217	19,3%	43	8,5%	23	5,0%	57	11,3%
11-15 Jahre	240	7,7%	166	14,1%	11	2,3%	11	2,5%	22	4,8%
16-20 Jahre	89	2,3%	72	5,3%	.	.	.	.	.	.
über 20 Jahre	37	1,1%	24	1,9%	.	.	.	.	6	1,4%
Keine Angabe	17	0,8%	3	0,3%	3	0,4%	3	0,6%	.	.
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Befristung der Anstellung										
Befristet	165	5,6%	20	1,5%	22	5,0%	14	2,6%	94	17,5%
Unbefristet	2.856	93,6%	1.116	97,9%	504	93,4%	471	97,1%	428	82,0%
Keine Angabe	26	0,8%	5	0,6%	10	1,6%	2	0,3%	2	0,5%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

5.4 Arbeitszeit und Versorgungsumfang

Die ambulante Anstellung ist stark durch Teilzeit- bzw. reduzierte Vollzeitmodelle geprägt. 19,1 % der Befragten haben eine vertragliche Wochenarbeitszeit von bis zu 10 Stunden, 34,4 % arbeiten vertraglich mehr als 10 bis 20 Stunden. Zugleich haben 35,6 % der Befragten eine vertragliche Wochenarbeitszeit von mehr als 30 Stunden (siehe Tabelle 24 auf Seite 68).

Wie Tabelle 24 auf Seite 68 auch zeigt, liegt die tatsächliche Arbeitszeit tendenziell über der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Der Anteil derjenigen, die tatsächlich mehr als 30 Stunden pro Woche arbeiten, beträgt 38,0 % und ist damit etwas höher als der entsprechende Anteil bei der vertraglichen Arbeitszeit. Gleichzeitig ist der Anteil mit bis zu 10 tatsächlichen Wochenstunden deutlich geringer als bei der vertraglichen Arbeitszeit. Die Befunde sprechen dafür, dass die ambulante Anstellung zwar häufig in reduzierten Arbeitszeitmodellen organisiert ist, im Arbeitsalltag aber dennoch zusätzliche Zeitbedarfe entstehen.

Befragte, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordnen, berichten häufiger höhere Arbeitszeitumfänge. Knapp die Hälfte arbeitet tatsächlich mehr als 30 Stunden pro Woche. Bei Personen im Übergangsmodell in die Niederlassung und im Orientierungsmodell liegen die entsprechenden Anteile niedriger, aber weiterhin auf relevantem Niveau (34,6 % bzw. 36,0 %). Die Übergangsgruppen sind damit häufig bereits substanziell in die ambulante Versorgung eingebunden.

Tabelle 24 Vertragliche und tatsächliche Wochenarbeitszeit, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit										
bis zu 10 Stunden	209	19,1%	39	10,7%	29	15,2%	31	17,6%	54	23,1%
mehr als 10 bis 20 Stunden	773	34,4%	238	32,1%	156	37,7%	134	36,8%	160	39,3%
mehr als 20 bis 30 Stunden	705	10,9%	262	11,8%	154	13,9%	125	12,6%	85	7,3%
mehr als 30 Stunden	1.360	35,6%	602	45,4%	197	33,1%	197	33,0%	225	30,4%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit										
bis zu 10 Stunden	125	11,0%	24	6,2%	17	7,5%	15	9,4%	34	13,4%
mehr als 10 bis 20 Stunden	510	26,2%	146	21,1%	86	24,5%	84	26,0%	121	33,7%
mehr als 20 bis 30 Stunden	921	24,3%	312	23,3%	220	33,2%	165	27,8%	129	21,3%
mehr als 30 Stunden	1.476	38,0%	655	49,1%	211	34,6%	221	36,0%	237	31,3%
Keine Angabe	15	0,5%	4	0,3%	2	0,3%	2	0,8%	3	0,4%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Null-Stunden-Angaben resultieren aus Angestelltenverhältnissen mit flexibler Einsatzplanung. Da die vertragliche wöchentliche Arbeitszeit ein Gewichtungsmerkmal ist, sind Befragte nicht Teil des Analysedatensatzes. Daher wird hier die Zeile „Keine Angabe“ nicht aufgeführt. Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Zudem unterscheidet sich die tatsächliche Wochenarbeitszeit auch je nach Geschlecht. Wie aus Tabelle 25 auf Seite 69 hervorgeht, arbeiten männliche Befragte in ihrer Anstellung häufiger mehr als 30 Stunden pro Woche (46,2 %) als weibliche Befragte (32,4 %). Weibliche Befragte konzentrieren sich dagegen stärker auf mittlere Arbeitszeitumfänge. 30,7 % arbeiten mehr als 20 bis 30 Stunden pro Woche, gegenüber 14,9 % der männlichen Befragten. Auch Arbeitszeiten von mehr als 10 bis 20 Stunden sind unter weiblichen Befragten etwas häufiger (28,1 %) als unter männlichen Befragten (23,3 %).

Tabelle 25 Tatsächliche Wochenarbeitszeit nach Geschlecht

Merkmal	Analysefälle					
	Geschlecht					
	Gesamt		Weiblich		Männlich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit						
bis zu 10 Stunden	125	11,0%	59	8,2%	66	15,2%
mehr als 10 bis 20 Stunden	510	26,2%	341	28,1%	169	23,3%
mehr als 20 bis 30 Stunden	921	24,3%	714	30,7%	207	14,9%
mehr als 30 Stunden	1.476	38,0%	748	32,4%	728	46,2%
Keine Angabe	15	0,5%	10	0,5%	5	0,5%
Total	3.047	100%	1.872	100%	1.175	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.						
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Null-Stunden-Angaben resultieren aus Angestelltenverhältnissen mit flexibler Einsatzplanung.						

Hinsichtlich der Angaben zur Anzahl der persönlichen Patientenkontakten pro Tag liegen die häufigsten Kategorien bei 11 bis 20 und 21 bis 30 Patientinnen und Patienten pro Arbeitstag, wie Tabelle 26 auf Seite 70 zeigt. Damit wird deutlich, dass ärztliche bzw. psychotherapeutische Angestellte für die Versorgungspraxis der Einrichtungen eine erhebliche Rolle spielen dürften. Auffällig ist der höhere Anteil von Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung, die höchstens 10 Patientinnen und Patienten pro Tag behandeln. Dies kann auf heterogene bzw. fachgruppenspezifische Tätigkeitsprofile³ oder spezifische Übergangskonstellationen hinweisen.

³ Kapitel 7 geht näher auf Unterschiede hinsichtlich der Patientenzahlen in Abhängigkeit vom Versorgungsbereich ein (Tabelle 44 auf Seite 102). Im Kapitel A 1.9 im Anhang wird die fehlende Differenzierung nach Fachgruppen hinsichtlich des Patientenkontakts näher thematisiert.

Tabelle 26 Patientenkontakte nach Karrieremodell

	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Persönlich behandelte Patienten pro Arbeitstag										
Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583
Mittelwert	27,27	26,63	28,59	27,74	22,4	24,66	24,11	23,9	32,21	29,61
Standardabweichung	17,81	17,03	17,42	17,28	16,57	16,24	15,89	14,66	19,34	18,6
Median	25	25	25	25	20	24	24	20	30	25
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Spalten für										

5.5 Vergütung und Verantwortungsbereiche

Finanzielle Förderungen der Anstellung sind selten. Wie aus Tabelle 27 auf Seite 70 hervorgeht, berichteten 88,2 % der Befragten keine finanzielle Förderung zu erhalten. Eine Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung wird insgesamt nur von 1,6 % genannt. Auch unter den Befragten im Übergangsmodell in die Niederlassung bleibt dieser Anteil trotz eines etwas höheren Anteilswerts quantitativ gering.

Tabelle 27 Finanzielle Förderung der Anstellung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Finanzielle Förderung der Anstellung (Mehrfachangaben möglich)										
Ja, von der Kassenärztlichen Vereinigung	48	1,6%	18	1,5%	13	3,9%	9	1,4%	.	.
Ja, von Anderen	24	1,1%	6	0,8%	.	.	6	1,2%	.	.
Nein	2.675	88,2%	1.018	88,6%	447	85,6%	402	83,2%	494	94,2%
Weiß nicht	289	9,1%	93	9,1%	.	.	70	14,3%	21	4,6%
Total mit mind. einer Angabe	3.035		1.135		534		486		522	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Eine Umsatzbeteiligung ist in der ambulanten Anstellung keine Ausnahme. Insgesamt berichten 19,8 % der Befragten, dass ihr Vergütungsmodell eine Umsatzbeteiligung enthält (siehe Tabelle 28 auf Seite 72). Dennoch bleibt die klassische Festvergütung die häufigste Form der Entlohnung.

Unter den Zusatzleistungen, die ambulante Angestellte von ihrem Arbeitgeber erhalten, dominieren solche, die unmittelbar an die berufliche Entwicklung und Arbeitsorganisation anschließen, wie in Tabelle 28 auf Seite 72 zu sehen ist. Fort- und Weiterbildungen werden mit 62,9 % am häufigsten genannt, flexible Arbeitszeiten folgen mit 37,5 %. Seltener werden Leistungen wie betriebliche Altersvorsorge, Mobilitätsleistungen, Essen und Getränke oder mobiles Arbeiten angeboten. Auffällig ist der sehr geringe Anteil bei der Nennung von Zusatzleistungen zur Kinderbetreuung, was angesichts der familiären Situation vieler Befragter ein wichtiges Ergebnis ist. Betreuungsbezogene Unterstützungsleistungen spielen in der betrieblichen Realität der ambulanten Anstellung offenbar nur eine sehr kleine Rolle.

Die gewährten Zusatzleistungen unterscheiden sich teilweise nach Karrieremodell. Befragte, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zugeordnet haben, berichten Fort- und Weiterbildungsleistungen häufiger als jene, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zugeordnet haben. Flexible Arbeitszeiten werden dagegen von Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung oder dem Berufsausstiegsmodell zugeordnet haben, überdurchschnittlich häufig genannt.

Deutlich unterscheiden sich Zusatzleistungen nach Organisationsform. In MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen werden formalisierte Arbeitgeberleistungen häufiger berichtet als in Einzelpraxen oder BAG. Besonders deutlich zeigt sich dies, wie in Tabelle 29 auf Seite 73 zu sehen ist, bei Fort- und Weiterbildung: 74,8 % der Befragten in MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen geben entsprechende Leistungen an, gegenüber 50,7 % in BAG und 43,9 % in Einzelpraxen. Auch die betriebliche Altersvorsorge wird in MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen von den Befragten deutlich häufiger genannt (31,4 %) als in Einzelpraxen (10,0 %) oder BAG (11,9 %). Ähnliches gilt für Leistungen der Gesundheitsförderung (12,1 % gegenüber 3,1 % bzw. 4,3 %).

Tabelle 28 Umsatzbeteiligung und zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Umsatzbeteiligung in Vergütungsmodell beinhaltet										
Ja	662	19,8%	285	24,1%	101	16,6%	97	18,8%	112	17,3%
Nein	2.255	76,0%	804	71,6%	414	80,0%	367	75,8%	395	79,5%
Sonstiges	34	0,9%	15	1,1%	5	1,0%	6	0,6%	3	0,4%
Keine Angabe	96	3,3%	37	3,2%	16	2,4%	17	4,8%	14	2,8%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber (Mehrfachangaben möglich)										
Fort- und Weiterbildung	1.566	62,9%	679	68,5%	217	51,5%	249	59,3%	250	66,8%
Flexible Arbeitszeiten	992	37,5%	324	31,9%	232	46,8%	178	40,1%	160	45,5%
Betriebliche Altersvorsorge	516	22,6%	285	30,0%	62	16,5%	69	19,9%	46	12,5%
Geschenke und Rabatte	481	18,8%	215	21,5%	90	22,0%	71	15,4%	54	15,1%
Bereitstellung von Essen und Getränken	479	17,0%	210	19,0%	86	17,4%	68	14,3%	59	15,2%
Dienstwagen/Jobticket/Jobrad	394	15,1%	195	19,3%	64	13,5%	56	14,1%	42	10,6%
Mobiles Arbeiten	383	13,9%	150	14,0%	80	16,6%	59	12,0%	51	15,4%
Leistungen der Gesundheitsförderung	206	8,5%	108	11,3%	15	3,4%	24	5,0%	40	10,9%
Kinderbetreuung	35	1,6%	14	1,7%	10	2,0%	6	2,1%	.	.
Aktienprogramme, Kredite o. Ä.	9	0,4%	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonstiges	220	8,9%	81	7,9%	37	7,6%	34	8,9%	36	10,5%
Total mit mind. einer Angabe	2.459		983		428		398		372	

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an DocCheck Research (2021) – es wurden eigene Anpassungen und Ergänzungen von Antwortoptionen vorgenommen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

Tabelle 29 Umsatzbeteiligung und zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber nach Organisationsform

Merkmal	Analysefälle							
	Organisationsform							
	Gesamt		Einzelpraxis/ Praxisgemeinschaft		Berufsausübungsge- meinschaft/Gemein- schaftspraxis		MVZ und Ähnliche	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber (Mehrfachangaben möglich)								
Fort- und Weiterbildung	1.566	62,9%	339	43,9%	264	50,7%	963	74,8%
Flexible Arbeitszeiten	992	37,5%	393	51,7%	190	41,0%	409	30,4%
Betriebliche Altersvorsorge	516	22,6%	77	10,0%	72	11,9%	367	31,4%
Geschenke und Rabatte	481	18,8%	151	20,6%	107	24,2%	223	16,3%
Bereitstellung von Essen und Getränken	479	17,0%	163	23,0%	134	25,9%	182	11,6%
Dienstwagen/Jobticket/Jobrad	394	15,1%	69	9,4%	64	11,8%	261	18,6%
Mobiles Arbeiten	383	13,9%	106	12,3%	60	12,9%	217	14,9%
Leistungen der Gesundheitsförderung	206	8,5%	24	3,1%	22	4,3%	160	12,1%
Kinderbetreuung	35	1,6%	11	2,3%	7	1,4%	17	1,3%
Aktienprogramme, Kredite o. Ä.	9	0,4%	.	.	0	0,0%	.	.
Sonstiges	220	8,9%	94	12,3%	56	12,4%	70	6,4%
Total mit mind. einer Angabe	2.459		735		485		1.239	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an DocCheck Research (2021) – es wurden eigene Anpassungen und Ergänzungen von Antwortoptionen vorgenommen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.								

Ein anderes Muster zeigt sich bei flexiblen Arbeitszeiten. Diese werden in Einzelpraxen mit 51,7 % häufiger genannt als in BAG (41,0 %) sowie MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen (30,4 %). Für die Bewertung der Attraktivität der Rahmenbedingungen im ambulanten Angestelltenverhältnis dürfte daher nicht allein die Vergütung relevant sein. Die Attraktivität der ambulanten Anstellung dürfte vielmehr auf einem Bündel aus planbaren Arbeitszeiten, fachlichen Entwicklungsmöglichkeiten, Flexibilität, Vergütung und ergänzenden Leistungen beruhen.

Tabelle 30 Verantwortungsbereiche der Befragten, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Besondere Verantwortlichkeiten in aktueller Position (Mehrfachangaben möglich)										
Organisatorische Aufgaben (z. B. Dienstplanung, Praxismanagement)	894	28,3%	388	33,0%	133	25,4%	116	26,0%	165	26,1%
Leistungsabrechnung	766	23,1%	292	24,8%	143	24,9%	101	19,1%	161	26,1%
Praxisentwicklung und Strategie (z. B. Ausweitung des Leistungsspektrums, Kooperationen mit anderen Einrichtungen)	719	22,9%	319	26,3%	101	20,6%	105	24,4%	122	20,2%
Ausbildung und Mentoring von Ärzten bzw. Psychotherapeuten in Weiterbildung	670	21,4%	305	24,4%	90	19,4%	94	20,8%	111	19,8%
Qualitätsmanagement (z. B. Überwachung von Hygienestandards)	621	19,7%	268	22,6%	70	14,2%	83	16,9%	123	19,6%
Schnittstelle zum Management (z. B. Koordination mit Verwaltung oder Geschäftsführung)	604	20,5%	272	24,2%	54	12,6%	70	17,2%	134	21,7%
Personalverantwortung	592	18,9%	279	23,5%	64	14,3%	70	16,8%	117	19,4%
Supervision von angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten	357	11,4%	153	12,2%	39	9,1%	47	9,1%	79	13,9%
Budgetplanung	166	5,1%	83	6,5%	8	2,2%	19	4,9%	41	6,1%
Keine	1.166	40,9%	383	36,0%	244	46,9%	213	44,6%	174	37,9%
Sonstiges	200	6,4%	76	5,9%	26	5,5%	16	3,2%	50	9,4%
Total mit mind. einer Angabe	3.012		1.137		524		478		523	

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

Die ambulante Anstellung ist dabei in ihrem Tätigkeitsspektrum oftmals nicht auf die unmittelbare Patientenversorgung beschränkt. Über die Hälfte der Befragten übernimmt zusätzliche organisatorisch-administrative Aufgaben in den Bereichen Praxisorganisation, Abrechnung, Qualitätsmanagement, Personalverantwortung oder strategische Praxisentwicklung (siehe Tabelle 30 auf Seite 74). Die Anstellung gestaltet sich also auch hinsichtlich des Tätigkeitsspektrums als heterogen: Ein Teil der Angestellten ist auf die reine Versorgungstätigkeit fokussiert, während andere zugleich Einblicke in Steuerungs- und Managementaufgaben erhalten.

An erster Stelle unter den genannten Verantwortungsbereichen stehen organisatorische Aufgaben wie Dienstplanung oder Praxismanagement. Ebenfalls relevant sind Leistungsabrechnung, Praxisentwicklung und Strategie, Ausbildung und Mentoring, Schnittstellenaufgaben zum Management, Qualitätsmanagement sowie Personalverantwortung. Gerade diese Bereiche dürften für Karriereentscheidungen bedeutsam sein, weil sie Kompetenzen betreffen, die auch für eine spätere Niederlassung oder eine leitende Tätigkeit in ambulanten Strukturen wichtig sein können.

Bei Befragten, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordnen, ist der Anteil ohne organisatorisch-administrative Verantwortung niedriger als bei Personen, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung oder dem Orientierungsmodell zuordnen. Dieser Unterschied erscheint auf den ersten Blick bemerkenswert, da ausgerechnet jene Gruppen, für die eine Niederlassung oder berufliche Neuorientierung näher liegt, seltener besondere organisatorische Verantwortung berichten. Dieses Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass die ambulanten Angestellten in den Übergangsgruppen im Schnitt jünger und weniger berufserfahren sind, während zugleich auch die berichteten Anstellungsdauern in diesen Gruppen geringer sind. Damit scheint ein Teil der niederlassungsnahen Befragten versorgungspraktisch Erfahrung zu sammeln, aber weniger systematisch in Praxismanagement, Personalführung oder wirtschaftliche Abläufe eingebunden zu sein.

Zugleich zeigt Tabelle 30 auf Seite 74, dass ambulante Angestellte in der Übergangsphase in den Ruhestand noch immer organisatorisch-administrative Verantwortung tragen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass ein großer Teil dieser Angestellten aufgrund ihrer früheren Niederlassungserfahrung (78,7 % von ihnen waren früher niedergelassen, siehe Tabelle 15 auf Seite 43 in Kapitel 4.3) über entsprechende Kompetenzen verfügt, die sie weiterhin in ihren Arbeitsalltag einbringen. So scheint eine frühere Niederlassungserfahrung im vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Bereich auch in der aktuellen Anstellung eine Rolle für organisatorisch-administrative Verantwortungsbereiche zu spielen. Wie Tabelle 30 auf Seite 74 darstellt, gaben Befragte mit früherer Niederlassungserfahrung seltener an, keine besonderen Verantwortlichkeiten auszuüben (34,0 %) als Befragte ohne frühere Niederlassungserfahrung (43,5 %). Zugleich übernehmen sie häufiger einzelne Aufgaben mit organisatorischem oder leitendem Bezug. Dies zeigt sich etwa bei Personalverantwortung (23,6 % gegenüber 17,1 %), Qualitätsmanagement (23,3 % gegenüber 18,3 %) sowie Ausbildung und Mentoring von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung (25,0 % gegenüber 20,0 %).

Diese Ergebnisse legen nahe, dass frühere Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber häufig organisatorische, strategische und managementbezogene Erfahrungen mitbringen, die auch in einer späteren ambulanten Anstellung genutzt werden können. Die ambulante Anstellung ehemals Niedergelassener sollte vor diesem Hintergrund nicht pauschal als Rückzug aus organisatorisch-administrativer Verantwortung verstanden werden, sondern kann weiterhin mit der Übernahme entsprechender Aufgaben in Praxis oder Einrichtung verbunden sein.

Tabelle 31 Verantwortungsbereiche der Befragten nach Niederlassungserfahrung

Merkmal	Analysefälle					
	Gesamt		Vorherige Niederlassung			
			Ja		Nein	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Besondere Verantwortlichkeiten in aktueller Position (Mehrfachangaben möglich)						
Organisatorische Aufgaben (z. B. Dienstplanung, Praxismanagement)	894	28,3%	283	31,1%	600	27,3%
Leistungsabrechnung	766	23,1%	.	.	504	21,2%
Praxisentwicklung und Strategie (z. B. Ausweitung des Leistungsspektrums, Kooperationen mit anderen Einrichtungen)	719	22,9%	217	24,4%	491	22,3%
Ausbildung und Mentoring von Ärzten bzw. Psychotherapeuten in Weiterbildung	670	21,4%	216	25,0%	445	20,0%
Qualitätsmanagement (z. B. Überwachung von Hygienestandards)	621	19,7%	213	23,3%	401	18,3%
Schnittstelle zum Management (z. B. Koordination mit Verwaltung oder Geschäftsführung)	604	20,5%	.	.	373	18,5%
Personalverantwortung	592	18,9%	215	23,6%	370	17,1%
Supervision von angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten	357	11,4%	.	.	220	10,0%
Budgetplanung	166	5,1%	.	.	83	3,6%
Keine	1.166	40,9%	241	34,0%	903	43,5%
Sonstiges	200	6,4%	62	7,5%	133	5,7%
Total mit mind. einer Angabe	3.012		.		2.162	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.						
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.						

5.6 Nebentätigkeiten als erweitertes Tätigkeitsprofil

Nebentätigkeiten sind unter den Befragten verbreitet. Wie Tabelle 32 auf Seite 78 darstellt, gaben 35,5 % an, zusätzlich zur aktuellen Anstellung eine weitere Erwerbstätigkeit auszuüben.

Die ambulante Anstellung ist für einen relevanten Teil der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten somit nicht die einzige berufliche Tätigkeit.

Die häufigste Form der Nebentätigkeit ist mit einer Nennhäufigkeit von 46,7 % die Übernahme zusätzlicher Aufgaben in einer Klinik. Daneben wurden meist sonstige Tätigkeiten und Lehrtätigkeiten genannt. Eine Auswertung von präzisierenden Freitextangaben zu dieser Frage hat ergeben, dass sich die Angabe „Sonstiges“ meistens auf Bereitschaftsdienste bzw. eine Tätigkeit in der Notfallmedizin bezog.

Auffällig ist, dass Befragte in den Modellen der beruflichen Übergangs- und Orientierungsphasen häufiger über berufliche Nebentätigkeiten berichten. Dies steht zugleich im Einklang mit dem Ergebnis, dass in diesen Gruppen eine Teilzeitbeschäftigung in der aktuellen ambulanten Anstellung vergleichsweise häufiger vorkommt als in der Gruppe jener Personen, die ihre Anstellung als angestrebtes lebenslanges Arbeitsmodell verstehen (vgl. Tabelle 24 auf Seite 68 in Kapitel 5.3).

Tabelle 32 Zusätzliche Erwerbstätigkeit, nach Karrieremodell

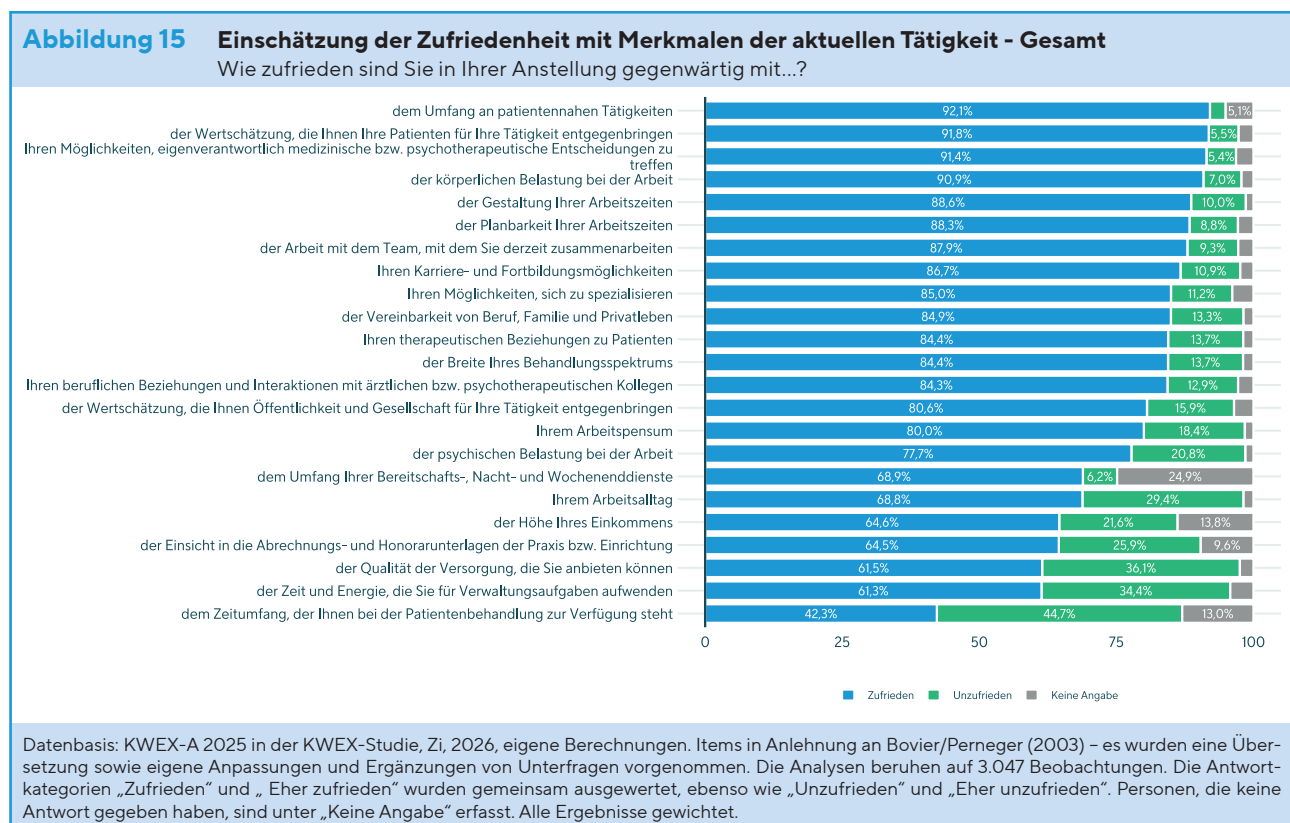
Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ausführung zusätzlicher Erwerbstätigkeit										
Ja	836	35,5%	272	30,5%	154	36,6%	147	38,9%	128	28,6%
Nein	2.154	62,8%	842	67,8%	378	62,7%	334	60,3%	391	69,7%
Keine Angabe	57	1,7%	27	1,7%	4	0,7%	6	0,9%	5	1,7%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Falls ja, welche Art von Tätigkeiten (Mehrfachangaben möglich)										
Angestellt in einer Klinik	273	46,7%	99	51,7%	36	35,1%	45	44,8%	29	26,0%
Lehrtätigkeit	164	18,7%	60	20,9%	21	10,9%	36	25,3%	17	11,6%
Gutachter	94	10,6%	41	14,1%	10	7,3%	9	4,5%	19	14,4%
Selbstständig mit Privatpraxis	79	7,8%	15	4,5%	24	9,8%	16	10,0%	15	11,8%
Forschung	48	6,9%	18	7,6%	11	4,1%	8	7,1%	.	.
Angestellt in weiterer vertragsärztl. bzw. psychoth. Praxis	30	3,0%	6	1,5%	8	5,4%	7	5,9%	.	.
Supervisor	26	1,4%	12	1,5%	.	.	.	.	.	.
Zeitarbeit	19	1,7%	.	.	6	3,2%	.	.	.	.
Selbstständig mit vertragsärztl. bzw. psychoth. Praxis (Kassenzitz)	17	2,0%	.	.	.	.	0	0,0%	.	.
Angestellt in einem MVZ	15	1,9%	.	.	0	0,0%	.	.	.	.
Selbstständig in einer Ausbildungsambulanz	8	0,7%	.	.	.	.	.	.	0	0,0%
Selbstständig in einer Lehrpraxis	.	.	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%
Selbstständig in einem MVZ	.	.	.	.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Angestellt in einer Privatpraxis	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0,0%
Sonstiges	320	32,0%	104	32,4%	58	36,1%	58	30,7%	61	46,1%
Total mit mind. einer Angabe	834		271		154		146		128	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

5.7 Zufriedenheit mit der aktuellen Anstellung

Die Zufriedenheit mit der aktuellen Anstellung ist insgesamt hoch. Bei allen erhobenen Zufriedenheitsaspekten gab der überwiegende Teil der Befragten an, zufrieden zu sein (Summe aus den Angaben „eher zufrieden“ und „zufrieden“). Einzig mit dem Zeitumfang, der bei der Patientenbehandlung zur Verfügung steht, waren etwas mehr Befragte unzufrieden (Summe aus den Angaben „eher unzufrieden“ und „unzufrieden“) als zufrieden.

Wie Abbildung 15 auf Seite 79 zeigt, werden patientennahe sowie fachliche Aspekte besonders häufig positiv bewertet. Die große Mehrheit der Befragten ist mit dem generellen Umfang patientennaher Tätigkeiten, abgesehen vom verfügbaren Zeitumfang für die Patientenbehandlung, mit der Wertschätzung durch Patientinnen und Patienten sowie mit den Möglichkeiten, eigenverantwortlich medizinische Entscheidungen treffen zu können, zufrieden. Ebenfalls häufig positiv bewertet werden die körperliche Belastung, die Gestaltung und Planbarkeit der Arbeitszeiten, die Arbeit im Team sowie Karriere- und Fortbildungsmöglichkeiten.

Damit wird eine wichtige Seite der ambulanten Anstellung sichtbar: Die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit legen nahe, dass die ambulante Anstellung vielen Befragten fachliche Eigenständigkeit, einen mit Wertschätzung einhergehenden Patientenkontakt, Teamarbeit und in vielen Fällen planbare Arbeitszeitstrukturen bietet. Für viele der Befragten stellt die ambulante Anstellung somit eine subjektiv zufriedenstellende Tätigkeit dar.



Etwas weniger positiv fallen dagegen die Einschätzungen zu den strukturellen Rahmenbedingungen aus. Abgesehen vom Zeitumfang, der für die Patientenbehandlung zur Verfügung steht, werden auch die Qualität der Versorgung, die unter den gegebenen Bedingungen angeboten werden kann, der Aufwand für Verwaltungsaufgaben, die Höhe des Einkommens sowie die Einsicht in Abrechnungs- und Honorarunterlagen zurückhaltender bewertet als die patientennahen Aspekte ohne Zeitbezug und die fachlichen Tätigkeitsaspekte. Leicht höhere Unzufriedenheitsanteile zeigen sich

damit nicht im Bezug auf den inhaltlich-fachlichen Kern der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeit, sondern eher hinsichtlich der Bedingungen, unter denen diese Tätigkeit organisiert wird. Allerdings weisen auch diese Aspekte, mit Ausnahme des Zeitumfangs, der für die Patientenbehandlung zur Verfügung steht, noch Zufriedenheitsraten von mehr als 60 % auf.

Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit zeigen sich Unterschiede nach Zuordnung zu den Karrieremodellen der Befragten. Mit dem Arbeitsalltag insgesamt sind Personen, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell und dem Berufsausstiegsmodell zugeordnet haben, deutlich häufiger zufrieden als Befragte im Übergangsmodell in die Niederlassung oder im Orientierungsmodell (vgl. Abbildung 26 auf Seite 130 bis Abbildung 29 auf Seite 131 im Anhang). Auch bei der wahrgenommenen Qualität der angebotenen Versorgung und hinsichtlich der Möglichkeit, Abrechnungs- und Honorarunterlagen einzusehen, fallen die Bewertungen der beiden Übergangsgruppen kritischer aus. Für Befragte, die sich dem Orientierungsmodell zugeordnet haben, ist zudem die Zufriedenheit mit dem Zeitumfang für die Patientenbehandlung besonders niedrig.

Diese Unterschiede nach Karrieremodell sollten vorsichtig interpretiert werden. Sie legen aber nahe, dass Befragte, die sich beruflich in Richtung Niederlassung oder Orientierung über Karrierewege einordnen, die Zufriedenheit in ihrer aktuellen Anstellung in mehreren Punkten kritischer einschätzen.

5.8 Zwischenfazit

Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der aktuellen Anstellung legen nahe, dass die ambulante Anstellung für viele Befragte eine attraktive Beschäftigungsform darstellt. Unbefristete Arbeitsverhältnisse dominieren, flexible Arbeitszeiten treten häufig auf und die Zufriedenheit mit patientennahen Aspekten ohne Zeitbezug sowie fachlichen Aspekten ist sehr hoch.

Gleichzeitig deuten sich auch Schwachstellen an. Die tatsächliche Arbeitszeit liegt tendenziell über der vertraglichen Arbeitszeit und die Zufriedenheit mit Zeitressourcen, Verwaltungsaufwand und realisierbarer Versorgungsqualität fällt schwächer aus als die Zufriedenheit mit den direkt versorgungs- bzw. patientenbezogenen Tätigkeiten.

Für das folgende Kapitel zu den Niederlassungsplänen der ambulanten Angestellten ist diese Ambivalenz zentral. Die Entscheidung für oder gegen eine spätere Niederlassung entsteht unter anderem im Kontext eigener Erfahrungen in der aktuellen Anstellung. Gerade bei Befragten, die sich dem Orientierungsmodell zugeordnet haben, können diese Erfahrungen die weiteren beruflichen Pläne prägen.

Kapitel 6

Niederlassungspläne

Die vorangegangenen Kapitel haben den akademischen und beruflichen Werdegang, die familiäre Situation und die aktuellen Rahmenbedingungen der Anstellung für die befragten ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten beschrieben. Darauf aufbauend richtet dieses Kapitel den Blick auf die Frage, ob eine spätere vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Niederlassung geplant ist, welche Form der Niederlassung für die ambulanten Angestellten vorstellbar ist und welche Hürden sowie Unterstützungsbedarfe mit dieser Entscheidung verbunden sind.

6.1 Grundsätzliche Bereitschaft zu selbstständiger Tätigkeit und Niederlassungsbereitschaft

Die Ergebnisse in Tabelle 33 auf Seite 82 zeigen auf aggregierter Ebene eine gute Passung zwischen einer allgemeinen Offenheit für eine Tätigkeit in Selbstständigkeit und dem persönlichen Karrieremodell. So wurden die ambulanten Angestellten danach gefragt, in welchem Maße sie sich für ihr Berufsleben grundsätzlich vorstellen können, sich selbstständig zu machen.

Tabelle 33 Skala zur grundsätzlichen Bereitschaft, sich im Berufsleben selbstständig zu machen, nach Karrieremodell										
Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Grundsätzliche Bereitschaft, sich selbstständig zu machen										
0 (Sicher nicht selbstständig machen)	573	19,8%	318	27,7%	2	0,8%	24	4,6%	158	32,5%
1	160	5,8%	106	9,9%	0	0,0%	12	3,7%	24	3,6%
2	174	5,9%	122	10,6%	0	0,0%	21	6,1%	10	1,9%
3	214	7,0%	144	12,4%	4	0,8%	38	7,7%	8	1,4%
4	120	4,1%	60	5,7%	4	0,6%	38	7,7%	6	1,0%
5	202	7,6%	81	8,4%	13	2,5%	68	15,2%	13	2,5%
6	219	7,1%	74	6,5%	49	8,6%	61	13,3%	14	3,4%
7	331	9,0%	75	5,7%	105	18,4%	97	16,5%	21	3,4%
8	229	7,4%	36	3,3%	91	19,7%	48	10,3%	21	3,9%
9	171	5,2%	24	2,0%	77	13,6%	35	7,3%	19	3,2%
10 (Sicher selbstständig machen)	420	12,7%	55	4,2%	188	34,3%	25	3,9%	111	20,9%
Weiß nicht	56	1,6%	17	1,1%	2	0,6%	15	2,9%	6	0,9%
Keine Angabe	178	6,6%	29	2,5%	1	0,1%	5	0,8%	113	21,4%
Total	2.869	100%	1.112	100%	535	100%	482	100%	411	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Auf der 11-Punkte-Skala zur grundsätzlichen Bereitschaft, sich im Berufsleben selbstständig zu machen, entfallen insgesamt 34,4 % auf die oberen Skalenwerte 7 bis 10. Zugleich liegen 38,5 % im unteren Bereich der Skala von 0 bis 3. Die Befragten sind nicht gleichmäßig verteilt, sondern tendieren stark zu entweder hoher Offenheit oder deutlicher Distanz zur Selbstständigkeit.

Erwartungsgemäß ist die grundsätzliche Bereitschaft, sich selbstständig zu machen, bei jenen Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, besonders deutlich ausgeprägt. Wie aus Tabelle 33 hervorgeht, liegen 86,0 % der Einschätzungen dieser Gruppe auf den Skalenwerten 7 bis 10, davon 34,3 % auf dem Höchstwert 10. Unter den Befragten, die sich dem Orientierungsmodell zuordneten, erreichen 37,9 % die Werte 7 bis 10, während 22,1 % auf die Werte 0 bis 3 entfallen. Diese Gruppe erscheint damit hinsichtlich einer möglichen selbstständigen Tätigkeit sowohl offen als auch heterogen.

Die konkreter gefasste Niederlassungsbereitschaft der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten wurde in der Angestelltenbefragung auf zweierlei Weise erhoben. So wurden die Befragten zunächst gebeten, anzugeben, ob sie planten, sich in Zukunft selbst vertragsärztlich bzw. vertragspsychotherapeutisch niederzulassen, wobei die Frage eine Selbsteinordnung in die Antwortkategorien „ja“, „nein“ oder „unentschlossen“ vorsah. Wie Tabelle 34 auf Seite 83 zeigt, geben 14,5 % der Befragten an, eine Niederlassung zu planen, 22,1 % sind unentschlossen und 63,4 % verneinen entsprechende Pläne. Unter den Befragten, die sich dem Orientierungsmodell zuordneten, sind die meisten noch unentschlossen (56,9 %). Nur 11,1 % geben konkrete Niederlassungspläne an, 32,0 % verneinen sie.

Die Gruppe mit bejahten Niederlassungsplänen erscheint somit zunächst vergleichsweise klein. Daneben steht eine größere Gruppe unentschlüsselter Befragter, insbesondere unter denjenigen mit Orientierungsperspektive. Für Maßnahmen zur Förderung der Niederlassungsbereitschaft erscheint diese Gruppe strategisch besonders relevant, weil sie noch nicht entschieden und für Beratungsmaßnahmen möglicherweise offen ist.

Tabelle 34 Grundsätzliche Bereitschaft, sich niederzulassen, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Niederlassungsabsicht										
Ja	519	14,5%	23	2,1%	398	73,4%	61	11,1%	4	0,8%
Nein	1.806	63,4%	930	82,6%	7	1,6%	139	32,0%	506	96,8%
Unentschlossen	722	22,1%	188	15,3%	131	25,0%	287	56,9%	14	2,5%
Total	3.047	100%	1.141	100%	536	100%	487	100%	524	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

Tabelle 35 auf Seite 84 stellt die Niederlassungsabsicht zudem differenziert nach Alter dar. Hier zeigt sich, im Einklang mit den oben beschriebenen Ergebnissen nach Karrieremodell, dass die Niederlassungsbereitschaft mit dem Alter erwartungsgemäß abnimmt. Gerade in den jüngeren Altersgruppen unter 40 Jahren wird mit 39,8% bzw. 31,5% zugleich deutlich häufiger eine Niederlassungsabsicht angegeben. Zudem sind hier die Anteile derjenigen, die sich hinsichtlich einer zukünftigen Niederlassung noch unentschlossen zeigen, mit 44,9% bzw. 36,5% vergleichsweise höher als in den höheren Altersgruppen.

Tabelle 35 Alterskategorien nach Einordnung der Niederlassungsabsicht

Merkmal	Analysefälle											
	Alter											
	Gesamt		Unter 35 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 Jahre und älter	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Absicht einer vertragsärztlichen bzw. psychotherapeutischen Niederlassung												
Ja	519	14,5%	69	39,8%	167	31,5%	232	22,0%	43	5,2%	8	1,1%
Nein	1.806	63,4%	24	15,4%	125	32,0%	391	43,3%	563	78,8%	703	97,4%
Unentschlossen	722	22,1%	68	44,9%	182	36,5%	337	34,7%	118	16,1%	17	1,5%
Total	3.047	100%	161	100%	474	100%	960	100%	724	100%	728	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.												
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Die Angaben zum Alter beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2024. Im Fragebogen wurden bei der Angabe des Geburtsjahres ausschließlich Werte zwischen 1900 und 2000 zugelassen.												

Ergänzend zu der oben beschriebenen Erhebungsvariante wurde die Niederlassungsbereitschaft der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten für alle Befragten zusätzlich auch skalenbasiert erhoben. So wurden die ambulanten Angestellten darum gebeten, ihre Niederlassungsbereitschaft auf einer 11-Punkte-Skala von „sicher nicht niederlassen“ (0) bis „sicher niederlassen“ (10) anzugeben. Die Betrachtung der skalenbasierten Angaben zur Niederlassungsbereitschaft zeigt, dass die kategoriale Einordnung in Personen mit, ohne oder mit unentschlossener Niederlassungsabsicht grundsätzlich stimmig erscheint, zugleich aber wichtige Abstufungen sichtbar werden. Wie Tabelle 36 auf Seite 85 zeigt, entfallen unter den Befragten mit Niederlassungsabsicht 85,9% auf hohe Skalenwerte zwischen 7 und 10, wobei 40,5% den Maximalwert 10 wählten. Bei Befragten ohne Niederlassungsabsicht zeigt sich das Gegenbild: 85,5% liegen auf den Werten 0 bis 3, darunter 55,3% auf dem Wert 0.

Tabelle 36 Niederlassungsneigung auf einer 11-Punkte-Skala nach Einordnung der Niederlassungsabsicht

Merkmal	Analysefälle							
	Zukünftige Niederlassung geplant							
	Gesamt		Ja		Nein		Unentschlossen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einordnung der Niederlassungsabsicht								
0 (sicher nicht niederlassen)	987	35,1%	1	0,2%	984	55,3%	2	0,3%
1	223	7,6%			220	12,0%	3	0,2%
2	205	7,0%	1	0,1%	183	10,1%	21	2,8%
3	243	8,4%	2	0,4%	150	8,2%	91	14,2%
4	132	4,3%	2	0,8%	39	1,9%	91	13,7%
5	205	6,5%	9	2,0%	27	1,2%	169	24,5%
6	182	5,0%	43	8,6%	7	0,3%	132	16,0%
7	171	4,7%	76	13,9%	6	0,3%	89	11,3%
8	112	3,2%	91	18,2%	6	0,3%	15	1,9%
9	73	2,2%	65	13,3%	4	0,3%	4	0,4%
10 (sicher niederlassen)	247	6,7%	222	40,5%	21	1,1%	4	0,9%
Weiß nicht	125	3,9%	2	0,7%	30	1,7%	93	12,0%
Keine Angabe	142	5,3%	5	1,3%	129	7,4%	8	1,7%
Total	2.905	100%	514	100%	1.677	100%	714	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Besonders aufschlussreich ist die Gruppe der Unentschlossenen. Sie konzentriert sich mit insgesamt 54,2 % vor allem im mittleren Skalenbereich von 4 bis 6. Zugleich liegen 17,6 % bei niedrigen Werten zwischen 0 und 3, während 14,5 % bereits Werte zwischen 7 und 10 angeben. Die Unentschlossenen bilden damit keine homogene Gruppe. Vielmehr umfasst diese Gruppe sowohl Befragte mit eher geringer Niederlassungsabsicht als auch Befragte, bei denen bereits eine erkennbare Offenheit für eine Niederlassung besteht, ohne dass eine eindeutige Entscheidung getroffen wurde. Was eine mögliche Ausgestaltung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Niederlassung anbelangt, spricht dies für eine differenzierte Ansprache innerhalb der Gruppe der Unentschlossenen.

Die Frage nach einer geplanten Niederlassung mit dreigegliederten Antwortoptionen diente im Fragebogen der Angestelltenbefragung als zentrales Filterelement, von welchem ausgehend die Gruppen mit bejahter, verneinter und unentschlossener Niederlassungsabsicht zu weiteren Details der persönlichen Karriereplanung und den ggf. vorhandenen Informations- und Beratungsbedarfen befragt wurden. Entsprechend nehmen die nachfolgenden Unterkapitel wiederholt auf die oben beschriebene Dreigliederung der Niederlassungsabsicht Bezug.

Tabelle 37 Form und Zeitplan der geplanten Niederlassung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Geplanter Zeitraum der Niederlassung										
Im nächsten Jahr	156	29,7%	7	26,8%	133	33,7%	7	10,1%	0	0,0%
In 1 bis 5 Jahren	287	53,0%	9	36,6%	214	52,6%	44	70,0%	0	0,0%
In 5 bis 10 Jahren	63	14,3%	.	.	45	12,2%	10	19,9%	0	0,0%
In mehr als 10 Jahren	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	0	0,0%
Weiß nicht	4	0,8%	1	4,1%	2	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
Keine Angabe	.	.	.	.	.	.	0	0,0%	0	0,0%
Total	519	100%	23	100%	398	100%	61	100%	0	0,0%
Geplante Form der Niederlassung										
Übernahme (Teil-)Zulassung in Praxis der akt. Anstellung										
Übernahme anderer Praxis	107	18,3%	.	.	96	21,9%	.	.	.	.
Übernahme Praxis der akt. Anstellung	91	19,9%	.	.	65	19,3%	13	22,5%	.	.
Neugründung Einzelpraxis	78	15,0%	.	.	65	16,1%	.	.	.	.
Übernahme (Teil-)Zulassung in anderer Praxis	72	11,4%	.	.	51	10,2%	11	11,3%	.	.
Neugründung BAG	57	11,3%	.	.	43	11,6%	10	17,8%	.	.
Neubeitritt in Praxis der akt. Anstellung	35	6,3%	.	.	28	7,1%	.	.	.	.
Neubeitritt in andere Praxis	17	4,8%	.	.	13	5,3%	.	.	.	.
Neugründung MVZ	6	2,7%	0	0,0%	.	.	.	.	.	.
Neubeitritt in MVZ der akt. Anstellung	.	.	0	0,0%	0	0,0%	.	.	.	.
Beitritt in bestehendes MVZ	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.
Weiß nicht	33	5,9%	2	10,8%	22	4,9%	6	10,3%	.	.
Keine Angabe	19	3,9%	2	8,0%	12	3,0%	1	1,5%	.	.
Total	519	100%	23	100%	398	100%	61	100%	4	100%

Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.

Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „akt. Anstellung“ steht als Abkürzung für „aktuelle Anstellung“. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.

6.2 Umsetzungsnähe und geplante Niederlassungsformen

Unter den Befragten mit konkreten Niederlassungsplänen (bejahte Niederlassungsabsicht) ist der zeitliche Planungshorizont für den Schritt in die Niederlassung überwiegend kurz- bis mittelfristig. Wie Tabelle 37 auf Seite 86 zeigt, planen 29,7 % eine Niederlassung innerhalb des nächsten Jahres, 53,0 % innerhalb von 1 bis 5 Jahren und 14,3 % innerhalb von 5 bis 10 Jahren. Bei Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung zuordneten, ist der Zeitplan etwas näher an der Umsetzung. Ein Drittel nannte das nächste Jahr, 52,6 % einen Zeitraum von 1 bis 5 Jahren. Befragte im Orientierungsmodell, die bereits konkrete Niederlassungspläne angeben, verorten diese dagegen deutlich häufiger im Zeitraum von ein bis 5 Jahren. Je sicherer sich die Befragten also ihrer Entscheidung zu sein scheinen, desto näher in der Zukunft planen sie sich niederzulassen.

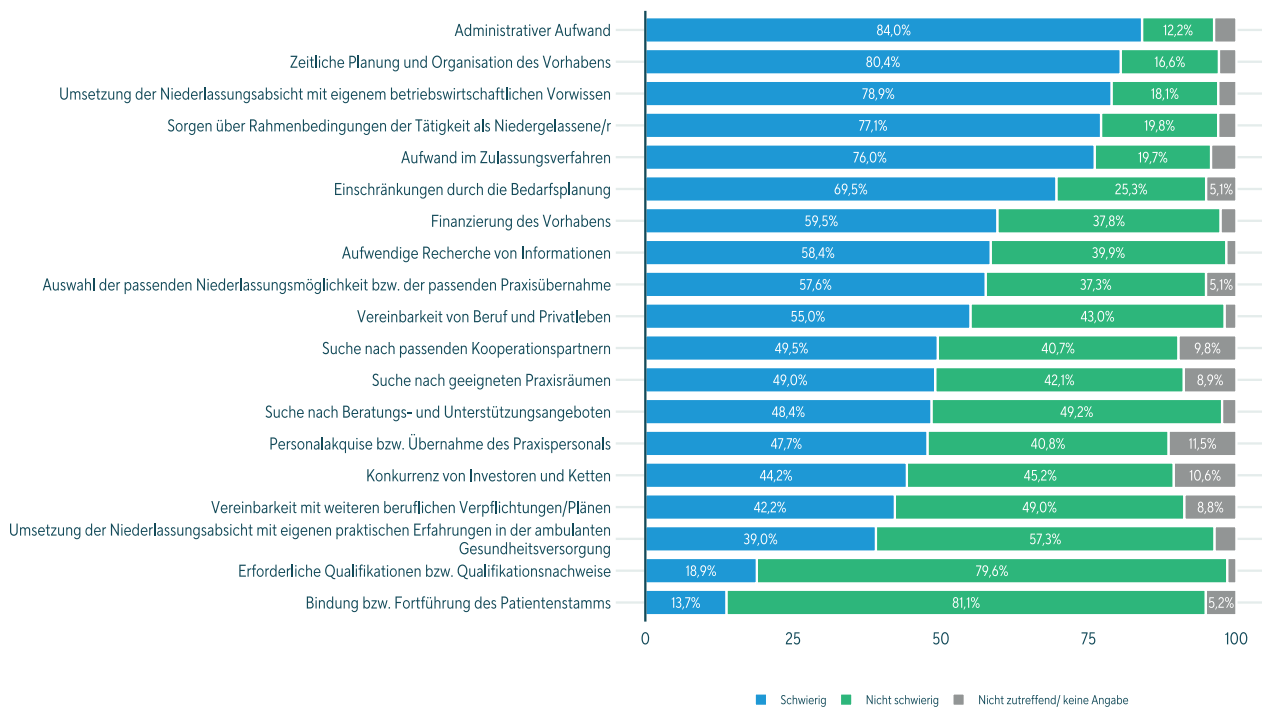
Die geplante Form der Niederlassung spricht eher für einen schrittweisen Übergang in bestehende Strukturen als für eine Dominanz klassischer Neugründungen. Wie Tabelle 37 auf Seite 86 zeigt, werden die Übernahme einer anderen Praxis, die Übernahme einer Teilzulassung in der Praxis, in der die Befragten aktuell angestellt sind, sowie die Übernahme der aktuell eigenen Anstellungspraxis besonders häufig genannt. Reine Neugründungen einer Einzelpraxis oder einer BAG spielen demgegenüber eine geringere Rolle. Im Falle einer geplanten Übernahme der aktuellen Anstellungspraxis knüpft die geplante Niederlassung damit unmittelbar an die aktuelle Arbeitsrealität an.

6.3 Erwartete Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung

Für Befragte mit konkreten Niederlassungsplänen (bejahte Niederlassungsabsicht) liegen die erwarteten Schwierigkeiten auf dem Weg in die eigene Niederlassung meist außerhalb der unmittelbaren medizinischen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeit. Besonders häufig als schwierig (Summe aus den Angaben „schwierig“ und „eher schwierig“) bewertet werden der administrative Aufwand, die zeitliche Planung und Organisation des Vorhabens, das eigene betriebswirtschaftliche Vorwissen, Sorgen über die Rahmenbedingungen der Tätigkeit als Niedergelassene bzw. Niedergelassener sowie der Aufwand im Zulassungsverfahren (siehe Abbildung 16 auf Seite 88). Diese Themen wurden mit Abstand am häufigsten als schwierig eingeschätzt und bilden damit den Kern der wahrgenommenen Umsetzungshürden.

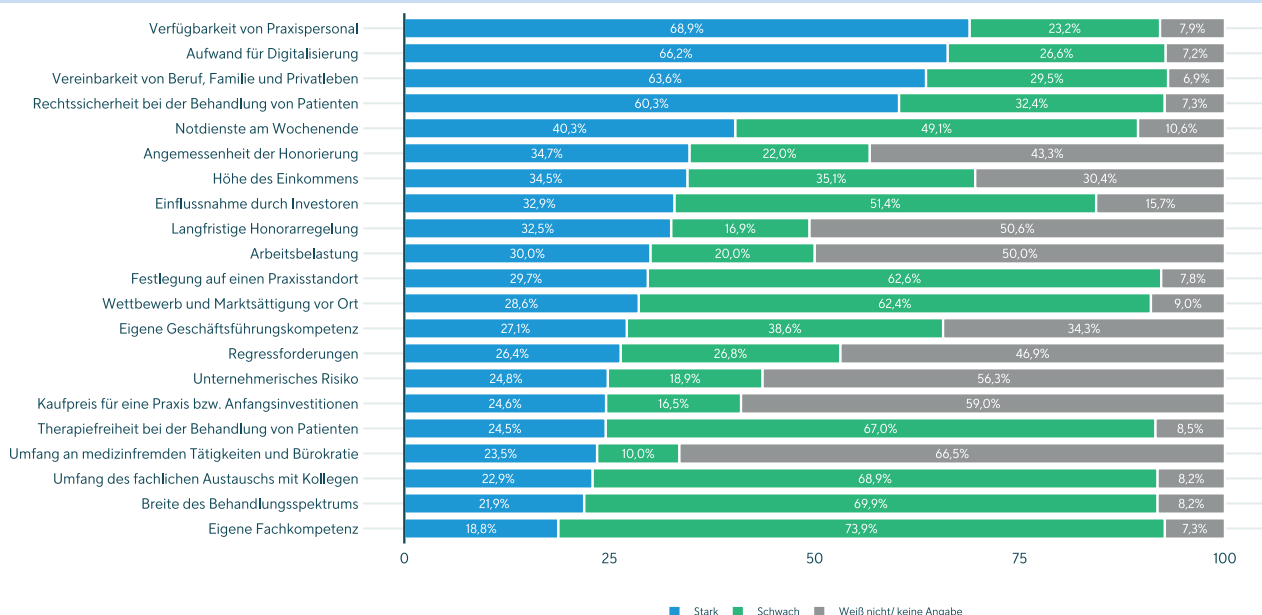
Bedarfsplanung, Finanzierung, Informationsrecherche, die Auswahl einer passenden Niederlassungsmöglichkeit und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben werden ebenfalls häufig als schwierig eingeschätzt, liegen aber hinsichtlich der Häufigkeit der Nennung unterhalb der administrativen und organisatorischen Kernthemen. Deutlich seltener werden erforderliche Qualifikationen bzw. Qualifikationsnachweise oder die Bindung bzw. Fortführung eines Patientenstamms als zentrale Schwierigkeit auf dem Weg in die Niederlassung genannt. Das spricht dafür, dass die Befragten die eigene fachliche Eignung für eine spätere Niederlassung seltener als Herausforderung ansehen. Die wahrgenommenen Hürden liegen vor allem in den Bereichen Bürokratie, Organisation, Betriebswirtschaft, Finanzierung und Planbarkeit.

Abbildung 16 Erwartete Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung bei bejahter Niederlassungsabsicht



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 519 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet.

Abbildung 17 Bewertung der Herausforderungen einer potenziellen Niederlassung von Befragten ohne Niederlassungserfahrung

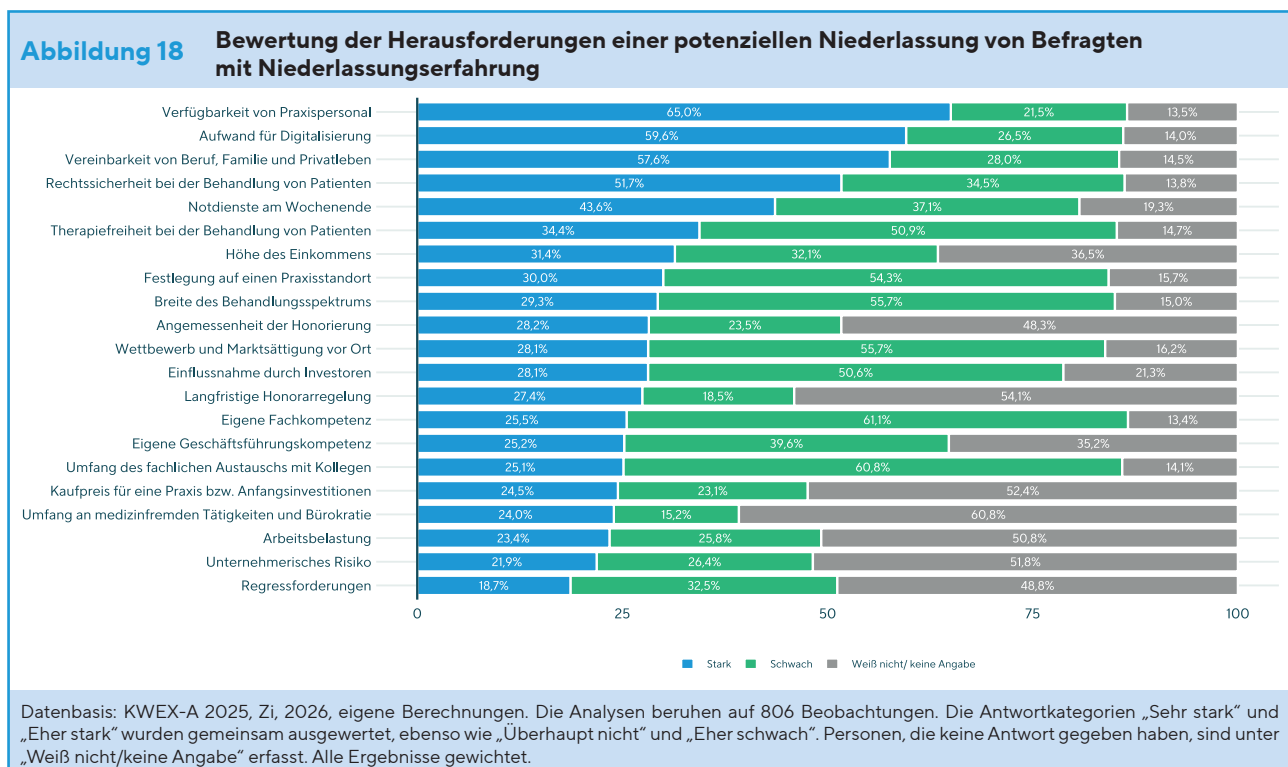


Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 2.193 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet.

Bei Befragten mit konkreten Niederlassungsplänen (bejahte Niederlassungsabsicht), die sich dem Orientierungsmodell zuordneten, fallen mehrere strukturelle Such- und Marktaspekte besonders ins Auge (siehe Abbildung 32 auf Seite 133 im Anhang). Sie bewerten unter anderem Einschränkungen durch Bedarfsplanung, die Auswahl einer passenden Praxisübernahme bzw. Niederlassungsmöglichkeit, die Suche nach geeigneten Praxisräumen, Personalfragen und die Konkurrenz von Investoren und Ketten häufiger als schwierig. Das ist plausibel, denn wer bereits konkrete Pläne zur Niederlassung äußert, sich selbst aber eher in einer Orientierungsphase verortet, dürfte weniger an der grundsätzlichen Idee der Niederlassung zweifeln als an der Übersetzung dieser Idee in eine realistische und organisatorisch passende Karriereoption.

Ergänzend zu der oben beschriebenen Frage nach den erwarteten Schwierigkeiten auf dem Weg in die eigene Niederlassung wurden im Rahmen der Angestelltenbefragung alle ambulanten Angestellten unabhängig von ihrer Niederlassungsabsicht gebeten, mögliche Herausforderungen auf dem Weg in eine potenzielle Niederlassung zu bewerten. Bei der Betrachtung der Ergebnisse lohnt eine Unterscheidung zwischen jenen ambulanten Angestellten, die über eigene Niederlassungserfahrungen verfügen, und jenen, die bisher nicht niedergelassen waren.

Betrachtet man die Gruppe der Befragten mit früherer Niederlassungserfahrung hinsichtlich ihrer Bewertung der Herausforderungen einer potenziellen Niederlassung, zeigt sich, dass zentrale Herausforderungen einer potenziellen Niederlassung auch bei Befragten mit eigener Niederlassungserfahrung als relevant bewertet bleiben (siehe Abbildung 17 auf Seite 88). In beiden Gruppen zählen die Verfügbarkeit von Praxispersonal, der Aufwand für Digitalisierung sowie die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben zu den häufig genannten starken (Summe aus den Angaben „eher stark“ und „sehr stark“) Herausforderungen.



Bei Befragten ohne frühere Niederlassungserfahrung liegen die Anteile für Digitalisierung (66,2 % gegenüber 59,6 %), Vereinbarkeit (63,6 % gegenüber 57,6 %) und Rechtssicherheit bei der Patientenbehandlung (60,3 % gegenüber 51,7 %) höher als bei Befragten mit früherer Niederlassungserfahrung (siehe Abbildung 18 auf Seite 89).

Umgekehrt bewerten Befragte mit früherer Niederlassungserfahrung einzelne fachliche bzw. behandlungsbezogene Aspekte häufiger als starke Herausforderung, etwa die Therapiefreiheit bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten (34,4 % gegenüber 24,5 %), die Breite des Behandlungsspektrums (29,3 % gegenüber 21,9 %) und die eigene Fachkompetenz (25,5 % gegenüber 18,8 %).

6.4 Informations- und Beratungsbedarfe

Die von den ambulanten Angestellten mit konkreten Niederlassungsplänen (bejahte Niederlassungsabsicht) wahrgenommenen Schwierigkeiten spiegeln sich auch in deren Informations- und Beratungsbedarfen wider. Die Themen Abrechnung und Honorar, Finanzierung, Praxismanagement, steuerliche Fragen, regulatorische Rahmenbedingungen sowie Telematik und digitale Anwendungen werden bei den Informationsbedarfen besonders häufig angegeben (siehe Abbildung 19 auf Seite 90). Damit beziehen sich die meistgenannten Themen vor allem auf jene Bereiche, die in der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Ausbildung und in der angestellten Tätigkeit häufig nur begrenzt vermittelt werden dürften.

Auffällig ist, dass Beratungsbedarfe nicht nur bei allgemeinen Einstiegsthemen bestehen, sondern sehr konkret auf die betriebswirtschaftliche und administrative Steuerung einer Praxis zielen. Niederlassungsinteressierte benötigen offenbar mehr handlungsnah Unterstützung dazu, wie eine Niederlassung finanziert, organisiert, abgerechnet, rechtlich abgesichert und digital betrieben werden kann.

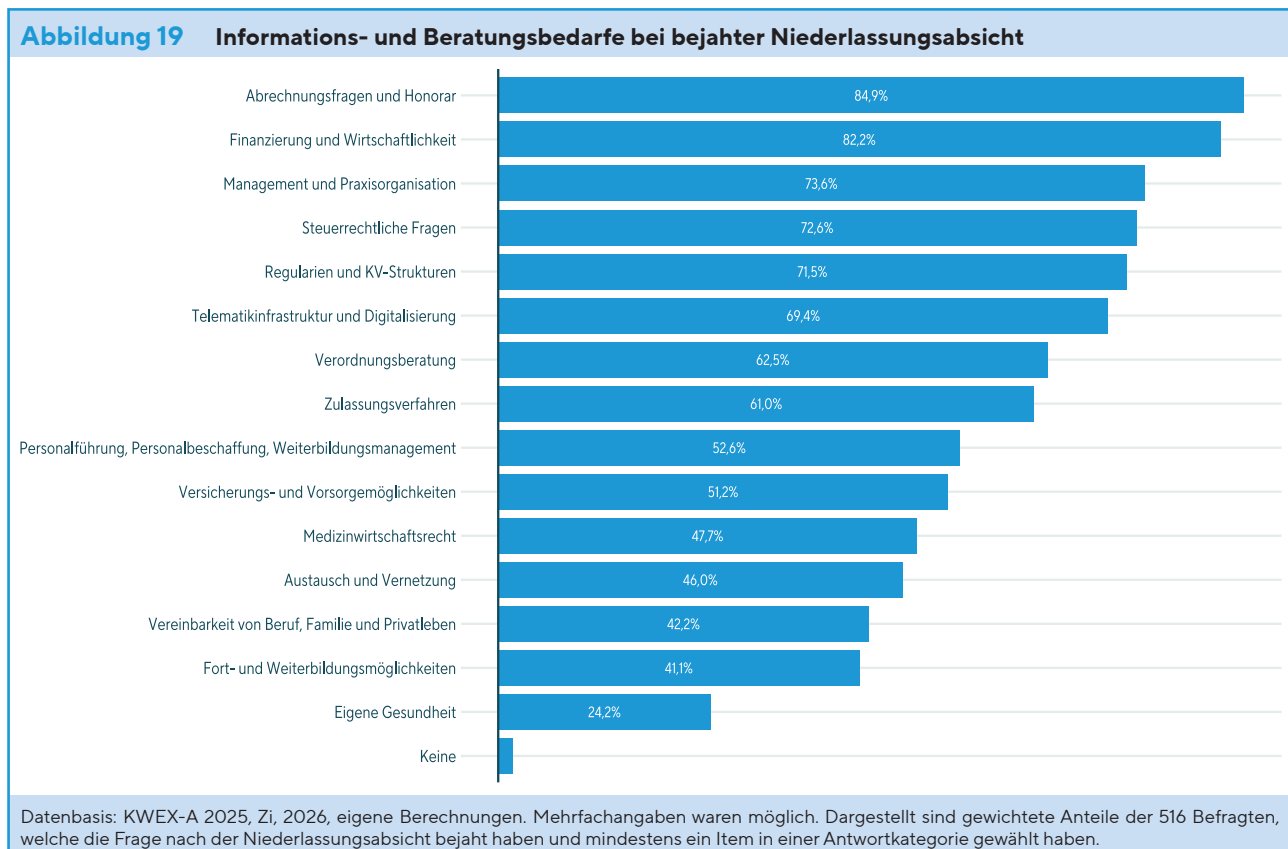
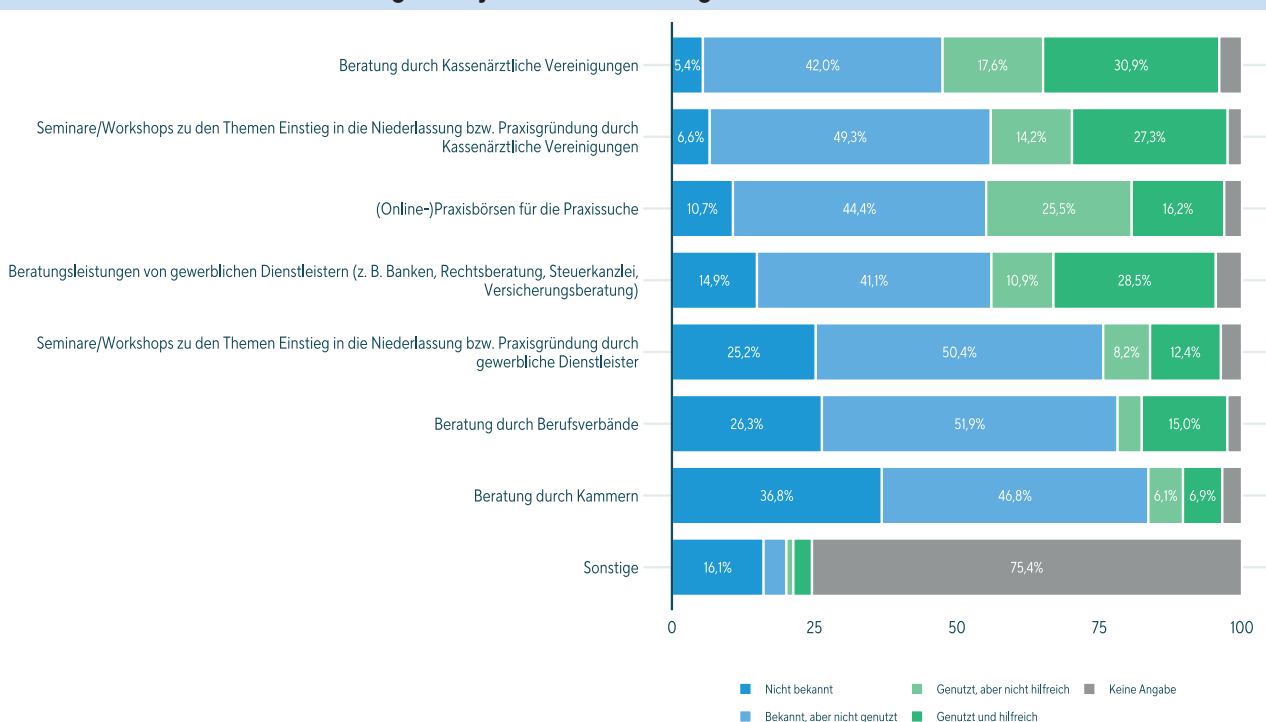


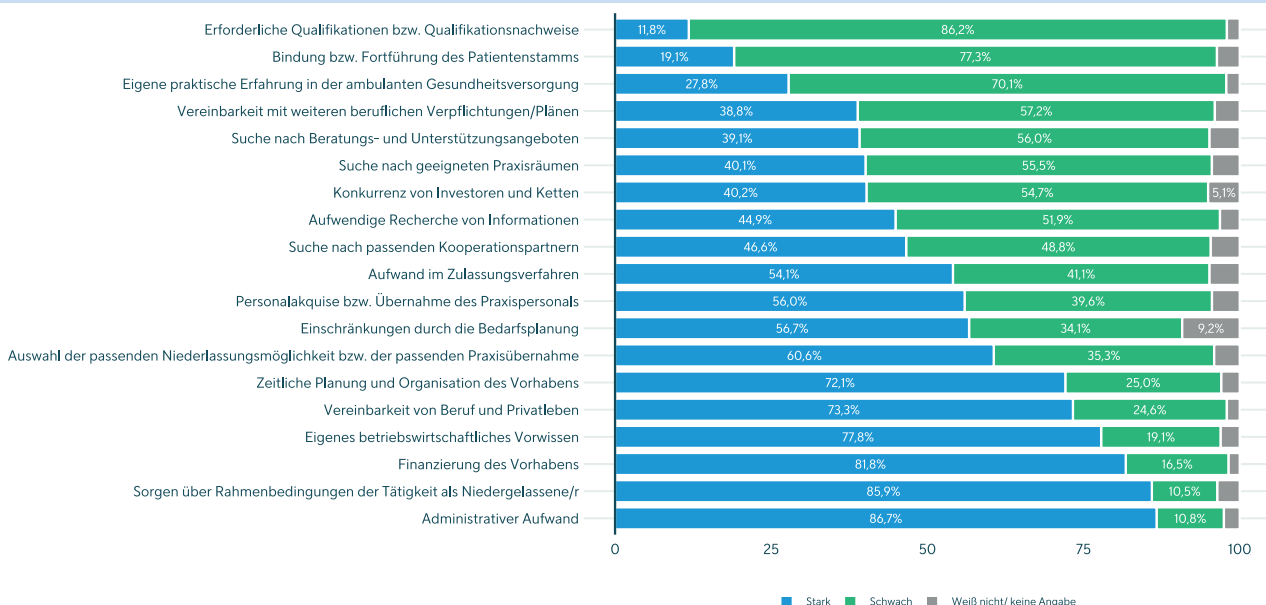
Abbildung 20 Bekanntheit und Inanspruchnahme von Informations- und Beratungsangeboten zur Niederlassung bei bejahter Niederlassungsabsicht


Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 519 Beobachtungen. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet.

Bei den bereits bekannten oder genutzten Informations- und Beratungsangeboten zur Niederlassung zeigt sich ein differenziertes Bild. Wie aus Abbildung 20 auf Seite 91 hervorgeht, sind den Befragten mit konkreten Niederlassungsplänen Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen vergleichsweise häufig bekannt und werden von diesen auch vergleichsweise häufig als genutzt und hilfreich bewertet. Gleiches gilt, wenn auch etwas schwächer, für die Angebote gewerblicher Dienstleister wie Banken, Rechtsberatung oder Steuerberatung. Gleichzeitig gibt es hinsichtlich mehrerer Anbieter bzw. Informations- und Beratungsangebote hohe Anteile von Befragten, denen das Angebot zwar bekannt ist, die dieses aber nicht genutzt haben.

Für die Praxis der Beratung kann dies ein hilfreicher Befund sein: Es mangelt anscheinend nicht unbedingt an fehlender Bekanntheit, sondern möglicherweise könnte in der Aktivierung und Passung der Angebote zum jeweiligen Entscheidungsstand und im Abbau von möglichen Hürden zur Aufnahme einer Beratung ein Weg liegen, um die Inanspruchnahme von Informations- und Beratungsangeboten weiter zu erhöhen.

Abbildung 21 Herausforderungen auf dem Weg zur Niederlassung bei Unentschlossenheit im Hinblick auf eine Niederlassungsabsicht



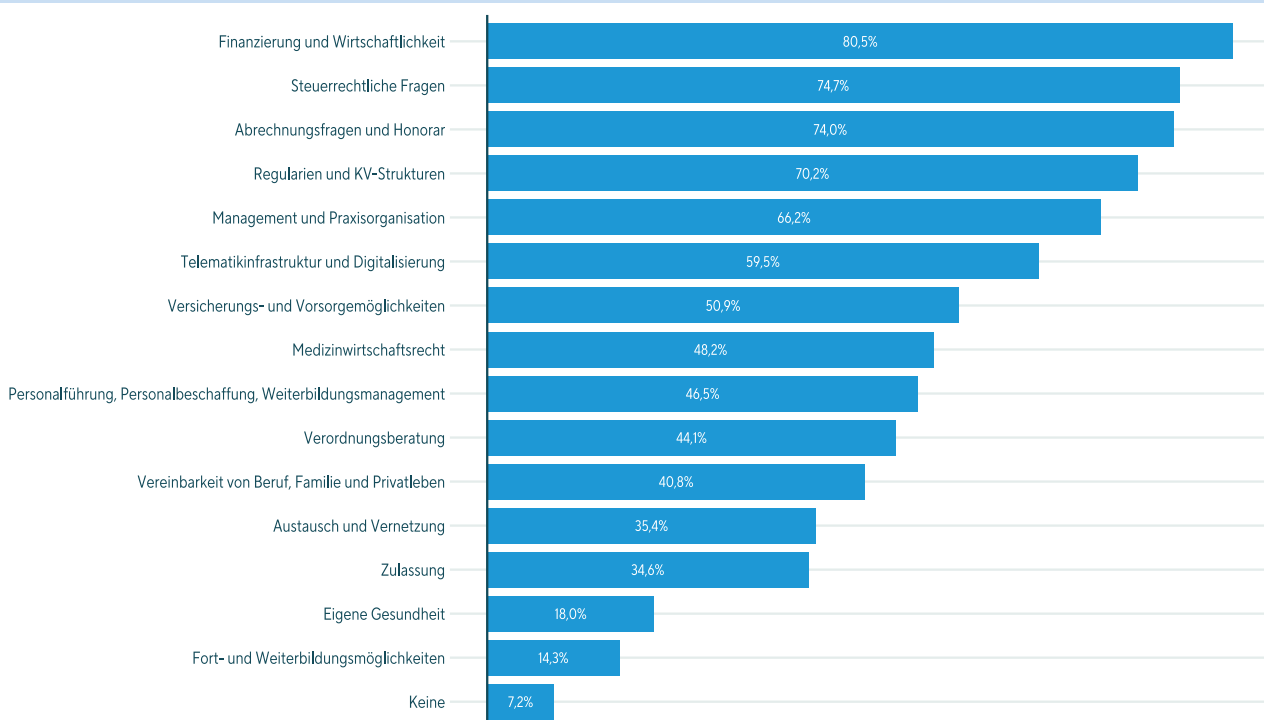
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 3.047 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weißt nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet.

6.5 Entscheidungsunsicherheit und Unterstützungsbedarf

Wie aus Tabelle 34 auf Seite 83 in Kapitel 6.1 hervorgeht, ist ein substanzieller Teil der Befragten unentschlossen im Hinblick auf die Bereitschaft, sich künftig vertragsärztlich bzw. vertragspsychotherapeutisch niederzulassen. Besonders ausgeprägt ist diese Unsicherheit bei Befragten, die sich dem Orientierungsmodell zuordneten (56,9 % unentschlossen). Diese Gruppe erscheint als weitere Zielgruppe von Informations- und Unterstützungsangeboten zur Niederlassung besonders relevant, weil ihre Entscheidung über eine potenzielle Niederlassung noch offen ist.

Im Detail zeigen sich bei den unentschlossenen Befragten starke Vorbehalte gegenüber Aspekten, die zumeist auch von Personen mit konkreten Niederlassungsplänen als herausfordernd eingeschätzt werden. Administrativer Aufwand, Sorgen über die Rahmenbedingungen der Tätigkeit als Niedergelassene bzw. Niedergelassener, Finanzierung, eigenes betriebswirtschaftliches Vorwissen, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie zeitliche Planung und Organisation des Vorhabens werden besonders häufig als starke Herausforderungen genannt (siehe Abbildung 21 auf Seite 92). Das Muster legt nahe, dass die Unentschlossenheit nicht primär auf fachliche Kompetenzen zurückzuführen sein dürfte, sondern auf einer Bündelung nicht-fachlicher Unsicherheiten beruhen könnte.

Wie der Vergleich von Abbildung 19 auf Seite 90 und Abbildung 21 auf Seite 92 nahelegt, sind Informations- und Beratungsbedarfe zur Niederlassung bei Befragten, die hinsichtlich der Niederlassungsentscheidung unentschlossen sind, im Vergleich zu Niederlassungsentschlossenen weniger ausgeprägt. Gemessen an der Anzahl an Befragten, die hinsichtlich der Niederlassungsentscheidung unentschlossen sind, gab es aus dieser Gruppe weniger Angaben zu Informations- und Beratungsbedarfen im Vergleich zu denjenigen, die konkrete Niederlassungspläne haben. Dies zeigt sich auch an dem Anteil der Befragten, die angaben, keine Informations- oder Beratungsangebote zu benötigen (7,2 % bei den Unentschlossenen vs. 1,6 % bei denjenigen mit konkreten Plänen).

Abbildung 22 Informations- und Beratungsbedarfe bei Unentschlossenheit im Hinblick auf eine Niederlassungsabsicht


Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 3.047 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet.

Auch bei den Informations- und Beratungsbedarfen der Unentschlossenen zum Thema Niederlassung stehen Finanzierung, steuerliche Fragen, Abrechnung und Honorar, regulatorische Rahmenbedingungen sowie Praxismanagement im Vordergrund (siehe Abbildung 22 auf Seite 93). Es handelt sich dabei um die gleichen Themen, die diejenigen, die bereits konkretere Niederlassungspläne verfolgen, priorisieren. Dabei bleibt zu bedenken, dass die benötigte Unterstützung für die Gruppe der Unentschlossenen dennoch in ihrer Funktion anders aussehen könnte. Während eine Beratung bei Personen mit konkreten Niederlassungsplänen eher der Umsetzung des Niederlassungsvorhabens dienen dürfte, kann sie bei Unentschlossenen möglicherweise dazu beitragen, Risiken zu beleuchten, Fehleinschätzungen zu korrigieren oder konkrete Niederlassungsoptionen exakter einzuschätzen.

Gerade für Befragte, die sich dem Orientierungsmodell zuordnen, spricht dies für Beratungsformate, die nicht erst bei einem festen Niederlassungsentschluss ansetzen. Hilfreich wären möglicherweise Formate, die die Entscheidungsfindung selbst unterstützen, wie etwa transparente Modellrechnungen, regionale Informationen zu Übernahme- und Einstiegsmöglichkeiten, Einblicke in kooperative Niederlassungsformen sowie Beratungen zur Vereinbarkeit von Selbstständigkeit, Familie und weiterer beruflicher Entwicklung.

Tabelle 38 Alternativen zur Niederlassung, nach Karrieremodell

Merkmal	Analysefälle									
	Karrieremodell									
	Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Berufliche Pläne der Befragten ohne Niederlassungsabsicht										
Verbleib in dieser Anstellung	985	52,9%	719	76,5%	0	0,0%	26	20,3%	149	30,6%
Ruhestand	411	23,3%	70	7,8%	0	0,0%	.	.	297	57,0%
Anstellung in anderer Praxis, Einrichtung o. Beratungsstelle (amb.)	103	5,4%	44	5,3%	.	.	32	19,8%	12	2,0%
Anstellung in Klinik o. Einrichtung (stat.)	38	3,0%	.	.	.	.	18	14,7%	.	.
Wechsel in nicht-klinische Tätigkeit	31	2,1%	9	1,2%	0	0,0%	8	5,7%	7	1,9%
Auslandstätigkeit	27	1,4%	9	1,0%	0	0,0%	7	3,7%	7	1,1%
Gründung einer Privatpraxis	24	1,4%	6	0,5%	.	.	11	10,3%	.	.
Anstellung in einer Privatpraxis	18	0,8%	12	1,1%	.	.	.	.	0	0,0%
Weiß nicht	62	3,3%	19	2,2%	0	0,0%	20	13,3%	7	1,0%
Sonstiges	77	4,8%	24	2,4%	1	5,1%	12	8,9%	18	4,2%
Keine Angabe	30	1,8%	.	.	0	0,0%	1	0,3%	5	1,2%
Total	1.806	100%	930	100%	7	100%	139	100%	506	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.										
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.										

6.6 Alternative berufliche Perspektiven zur Niederlassung

Die Mehrheit der Befragten (63,4 %) verneint die Frage nach zukünftigen Niederlassungsplänen. Diese Gruppe ist zugleich hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunftspläne nicht homogen. Insgesamt ist der Verbleib in der aktuellen Anstellung die mit Abstand häufigste alternative Perspektive: 52,9 % der Befragten ohne Niederlassungsabsicht nannten diesen Weg (siehe Tabelle 38 auf Seite 94). Ein weiterer signifikanter Teil (23,3 %) plant bereits den Übergang in den Ruhestand. Andere Optionen wie eine Anstellung in einer anderen ambulanten Praxis oder Einrichtung, eine stationäre Tätigkeit, eine nicht-klinische Tätigkeit, eine Auslaststätigkeit oder eine Privatpraxis spielen insgesamt eine deutlich geringere Rolle.

Die Unterschiede nach selbst zugeordnetem Karrieremodell folgen einem erwartbaren Muster. Unter den Befragten, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordneten und keine Niederlassung planen, dominiert der Verbleib in der aktuellen Anstellung sehr deutlich. Des Weiteren liegt nahe, dass ein geplanter Ruhestand oft ein Grund für die Zuordnung zum Berufsausstiegsmodell darstellt. Bei Befragten mit Orientierungsmodell, die keine Niederlassung planen, ist das Bild differenzierter. Neben dem Verbleib in der aktuellen Anstellung werden auch Wechsel in eine andere ambulante Anstellung oder in eine stationäre Anstellung häufiger genannt. Zusammengefasst plant die Mehrheit dieser Gruppe in angestellter Tätigkeit zu verbleiben. Eine fehlende Niederlassungsabsicht im vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Bereich bedeutet hier also nicht zwingend berufliche Kontinuität, sondern kann auch Ausdruck einer Suche nach anderen Anstellungsmöglichkeiten sein.

6.7 Zwischenfazit

Die Ergebnisse zu den Niederlassungsplänen zeigen ein differenziertes Bild. Eine vergleichsweise kleine Gruppe der befragten Angestellten hat konkrete Niederlassungspläne. Diese Pläne sind häufig kurz- bis mittelfristig angelegt und orientieren sich eher an Übernahme- und Eintrittsmodellen als an reinen Neugründungen. Betrachtet man die Niederlassungsabsicht differenziert für verschiedene Altersgruppe, so zeigt sich, dass die Niederlassungsabsicht in den jüngeren Altersgruppen ausgeprägter ist und mit zunehmendem Alter abnimmt. Eine größere Gruppe ist hinsichtlich einer zukünftigen Niederlassung noch unentschlossen. Sie dürfte das wichtigste aktivierbare Potenzial darstellen, weil ihre Vorbehalte konkret benennbar und grundsätzlich adressierbar sind. Die Mehrheit verneint Niederlassungspläne. Hierbei ist allerdings zwischen bewusstem Verbleib in Anstellung, Ruhestandsnähe und anderweitiger beruflicher Orientierung zu unterscheiden.

Kapitel 7

Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen

Im Folgenden werden die Unterschiede zwischen den Angaben der ambulanten Angestellten über den hausärztlichen, fachärztlichen sowie psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich hinweg betrachtet. Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die Gruppe der ambulanten Angestellten im fachärztlichen Versorgungsbereich, der viele Fachgebiete vereint, als heterogene Gruppe zu verstehen ist. Die Darstellung konzentriert sich inhaltlich bewusst auf Merkmale, bei denen mindestens ein Versorgungsbereich sichtbar abweicht. Tabellen mit weitgehend ähnlichen Verteilungen werden im Anhang A3.2 aufgenommen.

7.1 Charakteristika der Befragten innerhalb der Versorgungsbereiche

Die psychotherapeutischen und psychosomatischen Befragten unterscheiden sich strukturell klar von jenen der beiden ärztlichen Versorgungsbereichen. Wie Tabelle 39 auf Seite 98 zeigt, sind sie deutlich häufiger weiblich, im Durchschnitt etwa 10 Jahre jünger und befinden sich damit vermutlich wesentlich häufiger in einer frühen beruflichen Phase. Das ist für die Interpretation wichtig. Viele versorgungsbereichsbezogene Unterschiede bei Karrieremodellen, Niederlassungsplänen und Unterstützungsbedarfen dürften daher nicht nur fachlich, sondern auch durch Lebens- und Berufsphase geprägt sein. So ist zudem zu vermuten, dass die von Befragten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich berichtete geringere Anzahl an Kindern (siehe Tabelle 40 auf Seite 99), die kürzere bisherige Dauer der Anstellung und die geringere vergangene Zeit seit dem Studium auch mit dem geringeren Durchschnittsalter bzw. dem hohen Anteil an Befragten unter 35 Jahren zusammenhängen.

Tabelle 39 Alter, Geschlecht und biografischer Hintergrund, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Alter								
unter 35 Jahre	161	3,6%	26	2,6%	30	1,5%	105	26,3%
35-39 Jahre	474	14,0%	132	14,4%	223	12,2%	119	27,4%
40-49 Jahre	960	32,2%	288	34,0%	567	31,6%	105	28,9%
50-59 Jahre	724	23,8%	192	21,1%	491	27,0%	41	9,9%
60 Jahre und älter	728	26,3%	204	28,0%	504	27,7%	20	7,5%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Geschlecht								
Weiblich	1.872	59,1%	578	68,6%	955	50,8%	339	87,1%
Männlich	1.175	40,9%	264	31,4%	860	49,2%	51	12,9%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Kindheit und Jugend überwiegend in Deutschland verbracht								
Ja	2.713	89,4%	774	92,8%	1.561	86,6%	378	97,6%
Nein	300	9,4%	58	6,2%	232	12,0%	10	1,9%
Keine Angabe	34	1,2%	10	0,9%	22	1,4%	2	0,5%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Die Angaben zum Alter beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2024. Im Fragebogen wurden bei der Angabe des Geburtsjahres ausschließlich Werte zwischen 1900 und 2000 zugelassen.								

Tabelle 40 Kinder im Haushalt nach Versorgungsbereich: Vorhandensein, Anzahl und Alter des jüngsten Kindes

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kinder im Haushalt								
Ja	1.776	58,6%	524	61,2%	1.054	58,2%	198	50,5%
Nein	1.205	39,0%	299	36,4%	722	39,4%	184	47,2%
Keine Angabe	66	2,4%	19	2,4%	39	2,4%	8	2,3%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder								
1 Kind	502	25,9%	124	22,0%	293	26,1%	85	44,7%
2 Kinder	854	48,2%	240	45,9%	522	49,7%	92	45,9%
3 Kinder und mehr	400	24,8%	156	31,5%	224	22,8%	20	9,0%
Keine Angabe	20	1,1%	4	0,7%	15	1,4%	1	0,3%
Total	1.776	100%	524	100%	1.054	100%	198	100%
Alter des jüngsten im Haushalt lebenden Kindes								
Unter 6 Jahre	568	31,4%	173	34,4%	285	27,2%	110	55,4%
6 bis unter 11 Jahre	435	25,4%	144	28,1%	249	24,3%	42	21,3%
11 Jahre und älter	733	40,8%	200	35,8%	490	45,5%	43	22,3%
Keine Angabe	40	2,4%	7	1,8%	30	2,9%	3	1,0%
Total	1.776	100%	524	100%	1.054	100%	198	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

7.2 Anstellung, Organisationsform und Karrieremodell

Hinsichtlich der Organisationsformen zeigen sich Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen, wie Tabelle 41 auf Seite 100 deutlich macht. Etwa zwei Drittel der fachärztlichen Befragten arbeiten in MVZ oder vergleichbaren Einrichtungen. Bei Befragten aus der hausärztlichen Versorgung ist das nur bei etwa einem Drittel der Fall. Sie sind häufiger in Einzelpraxen (etwa 41 %) angestellt. Auch im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich überwiegt der Anteil der Angestellten in Einzelpraxen (etwa 54 %).

Tabelle 41 Organisationsform der Anstellung und Versorgungsbereich								
Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Organisationsform der aktuellen Anstellung								
Einzelpraxis	969	27,2%	373	40,8%	362	16,7%	234	54,2%
Berufsausübungsgemeinschaft	639	18,6%	247	27,1%	363	15,6%	29	6,6%
MVZ und vergleichbare Einrichtungen	1.439	54,2%	222	32,1%	1.090	67,7%	127	39,2%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Die Kategorie „Einzelpraxis“ umfasst explizit auch Einzelpraxen in Praxisgemeinschaft, „Berufsausübungsgemeinschaft“ umfasst auch überörtliche und KV-übergreifende Gemeinschaftspraxen. Die Kategorie „MVZ und vergleichbare Einrichtungen“ enthält neben Medizinischen Versorgungszentren auch Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunale Eigeneinrichtungen sowie Einrichtungen nach § 400 SGB V (ehemals § 311 SGB V; ehemalige Poliklinik).								

Auch die Selbstbeschreibung des Karrieremodells fällt zwischen den Versorgungsbereichen sehr unterschiedlich aus, wie aus Tabelle 42 auf Seite 101 hervorgeht. Im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich wird die Anstellung wesentlich häufiger als Übergangsmodell in Richtung Niederlassung verstanden (etwa 41 %) und ein weiteres Viertel ordnet sich dem Übergangsmodell Orientierung zu. In den hausärztlichen und fachärztlichen Bereichen ist die Anstellung dagegen häufiger als längerfristige Erwerbsform (etwa 35 % bzw. etwa 38 %) oder als Berufsausstiegsmodell verortet (etwa 22 % bzw. etwa 20 %). Damit befinden sich Angestellte im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich gemäß eigener Angaben deutlich häufiger in der Vorbereitungsphase für eine Niederlassung als Angestellte der anderen Versorgungsbereiche.

Tabelle 42 Zuordnung zu einem Karrieremodell, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
			Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Karrieremodell								
Lebenslanges Arbeitsmodell	1.141	35, 5%	314	34, 6%	742	37, 7%	85	21, 5%
Übergangsmodell Niederlassung	536	14, 4%	153	16, 7%	208	10, 0%	175	41, 0%
Übergangsmodell Orientierung	487	15, 8%	126	14, 0%	270	15, 7%	91	25, 0%
Berufsausstiegsmodell	524	19, 1%	161	21, 7%	355	19, 7%	8	3, 2%
Sonstiges	131	5, 9%	39	6, 6%	76	5, 7%	16	5, 1%
Keine Angabe	228	9, 2%	49	6, 3%	164	11, 3%	15	4, 2%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

7.3 Rahmenbedingungen der Anstellung und Zufriedenheit

Auch die Rahmenbedingungen der aktuellen Anstellung zeigen im Vergleich zwischen den Versorgungsbereichen ein abweichendes Muster. Laut Tabelle 43 auf Seite 102 arbeiten Befragte des psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereichs im Mittel weniger Stunden und behandeln deutlich weniger Patientinnen und Patienten pro Tag (siehe Tabelle 44 auf Seite 102). Letzterer Unterschied ist erwartbar, weil psychotherapeutische Behandlungseinheiten anders strukturiert sind als ärztliche Patientenkontakte. Ins Auge fällt dagegen die häufigere Verbreitung von Umsatzbeteiligungen und flexiblen Arbeitszeiten im psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich (siehe Tabelle 45 auf Seite 103).

Die versorgungsbereichsbezogenen Unterschiede in den Zufriedenheitswerten sind vielschichtig. Befragte aus dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich sind mit ihrem Arbeitsalltag insgesamt häufiger unzufrieden (vgl. Abbildungen 23 bis 25 im Anhang auf Seite 128 und Seite 129). Gleichzeitig bewertet diese Gruppe den Großteil der angeführten Aspekte positiver, wie insbesondere die Qualität der eigenen Versorgung und die psychische Belastung bei der Arbeit. Das spricht dagegen, den höheren Unzufriedenheitswert beim Arbeitsalltag als pauschale Schlechterstellung zu lesen. Möglich ist zugleich, dass das globale Urteil über den Arbeitsalltag weitere Aspekte der Arbeitszufriedenheit enthält, die nicht explizit in der Befragung thematisiert wurden.

Tabelle 43 Vertragliche und tatsächliche Wochenarbeitszeit, nach Versorgungsbereich

Lagemaß	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit								
Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
Mittelwert	27,87	24,02	27,03	23,52	29,71	25,04	21,11	17,71
Standardabweichung	10,17	11,5	9,33	10,47	10,32	12,14	7,81	7,58
Median	30	20	27	20	32	21	20	20
Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit								
Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
Mittelwert	30,73	26,99	29,31	25,89	32,8	28,22	24,22	21,54
Standardabweichung	11,48	12,76	10,69	11,7	11,82	13,48	8,16	8,59
Median	30	25	29	24	34	28	25	20
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet.								

Tabelle 44 Patientenkontakte, nach Versorgungsbereich

Lagemaß	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Persönlich behandelte Patienten durchschnittlich pro Arbeitstag								
Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
Mittelwert	27,27	26,63	30,92	29,09	30,31	27,9	5,73	5,52
Standardabweichung	17,81	17,03	14,83	14,78	17,73	17,44	2,15	1,86
Median	25	25	30	25	28	25	6	5
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet.								

Tabelle 45 Umsatzbeteiligung und zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Umsatzbeteiligung in Vergütungsmodell beinhaltet								
Ja	662	19,8%	80	10,1%	461	23,1%	121	35,5%
Nein	2.255	76,0%	738	87,2%	1.268	72,3%	249	58,3%
Sonstiges	34	0,9%	4	0,4%	21	0,9%	9	2,5%
Keine Angabe	96	3,3%	20	2,4%	65	3,7%	11	3,7%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber (Mehrfachangaben möglich)								
Fort- und Weiterbildung	1.566	62,9%	353	53,9%	1.050	70,5%	163	39,5%
Flexible Arbeitszeiten	992	37,5%	246	39,0%	446	30,3%	300	85,6%
Betriebliche Altersvorsorge	516	22,6%	101	16,5%	369	27,4%	46	10,3%
Geschenke und Rabatte	481	18,8%	150	21,9%	251	16,9%	80	21,0%
Bereitstellung von Essen und Getränken	479	17,0%	143	20,2%	258	14,7%	78	22,0%
Dienstwagen/Jobticket/Jobrad	394	15,1%	104	15,5%	240	15,2%	50	13,2%
Mobiles Arbeiten	383	13,9%	85	12,4%	199	12,8%	99	27,5%
Leistungen der Gesundheitsförderung	206	8,5%	24	4,0%	155	11,1%	27	6,2%
Kinderbetreuung	35	1,6%	.	.	17	1,2%	.	.
Aktienprogramme, Kredite o. Ä.	9	0,4%	.	.	.	.	0	0,0%
Sonstiges	220	8,9%	77	11,8%	112	7,3%	31	10,5%
Total mit mind. einer Angabe	2.459		647		1.460		352	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an DocCheck Research (2021) – es wurden eigene Anpassungen und Ergänzungen von Antwortoptionen vorgenommen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

7.4 Niederlassungspläne

Zwischen den Versorgungsbereichen zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Niederlassungsorientierung. Während in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichen die Mehrheit keine Niederlassung plant, haben knapp drei Viertel der Befragten aus dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich konkrete Niederlassungspläne (34,6 %) oder sind zumindest dahingehend noch unentschlossen (39,1 %), wie Tabelle 46 auf Seite 104 zeigt. Auch auf der 10-Punkte-Skala, wie Tabelle 47 auf Seite 105 zu entnehmen ist, liegt die Niederlassungsbereitschaft dort klar höher.

Tabelle 46 Grundsätzliche Bereitschaft sich niederzulassen, nach Versorgungsbereich								
Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Niederlassungsabsicht								
Ja	519	14,5%	140	15,0%	229	11,8%	150	34,6%
Nein	1.806	63,4%	498	61,6%	1.219	68,8%	89	26,4%
Unentschlossen	722	22,1%	204	23,4%	367	19,4%	151	39,1%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Während laut Tabelle 48 auf Seite 106 über 40% der Befragten aus dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zum Zeitpunkt der Befragung bereits mindestens einen Antrag auf die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Zulassung gestellt hatten, ist der Anteil im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich mit etwa 29% deutlich geringer. Auch hier dürften die Unterschiede in der Altersstruktur einen Einfluss haben, der nicht allein durch die Zugehörigkeit zum Versorgungsbereich bestimmt ist. Die durchschnittliche Anzahl an Zulassungsanträgen derjenigen Befragten, die mindestens einen Antrag gestellt haben, liegt im psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich hingegen etwas höher, wie Tabelle 49 auf Seite 107 darstellt.

Bei der geplanten Form der Niederlassung zeigen sich in Tabelle 50 auf Seite 108 unterschiedliche geplante Übergangspfade. Befragte des psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereichs nannten besonders häufig die Neugründung einer Einzelpraxis. Hausärztliche Befragte planen vergleichsweise häufig die komplette Übernahme oder die Übernahme einer (Teil-) Zulassung der Praxis, in der sie aktuell angestellt sind. Fachärztliche Befragte nannten häufiger die komplette Übernahme oder Übernahme einer (Teil-) Zulassung einer anderen Praxis.

Tabelle 47 Niederlassungsneigung auf einer 10-Punkte-Skala, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einordnung der Niederlassungsabsicht								
0 (sicher nicht niederlassen)	987	35,1%	284	37,6%	666	36,8%	37	10,6%
1	223	7,6%	67	7,5%	147	8,3%	9	2,7%
2	205	7,0%	63	6,5%	125	7,5%	17	5,5%
3	243	8,4%	79	9,3%	131	7,9%	33	8,8%
4	132	4,3%	34	3,8%	74	4,4%	24	6,3%
5	205	6,5%	55	7,0%	111	5,7%	39	11,1%
6	182	5,0%	51	5,4%	80	3,8%	51	12,6%
7	171	4,7%	38	4,4%	89	4,2%	44	10,6%
8	112	3,2%	31	3,8%	50	2,5%	31	7,1%
9	73	2,2%	23	2,4%	29	1,7%	21	5,2%
10 (sicher niederlassen)	247	6,7%	67	6,8%	107	5,5%	73	17,3%
Weiß nicht	125	3,9%	26	2,3%	89	4,9%	10	1,7%
Keine Angabe	142	5,3%	24	3,3%	117	6,9%	1	0,6%
Total	2.905	100%	818	100%	1.698	100%	389	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 48 Gestellte Zulassungsanträge, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Mindestens ein Zulassungsantrag gestellt								
Ja	1.224	41,8%	342	42,1%	778	43,1%	104	29,0%
Nein	1.593	50,6%	444	50,8%	887	49,0%	262	63,3%
Keine Angabe	230	7,6%	56	7,1%	150	7,9%	24	7,7%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Anzahl bisher gestellter Zulassungsanträge								
1	747	60,2%	234	66,2%	451	57,3%	62	58,7%
2	291	25,2%	73	23,7%	197	26,3%	21	21,3%
3	89	7,0%	12	3,7%	67	8,6%	10	8,4%
4-6	55	4,5%	13	3,1%	35	4,8%	7	8,4%
7-10	17	1,4%	.	.	8	0,9%	.	.
über 10	.	.	0	0,0%	.	.	.	.
Keine Angabe	.	.	.	.	.	.	0	0,0%
Total	1.224	100%	342	100%	778	100%	104	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 49 Durchschnittliche Anzahl an vergangenen Zulassungsanträgen, nach Versorgungsbereich

Lagemaß	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Anzahl bisher gestellter Zulassungsanträge								
Anzahl	1.224	1.273	342	411	778	798	104	64
Mittelwert	1,72	1,71	1,59	1,61	1,73	1,73	2,12	2,16
Standardabweichung	1,66	1,57	1,37	1,37	1,6	1,52	2,6	2,83
Median	1	1	1	1	1	1	1	1
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Die Zeile „Anzahl“ bezieht sich auf die Anzahl an Befragten die angaben mindestens einen Zulassungsantrag gestellt haben.								

Tabelle 50 Geplanter Zeitraum und geplante Form der Niederlassung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
			Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Geplanter Zeitraum der Niederlassung								
Im nächsten Jahr	156	29,7%	50	34,4%	66	27,3%	40	27,2%
In 1 bis 5 Jahren	287	53,0%	70	50,4%	127	52,7%	90	58,7%
In 5 bis 10 Jahren	63	14,3%	.	.	27	15,5%	.	.
In mehr als 10 Jahren	.	.	0	0,0%	0	0,0%	.	.
Weiß nicht	4	0,8%	.	.	.	.	0	0,0%
Keine Angabe	.	.	.	.	.	.	0	0,0%
Total	519	100%	140	100%	229	100%	150	100%
Geplante Form der Niederlassung								
Übernahme (Teil-)Zulassung in Praxis der aktuellen Anstellung								
	107	18,3%	31	20,5%	49	17,4%	27	16,7%
Übernahme anderer Praxis								
	91	19,9%	23	17,5%	52	24,3%	16	11,9%
Übernahme Praxis der aktuellen Anstellung								
	78	15,0%	36	21,8%	29	12,5%	13	8,9%
Neugründung Einzelpraxis								
	72	11,4%	7	5,7%	24	9,8%	41	26,9%
Übernahme (Teil-)Zulassung in anderer Praxis								
	57	11,3%	7	7,8%	28	11,2%	22	18,2%
Neugründung BAG								
	35	6,3%	12	7,3%	10	5,6%	13	6,3%
Neubeitritt in Praxis der aktuellen Anstellung								
	17	4,8%	8	8,4%	.	.	.	.
Neubeitritt in andere Praxis								
	6	2,7%	.	.	.	.	0	0,0%
Neugründung MVZ								
	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%
Neubeitritt in MVZ der aktuellen Anstellung								
	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%
Beitritt in bestehendes MVZ								
	.	.	0	0,0%	.	.	.	.
Weiß nicht	33	5,9%	7	4,4%	13	6,1%	13	7,8%
Keine Angabe	19	3,9%	.	.	8	3,8%	.	.
Total	519	100%	140	100%	229	100%	150	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

7.5 Hürden, Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe

Die erwarteten Hürden einer Niederlassung für diejenigen, die angeben sich niederlassen zu wollen (bejahte Niederlassungsabsicht), unterscheiden sich ebenfalls nach Versorgungsbereichen, wie Abbildungen 33 bis 35 auf den Seiten 133 und 134 in Anhang A2 zeigen. Befragte aus dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich bewerten Aspekte wie Zulassungsverfahren, Bedarfsplanung, Finanzierung, geeignete Praxisräume und die Recherche benötigter Informationen eher als schwierig im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen. Für hausärztliche Befragte stehen stärker die Rahmenbedingungen für Niedergelassene und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Vordergrund als in den anderen Versorgungsbereichen. Fachärztliche Befragte unterscheiden sich durch eine höhere Bewertung von Investoren- und Kettenkonkurrenz sowie Schwierigkeiten bei der Suche nach Kooperationspartnern. Der administrative Aufwand hingegen wird in dieser Befragtengruppe von einem geringeren Anteil als Schwierigkeit eingeschätzt als in den anderen beiden Versorgungsbereichen, stellt aber auch hier die größte Hürde dar.

Dass personalbezogene Hürden von Befragten des psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereichs mit untergeordneter Bedeutung bewertet werden, überrascht nicht, weil es in den betreffenden Praxen häufiger keinen oder nur einen geringeren Personalbedarf gibt (vgl. Abbildungen 33 bis 35 auf den Seiten 133 und 134 im Anhang). Dies zeigt sich auch bei den Herausforderungen einer potenziellen Niederlassung, zu denen alle Befragten Angaben gemacht haben. Umgekehrt werden medizinfremde Tätigkeiten und Bürokratie sowie Arbeitsbelastung im psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich relativ häufiger als starke Herausforderung genannt.

Auch bei den Befragten, die hinsichtlich ihrer Pläne für eine Niederlassung laut eigenen Angaben noch unentschlossen sind, zeigt sich bei der Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit keine einheitliche Unsicherheit im Hinblick auf den Niederlassungsprozess, sondern ein versorgungsbereichsspezifisches Muster. Wie Abbildung 39 auf Seite 136 in Anhang A2 darstellt, nannten hausärztliche Befragte besonders häufig Sorgen über die Rahmenbedingungen für Niedergelassene sowie den administrativen Aufwand. Sie unterscheiden sich von den anderen Versorgungsbereichen besonders durch die anteilig häufigere Nennung von Aspekten der Personalakquise sowie der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Fachärztliche Befragte geben die Konkurrenz von Investoren und Ketten als Unsicherheit an (siehe Abbildung 40 auf Seite 137 im Anhang). Psychotherapeutische und psychosomatische Befragte zeigen hohe Anteilswerte bei Bedarfsplanung, Auswahl der passenden Niederlassungsmöglichkeit, Praxisräumen und Zulassungsverfahren (siehe Abbildung 41 auf Seite 137 im Anhang). Dies entspricht den Mustern, die sich oben bereits für die Befragten mit Niederlassungsabsicht gezeigt haben.

7.6 Zwischenfazit

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Versorgungsbereiche nicht nur unterschiedliche fachliche Tätigkeitsfelder abbilden, sondern für die befragten ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten in den Versorgungsbereichen auch unterschiedliche berufliche Kontexte bestehen. Der psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungsbereich ist in dieser Befragung stärker durch im Mittel jüngere Befragte, höhere Niederlassungsorientierung, geringere durchschnittliche Arbeitszeiten und Zulassungs- bzw. Bedarfsplanungsfragen geprägt. Zugleich ist hier der Anteil derjenigen, die dauerhaft angestellt bleiben möchten, vergleichsweise geringer, was die stärkere Orientierung auf eine eigene Praxis zusätzlich unterstreicht. Der hausärztliche Versorgungsbereich ist bei den ambulanten Angestellten mit Niederlassungsabsicht stärker mit einer potenziellen Praxisfortführung verbunden und die Befragten sorgen sich hier eher um die Rahmenbedingungen für Niedergelassene. Im fachärztlichen Versorgungsbereich treten MVZ-Strukturen, klinische Bezüge, Investorenkonkurrenz und eine geringere Niederlassungsbereitschaft der Befragten deutlicher hervor. Entsprechend kann der höhere Anteil dauerhaft Angestellter bzw. von nicht-niederlassungsinteressierten Befragten im fachärztlichen Versorgungsbereich als Hinweis darauf verstanden werden, dass die ambulante Anstellung dort vergleichsweise häufig nicht nur eine Übergangsphase, sondern ein längerfristiges Modell darstellt.

Kapitel 8

Fazit und Ausblick

Die KWEX-Angestelltenbefragung 2025 zeigt, dass die ambulante Anstellung ein relevantes, zugleich aber heterogenes Erwerbsmodell in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung darstellt. Ambulant angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterscheiden sich deutlich danach, welche Funktion die aktuelle Anstellung im eigenen beruflichen Verlauf laut ihrer Selbsteinordnung einnimmt. Für einen Teil der Befragten ist die Anstellung ein angestrebtes lebenslanges Arbeitsmodell. Für andere stellt sie eine Übergangsphase auf dem Weg in die Niederlassung, eine Phase beruflicher Orientierung oder einen gleitenden Übergang in den Ruhestand dar. Diese Selbsteinordnung ist für die Interpretation der Ergebnisse zentral, weil sie zeigt, dass ambulante Anstellung nicht nur ein Beschäftigungsstatus, sondern auch Ausdruck unterschiedlicher Karrierephasen und Zukunftspläne ist.

Die Unterschiede zwischen den Karrieremodellen spiegeln sich auch deutlich in soziodemografischen und familiären Merkmalen wider. Befragte, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung oder dem Übergangsmodell Orientierung zuordneten, befinden sich häufiger in jüngeren bzw. mittleren Berufs- und Lebensphasen und leben häufiger mit Kindern in einem Haushalt. Damit fallen berufliche Orientierungs- und Niederlassungsentscheidungen oft in eine Phase, in der zugleich Fragen der Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Arbeitszeit und finanzieller Planbarkeit besonders relevant sein dürften. Befragte im Berufsausstiegsmodell befinden sich demgegenüber meist in einer späteren Berufsphase, während Befragte, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell zuordnen, überwiegend mittleren und höheren Altersgruppen angehören und häufig bereits länger in ihrer aktuellen Anstellung tätig sind. Die Karrieremodelle bilden damit nicht nur unterschiedliche berufliche Präferenzen ab, sondern auch unterschiedliche lebensphasenspezifische Ausgangsbedingungen, die mit darüber entscheiden dürften, welche weiteren Karrierewege eingeschlagen werden.

Die Ergebnisse zum akademischen und beruflichen Werdegang und sozialem Umfeld verdeutlichen, dass viele Befragte bereits vor ihrer ambulanten Anstellung über praktische Erfahrungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung verfügten oder Bezüge zu dieser hatten. Viele Befragte sind zuvor Tätigkeiten in der stationären Versorgung nachgegangen.

Die Freitextanalysen zeigen dabei für jene ambulanten Angestellten, die sich in einer Orientierungsphase oder in der Übergangsphase in die Niederlassung befinden, dass insbesondere Arbeitszeit, Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben sowie die Abgrenzung zu anderen Arbeitsformen wie der Arbeit in der Klinik oder Niederlassung zentrale Motive für die ambulante Anstellung darstellen. Gegenüber der stationären Tätigkeit wird die ambulante Anstellung vor allem als besser planbar und weniger belastend beschrieben. Gegenüber der Niederlassung erscheint sie dagegen häufig als risikoärmere und organisatorisch weniger belastende Erwerbsform, aber auch als Umfeld zum Sammeln von Erfahrungen vor einer möglichen späteren Niederlassung. Damit wird deutlich, dass eine ambulante Anstellung sowohl eine Alternative zu einer stationären oder einer ambulant-selbstständigen Tätigkeit darstellen als auch zur Vorbereitung auf eine Niederlassung dienen kann.

Die Rahmenbedingungen der aktuellen Anstellung werden insgesamt differenziert bewertet. Überwiegend zufrieden zeigen sich die Befragten insbesondere hinsichtlich patientennaher Tätigkeiten, der fachlichen Eigenverantwortung, der Wertschätzung durch Patientinnen und Patienten sowie der Planbarkeit und Gestaltung von Arbeitszeiten. Etwas kritischer werden dagegen Aspekte bewertet, die stärker mit strukturellen Rahmenbedingungen zusammenhängen, etwa der Zeitumfang für die Patientenbehandlung, Verwaltungsaufwand, Einkommen oder Transparenz in Abrechnungs- und Honorarfragen. Die ambulante Anstellung scheint damit für viele Befragte wichtige Erwartungen an planbare, fachlich eigenständige und vereinbarkeitsorientierte Arbeit zu erfüllen. Gleichzeitig bleiben strukturelle Belastungen bestehen, die auch für spätere Niederlassungsentscheidungen

relevant sein können.

Auch hinsichtlich der individuellen Niederlassungsabsicht handelt es sich bei den ambulanten Angestellten um eine heterogene Beschäftigtengruppe, wobei der überwiegende Teil der Befragten im Familien- und Freundeskreis Kontakt zu Personen hat, die eine eigene Praxis betrieben haben oder betreiben. Im Zusammenhang mit dem angegebenen Karrieremodell unterscheiden sich die Anteile derjenigen, die eine zukünftige Niederlassung bejahen oder sich noch unentschlossen zeigen, deutlich. Während mit steigendem Alter die Niederlassungsabsicht abnimmt, berichtet in den jüngeren Altersgruppen unter 40 Jahren über ein Drittel der Befragten, eine zukünftige Niederlassung zu planen, während ein noch größerer Anteil hinsichtlich der Pläne noch unentschlossen ist.

Die Ergebnisse zur Niederlassungsabsicht zeigen, dass die Gruppe der ambulanten Angestellten nicht trennscharf in niederlassungsbereite und nicht niederlassungsbereite Personen unterteilt werden kann. Neben den Befragten mit konkreter Niederlassungsabsicht gibt es eine größere Gruppe, die hinsichtlich einer zukünftigen Niederlassung unentschlossen ist. Die Befunde deuten darauf hin, dass sich die Unsicherheit dieser Gruppe weniger auf die Niederlassung als grundsätzliche Karriereoption als auf deren konkrete Ausgestaltung und Umsetzbarkeit bezieht. Im Vordergrund stehen dabei Fragen zu Finanzierung, bürokratischen Anforderungen, Praxisorganisation, Zulassung, Standortwahl und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Die Ergebnisse legen nahe, dass niederlassungsnahe und sich orientierende Befragte nicht allein allgemeine Informationen über die Möglichkeit der Niederlassung benötigen, sondern dass es häufig um konkrete Fragen der praktischen Umsetzung geht: Welche Form der Niederlassung ist realistisch? Wie lassen sich finanzielle Risiken begrenzen? Welche organisatorischen Anforderungen sind mit der Tätigkeit in eigener Praxis verbunden? Wie kann eine Niederlassung mit familiären und persönlichen Lebensumständen vereinbart werden? In diesem Zusammenhang erscheint es naheliegend, dass konkrete, handlungsnahe Unterstützungsangebote zu finanziellen Risiken, Bürokratie, Zulassung, Praxisorganisation, Personalfragen und Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben das Niederlassungsinteresse möglicherweise fördern könnten.

Insgesamt legen die Ergebnisse der KWEX-Angestelltenbefragung nahe, die ambulante Anstellung differenziert zu betrachten. Sie ist zugleich dauerhaftes Arbeitsmodell, Orientierungsphase, Übergang in die Niederlassung und Ausstiegsmodell aus einer früheren Erwerbsform. Diese Heterogenität gilt es im Diskurs über die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Gesundheitsversorgung ebenso wie bei Überlegungen zur Förderung der Karriereoption „Niederlassung“ zu bedenken. So erscheint es zum Beispiel sinnvoll, bei der Entwicklung von Informations- und Unterstützungsangeboten die jeweilige Karrierephase zu berücksichtigen, in welcher sich die Adressaten befinden. Ambulante Angestellte mit konkreter Niederlassungsabsicht dürften dabei in der Tendenz andere Informationen benötigen als jene, die sich noch in einer offenen Orientierungsphase befinden. Für Unterstützungs- und Beratungsangebote zur Niederlassung ergibt sich der Ansatzpunkt, dass Niederlassungsinteressierte nicht nur Informationen über Zulassung und Finanzierung benötigen, sondern möglicherweise auch niedrigschwellige Einblicke in Praxismanagement, Abrechnung, Personalführung und strategische Praxisentwicklung hilfreich sein könnten. Es erscheint wichtig, stets die unterschiedlichen beruflichen Ausgangslagen, Lebensphasen und Entscheidungssituationen der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu berücksichtigen.

Der vorliegende Studienbericht gibt einen Überblick über zentrale Ergebnisse der KWEX-Angestelltenbefragung. Er liefert damit eine breite deskriptive Grundlage zur Situation angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen

bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Zugleich bietet das erhobene Datenmaterial über die hier vorgelegten Ergebnisse hinaus weitreichende Möglichkeiten für zukünftige Analysen. Ein Ansatzpunkt liegt zum Beispiel in einer vertieften Analyse der entscheidungsoffenen und niederlassungsnahen Gruppen. Gerade Befragte mit unentschlossener Niederlassungsabsicht oder mit Zuordnung zum Übergangsmodell Orientierung sind für zukünftige Unterstützungsangebote besonders relevant. Hier könnten weitere Auswertungen klären, welche Kombinationen aus empfundenen Hürden, Beratungsbedarfen und persönlichen Rahmenbedingungen typisch sind. Auch das vorhandene Freitextmaterial liefert zahlreiche Möglichkeiten für vertiefende Analysen, unter anderem zu den Gruppen der Befragten, die sich dem lebenslangen Arbeitsmodell oder dem Berufsausstiegsmodell zuordnen. Schließlich bieten sich auch übergreifende Analysen unter Berücksichtigung der anderen Teilerhebungen der KWEX-Studie an. Denkbar sind Quervergleichsanalysen auf Grundlage der Angaben der ambulanten Angestellten sowie der Neu-Niedergelassenen, aber auch ggf. eine Gegenüberstellung mit Ergebnissen einer zukünftigen Befragung von Studierenden, die derzeit in Vorbereitung ist. Dadurch könnten Karriereentscheidungen in unterschiedlichen Phasen des beruflichen Verlaufs im Quervergleich betrachtet werden. Perspektivisch könnte eine Wiederholungsbefragung der ambulanten Angestellten beleuchten, ob sich ursprüngliche Niederlassungsabsichten tatsächlich in spätere Niederlassungen übersetzen und welche Faktoren diesen Übergang begünstigen oder erschweren.

Anhang

A1 Methodik

A1.1 Studiendesign und Zielsetzung

Im Rahmen der Studie zu ärztlicher und psychotherapeutischer Karrierewahl und Existenzgründung (KWEX) führte das Zi im Jahr 2025 erstmals eine bundesweite Befragung aller ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und diesen vergleichbaren Einrichtungen durch. Unter vergleichbaren Einrichtungen wurden Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen zusammengefasst.

Die als Vollerhebung konzipierte Befragung bot die Gelegenheit, die berufsbezogenen Bedürfnisse und Erwartungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ermitteln. Ziel war es, ein detailliertes Bild der aktuellen Beschäftigungssituation, der Zufriedenheit im Anstellungsverhältnis sowie der Zukunfts- und Karriereabsichten, insbesondere der Niederlassungsabsicht zu gewinnen. Darüber hinaus sollten mit der Auswertung die berufsbezogenen Bedürfnisse und Erwartungen der Angestellten abgebildet werden, um ein umfassendes Bild der ambulanten Anstellung herauszuarbeiten und wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der Karrierewege in der ambulanten Versorgung zu gewinnen.

A1.2 Stichprobe und Datenerhebung

Die Datenerhebung folgte einem mehrstufigen Prozess. Ausgangspunkt für das Einladungsverfahren war ein Adressdatenauszug aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, welcher der Zi-Treuhandstelle von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Grundlage eines vom Bundesministerium für Gesundheit bewilligten Forschungsantrags nach § 75 SGB X zur Verfügung gestellt wurde. Die ursprüngliche Planung sah die Nutzung eines Adressdatensatzes mit Stand vom 30.06.2024 vor. Im Verlauf des Projekts wurde jedoch ein aktualisierter Adressdatensatz mit Stand vom 30.09.2024 an die externe Zi-Treuhandstelle übermittelt, der schließlich als Grundlage für das Einladungsverfahren diente.

Das Einladungsverfahren führte die externe Zi-Treuhandstelle durch. Zur Befragung wurden per postalischem Einladungsschreiben alle etwa 55.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingeladen, die zum Stichtag 30.09.2024 in Deutschland in einer Praxis oder Einrichtung der vertragsärztlichen Versorgung in Anstellung tätig waren. Ein Großteil der Einladungen (69,2 %) wurde durch Begleitschreiben von 10 Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt. Der Anteil der Rückläufe aus diesen Kassenärztlichen Vereinigungen am Gesamtrücklauf lag mit 69,6 % auf einem vergleichbaren Niveau.

Im postalischen Einladungsverfahren traten Zustellungsprobleme bei Angestellten auf, die in einem MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen oder einer größeren BAG tätig waren. Ein Teil der Einladungsschreiben konnte nicht zugestellt werden. Möglicherweise war dies dadurch begründet, dass für die Postzustellung nicht immer eindeutig erkennbar war, ob die adressierten Personen an der jeweiligen Adresse beschäftigt waren, da eine Zugehörigkeit anhand externer Merkmale wie Hauswandbeschilderung, Klingel, Tür, Briefkästen oder im Eingangsbereich möglicherweise nicht zweifelsfrei festgestellt werden konnte. Insgesamt gab es etwa 4.000 Versandrückläufe. Von diesen Schreiben konnten knapp 3.000 durch die Zi-Treuhandstelle nacherfasst und die Adressaten erneut unter zusätzlicher Angabe des Einrichtungs- bzw. Praxisnamens angeschrieben und zur Erhebungsteilnahme eingeladen werden. Aufgrund des zeitlichen Versatzes von etwa vier Monaten zwischen dem Stichtag der Adressdatengrundlage (30.09.2026) und dem Beginn des Einladungsverfahrens

(Ende Januar 2025) ist zudem denkbar, dass ein Teil der zur Erhebungsteilnahme eingeladenen Angestellten bei Beginn des Einladungsverfahrens aufgrund eines zwischenzeitlichen Jobwechsels bereits nicht mehr an der ursprünglichen Arbeitsstelle bzw. beim ursprünglichen Arbeitgeber beschäftigt und daher im Rahmen des Einladungsverfahrens nicht mehr auf postalischem Wege zu erreichen war. Während des Befragungszeitraums konnten sich ärztliche bzw. psychotherapeutische Angestellte, die an der KWEX-Angestelltenbefragung teilnehmen wollten, aber kein Einladungsschreiben erhalten hatten, direkt an die Zi-Treuhandstelle wenden und Zugangsdaten erhalten. Dies wurde vereinzelt in Anspruch genommen.

Betrachtet man die realisierte Stichprobe, so sind Angestellte aus MVZ darin tatsächlich unterrepräsentiert (siehe Tabelle 52 auf Seite 126), was möglicherweise zumindest in Teilen von den oben beschriebenen Zustellungsproblemen herrühren könnte. Im Gewichtungungsverfahren wurde dieser Tatsache durch die Berücksichtigung der Organisationsform (Einzelpraxis, BAG, MVZ) als Gewichtungsmerkmal Rechnung getragen, um die beobachtete strukturelle Abweichung möglichst auszugleichen.

Zu einer weiteren Unstimmigkeit im Einladungsverfahren kam es hinsichtlich des relevanten Stichtags der Anstellung. In den Einladungsschreiben wurde Ende Januar 2025 zunächst darauf Bezug genommen, dass eine Befragung aller zum Stichtag 30.06.2024 in ambulanter Anstellung Befindlichen erfolge, obwohl der dem Versand zugrundeliegende Adressdatenauszug aus dem Bundesarztregister auf dem Stichtag 30.09.2024 basierte. Erst nach dem Versand der Einladungsschreiben wurden dem Zi die Unstimmigkeiten bezüglich des Stichtags bekannt. Möglicherweise könnte diese Unstimmigkeit bei einzelnen zur Teilnahme eingeladenen Personen zu Missverständnissen geführt und diese von einer Teilnahme abgehalten haben.

Die Öffentlichkeitsarbeit zur Angestelltenbefragung wurde durch abgestimmte Textbausteine ergänzt, die das Zi den KVen, den Berufsverbänden und der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur Nutzung anbot. Zudem wurde über die Social-Media-Kanäle des Zi auf die Befragung aufmerksam gemacht.

Die Erhebung erfolgte über einen standardisierten, passwortgeschützten Online-Fragebogen mit vorgelagerter Einwilligungserklärung. Dieses Verfahren gewährleistet sowohl die Datensicherheit als auch eine eindeutige Zuordnung der Befragten. Die Einladungen zur Angestelltenbefragung wurden Ende Januar 2025 versendet, während sich der Erhebungszeitraum inklusive Verlängerungen vom 30.01.2025 bis 30.04.2025 erstreckte. Die Rücklaufquote betrug 5,9 %, was 3.242 finalisierten Fragebögen entspricht. Um für Abweichungen zwischen der realisierten Stichprobe und der Grundgesamtheit im Hinblick auf wichtige Strukturmerkmale möglichst zu korrigieren, wurde im Anschluss an die Datenaufbereitung eine Gewichtung der Daten mittels eines Raking-Verfahrens vorgenommen. Aufgrund unvollständiger Angaben bei Gewichtungsvariablen – insbesondere infolge der Nutzung der Antwortmöglichkeit „Keine Angabe“ bei sensiblen Merkmalen wie Geschlecht – reduzierte sich das gewichtungsfähige Analysesample auf 3.047 Beobachtungen.

A1.3 Erhebungsinstrument

Perspektivisch sollen im Rahmen der KWEX-Studie die Sichtweisen zentraler Gruppen zu Arbeitsbedingungen, Bedürfnissen und Karrierewegen entlang der Ausbildungskette erfasst werden: Von Studierenden über die Weiterzubildenden bis hin zu angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Vor diesem Hintergrund wurde der Fragebogen der im Jahr 2024 durchgeführten Befragung der Neu-Niedergelassenen als Grundgerüst für die Entwicklung der Angestelltenbefragung verwendet und auf größtenteils selbst entwickelte Fragen bzw. Fragenkomplexe zurückgegriffen. Dieser Fragebogen wurde unter der Berücksichtigung der spezifischen Merkmale und Rahmenbedingungen von Angestellten systematisch weiterentwickelt. Somit können zukünftige Queranalysen zwischen den unterschiedlichen sowie gleichen Zielgruppen durchgeführt werden.

In der ersten Phase des Entwicklungsprozesses wurden im Herbst 2024 die Forschungsziele definiert. So war beabsichtigt, die Karrierepläne ärztlicher und psychotherapeutischer Angestellter insgesamt – unabhängig davon, ob eine Niederlassung angestrebt wird – zu erheben, um die beruflichen Perspektiven möglichst vollständig darzustellen. Darüber hinaus umfassten die Forschungsziele die Identifizierung von Motivationsfaktoren und Analyse von Hemmfaktoren gegenüber der Niederlassungsentscheidung, die Analyse des Unterstützungs- und Beratungsbedarfs, die Ermittlung von Informationswegen und des Wissensstands zur Niederlassung sowie die Entwicklung möglicher Maßnahmen zur Steigerung der Niederlassungsbereitschaft.

Darauf aufbauend wurden konkrete Forschungsfragen formuliert. Im Fokus stand die soziodemographische Zusammensetzung der Angestelltengruppe bzw. aus welchen Subgruppen sich die Angestellten speisen. Zudem galt es herauszufinden, welche Motive und Beweggründe der aktuellen Anstellung zugrunde liegen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Bewertung dieser Arbeitssituation sowie auf der Wahrnehmung der Niederlassung als mögliche Karriereoption und auf individuellen Zukunftsplänen.

Zur weiteren Strukturierung der Untersuchung der Angestellten wurden Arbeitshypothesen gebildet. Diese bezogen sich unter anderem auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Subgruppen, den Einfluss der Arbeitszufriedenheit sowie die Niederlassungsabsicht, einschließlich der Möglichkeit, eine Anstellung als Übergangsphase in den Ruhestand zu betrachten.

Die konkrete Ausgestaltung des Fragebogens erfolgte zunächst auf Basis der Befragung der Neu-Niedergelassenen (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2025b). Dies betraf insbesondere die Frageninhalte zu Zufriedenheit (in Anlehnung an Bovier und Pernerger, 2003), Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten und Fragen im vorletzten Fragebogenkapitel zu soziodemographischen und personenbezogenen Merkmalen. Ergänzend folgte erneut eine umfassende Literatur- und Instrumentenrecherche. Tabelle 51 auf Seite 120 gibt einen Überblick, welche Fragen unter Nutzung bereits existierender Erhebungsinstrumente Dritter in den Fragebogen der Angestelltenbefragung aufgenommen bzw. in Anlehnung an diese entwickelt wurden.

Anschließend wurde der Fragebogen in mehreren Schritten überarbeitet. Ab der dritten Version wurden Rückmeldungen von Fachexpertinnen und -experten aus Institutionen, Wissenschaft und Praxis berücksichtigt. Diese wertvollen Rückmeldungen flossen größtenteils in die finale Version des Fragebogens mit ein.

Der Online-Fragebogen ist modular aufgebaut und umfasst 5 thematische Blöcke, die in Kapitel unterteilt wurden:

1. Aktuelle Anstellung
2. Karriere- und Zukunftspläne (zentrales Modul)
3. Beruflicher Werdegang
4. Soziodemographische und personenbezogene Merkmale sowie
5. Offene Ergänzungen

Methodisch kombiniert das Instrument unterschiedliche Fragetypen, darunter Einfachauswahlfragen (Radiobuttons), Mehrfachauswahlfragen (Checkboxes), Freitextfelder sowie verschiedene Matrixformate (mit Einfachauswahl oder dynamischer Erweiterung mit Dropdown-Listen). Mithilfe von Skalen konnten persönliche Einschätzungen wie Zufriedenheit oder Risikobereitschaft messbar gemacht werden. Neben klassischen Likert-Skalen („Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“) kamen auch numerische 11-Punkte-Skalen (0-10) zur Messung von Intensitäten zum Einsatz. Zudem wurden bei Fragen rund um die Arbeitszeit, Patientenzahl oder Mitarbeiteranzahl die Antworten als numerische Angaben erfasst, um eine höhere Präzision der Analysen zu ermöglichen.

Schließlich kann durch das modular aufgebaute Fragebogendesign mit bewusst unterschiedlichen Fragetypen eine inhaltliche Differenzierungstiefe bei den Subgruppen erzeugt werden. Ein wesentliches methodisches Element des Fragebogens ist dabei die implementierte Filterführung. Die Frage nach der Absicht, sich niederzulassen, fungierte in der Angestelltenbefragung als zentrales Filterelement und gliederte den Fragebogen in drei analytisch relevante Subgruppen:

1. Personen mit Niederlassungsabsicht („Ja“)
2. Personen ohne Niederlassungsabsicht („Nein“)
3. Personen mit unentschlossener Niederlassungsabsicht („Unentschlossen“)

Auf Basis dieser Differenzierung wurden spezifische Fragepfade aktiviert, die jeweils auf die Niederlassungsabsicht der Befragten zugeschnitten waren. Die Vorteile dieser Filterführung sind eine erhöhte inhaltliche Validität und ein reduzierter Fragenumfang für den einzelnen Befragten bzw. die einzelne Befragte. Da auf diese Weise eine subgruppenspezifische Ansprache erfolgen konnte, wurde die Datenqualität erhöht und es können somit präzisere Analysen zu den verschiedenen Phasen der Niederlassungsabsicht durchgeführt werden. Im Rahmen der Fragebogenerstellung wurden wichtige Fragen mit besonderer Relevanz für die Forschungsfragen oder die spätere Gewichtung als verpflichtende Angaben definiert.

Tabelle 51 Nutzung existierender Erhebungsinstrumente

Kapitel im Fragebogen	Frageninhalt	Quelle	Umfang der Übernahme
1	Zufriedenheit mit der Anstellung	Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2003)	eigene Übersetzung, eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen
1	Zusätzliche Leistungen durch den Arbeitgeber	DocCheck Research (2021)	Integration der Zusatzleistungskategorien
2	Herausforderungen hinsichtlich potentieller Niederlassung	Jacob et al. (2023)	Frage adaptiert, Übernahme der Antwortoptionen, Ergänzung um eigene Antwortoptionen
4	Risikobereitschaft allgemein	DIW (2025)	vollständige Übernahme
4	Risikobereitschaft speziell	DIW (2025)	vollständige Übernahme
4	Big 5 Persönlichkeitseigenschaften	Rammstedt et al. (2013)	vollständige Übernahme
4	Selbstwirksamkeit allgemein	Beierlein et al. (2014)	vollständige Übernahme
4	Selbstwirksamkeit beruflich	Ziegler et al. (2017)	vollständige Übernahme

Datenbasis: eigene Darstellung.

Hinweis: Die Tabelle enthält keine Angaben zu Fragenkomplexen, die als ausschließliche Eigenentwicklung des Zi für die KWEX-Niedergelassenenbefragung 2024 entstanden und in den Fragebogen der KWEX-Angestelltenbefragung 2025 übernommen oder für diesen adaptiert wurden.

A1.4 Datenschutz

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte über zwei getrennte Webanwendungen. Zunächst wurde der Fragebogen über die Webanwendung des Zi für die Befragten zum Ausfüllen bereitgestellt. Nach dem Ausfüllen wurden die Befragten nach Finalisierung des Fragebogens optional auf eine zweite, technisch getrennte Webanwendung der Zi-Treuhandstelle weitergeleitet, wobei die Zi-Treuhandstelle organisatorisch, räumlich und personell vom Zi getrennt ist.

In dieser zweiten Webanwendung konnten die Befragten in einem „Online-Datenblatt“ freiwillig personenbezogene Angaben machen. Hierzu zählten neben Angaben zum Namen, der lebenslangen Arztnummer und der Postleitzahl des Hauptleistungsortes auch die E-Mail-Adresse. Die Angabe dieser Daten erfolgte unter anderem zum Zweck der späteren Kontaktaufnahme, insbesondere zur Zusendung einer Fachinformation mit den zentralen Ergebnissen zur KWEX-A-Befragung als Dankeschön. Die Teilnahme an der Angestelltenbefragung sowie die Angabe personenbezogener Daten im Online-Datenblatt waren vollständig freiwillig.

Trennung von Befragungs- und Personendaten

Zur Gewährleistung des Datenschutzes wurde eine strikte organisatorische und technische Trennung zwischen Befragungs- und personenbezogenen Daten umgesetzt.

Die Verarbeitung der nicht-pseudonymisierten personenbezogenen Daten sowie die Kommunikation mit den Befragten erfolgte ausschließlich über die Zi-Treuhandstelle. Die Zi-Treuhandstelle vergab für alle Befragten Pseudonyme, die eine Verknüpfung zwischen Befragungs- und nicht-pseudonymisierte Personendaten ermöglichen, ohne dass das Zi einen direkten Zugriff auf nicht-pseudonymisierte Daten hat. Die Zuordnung zwischen Pseudonym und nicht-pseudonymisierten personenbezogenen Daten ist ausschließlich der Zi-Treuhandstelle bekannt.

Datenverarbeitung und Datensicherheit

Die Verarbeitung der pseudonymisierten Befragungsdaten im Zi erfolgte in einer gesicherten Arbeitsumgebung unter Einhaltung strenger datenschutzrechtlicher Vorgaben. Der Zugriff auf die Daten war auf einen begrenzten Kreis von speziell geschulten Mitarbeitenden des Zi beschränkt. Es wurden geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vorgenommen, um Datenschutz und Datensicherheit sicherzustellen.

Datenschutzmaßnahmen bei Ergebnisdarstellung

Die Darstellung der Studienergebnisse erfolgt in aggregierter Form. Dabei folgt die Darstellung der Ergebnisse in Abbildungen und Tabellen dem Grundsatz, dass die Möglichkeit der Re-Identifizierbarkeit von Befragten stets ausgeschlossen sein muss. Dementsprechend werden aggregierte Ergebnisse, welche auf zu gering besetzten Zellen von Beobachtungen basieren, in den Tabellen mit einem Punkt „.“ zensiert und in den Abbildungen ggf. nicht dargestellt. Um eine indirekte Rückrechnung auf kleine Fallzahlen zu verhindern, werden auch benachbarte Kategorien zensiert. Diese Zensierungsregel dient dazu, eine Re-Identifikation von Befragten auch bei detaillierten Auswertungen wie Subgruppenanalysen auszuschließen.

Die anzusetzende Mindestfallzahl, bei deren Unterschreitung eine Zensierung erfolgt, wurde dabei merkmalspezifisch in Abhängigkeit von der Sensibilität der betreffenden Frage bzw. des betreffenden erhobenen Merkmals festgelegt. In der Regel lag die zulässige Mindestfallzahl bei 6 Beobachtungen. Es gab jedoch definierte Ausnahmen: So müssen etwa inhaltlich unbestimmte Kategorien wie „Keine Angabe“, „Weiß nicht“ oder „Sonstiges“ nicht zensiert werden, selbst wenn ihre Fallzahlen die Mindestgrenze unterschreiten, sofern sie inhaltlich ausreichend unspezifisch sind. Besondere Regeln galten zudem bei Matrixfragen zu den subjektiven Einschätzungen der Befragten und bei speziellen Auswertungen von Beratungsangeboten – dort war es entscheidend, ob insgesamt ausreichend viele Antworten vorlagen und ob bestimmte Antwortoptionen kritische Strukturmerkmale darstellten.

Für die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse der quantitativen Analysen (Tabellen und Abbildungen) gilt, dass absolute Anzahlen stets ungewichtet angegeben werden, da dies die unter Datenschutzgesichtspunkten relevante Größe ist. Statistische Kennzahlen und Anteilswerte werden im vorliegenden Bericht jedoch in gewichteter Form angegeben und interpretiert (vgl. hierzu Kapitel A 1.7). Eine Ausnahme bilden die Ausführungen zu den Freitextanalysen (qualitative Analysen) zu den Motiven für die ambulante Anstellung in Kapitel 1.5. Hier werden nur ungewichtete Anzahlen, Kennzahlen und Anteilswerte angegeben und interpretiert.

A1.5 Datenaufbereitung, Validierung und Plausibilisierung

Die Datenaufbereitung erfolgte mittels des Statistikprogramms R in einem mehrstufigen, skriptbasierten Prozess mit dem Ziel, die erhobenen Daten in eine konsistente und analysierbare Struktur zu überführen.

Zunächst wurde der Datenabzug aus dem Zi-eigenen Erhebungstool eingelesen und die Variablennamen systematisch vereinheitlicht. Aufgrund der unterschiedlichen Fragetypen war eine differenzierte Verarbeitung erforderlich. Anschließend erfolgte die Transformation der Rohdaten. Im Zuge dieser Transformation wurden zusammengehörige Variablen systematisch gruppiert, sortiert und mit konsistenten Labels versehen. Im dritten Schritt wurden zur Sicherstellung der strengen datenschutzrechtlichen Anforderungen die Freitextangaben anonymisiert. Hierbei wurden potenziell personenbezogene Informationen wie Ortsangaben oder individuelle Identifikationsmerkmale durch Sichtung der Datensätze markiert. Danach wurden sie mithilfe skriptbasierter Filter identifiziert und entfernt bzw. durch Platzhalter ersetzt.

Die Plausibilitätsprüfung der Daten stellte einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Datenaufbereitung dar und umfasste mehrere Prüf- und Kontrollschritte. Dazu zählten insbesondere die Kontrolle fehlender Werte bei Pflichtangaben, die Identifikation und Bereinigung von Doppelungen sowie die Überprüfung numerischer Wertebereiche. Darüber hinaus wurden logische Konsistenzen innerhalb des Datensatzes geprüft. Im Zusammenhang mit dem zentralen Filterstrang (Frage nach Niederlassungsabsicht) und weiteren sekundären Filterungen wurden inkonsistente Antwortmuster identifiziert. Dies betraf sowohl die Übereinstimmung der Antwortoptionen und Freitextangaben als auch die Einhaltung von Filterführungen und zeitlichen Abfolgen. Widersprüchliche Angaben wurden als „keine Angabe“ kodiert.

Eine inhaltliche Schwäche des Erhebungsinstruments lag darin, dass Fachgruppen ohne direkten Patientenkontakt nicht gesondert betrachtet wurden. Bei Frage 1.10 zur Anzahl persönlich behandelter Patienten führte dies insbesondere in der Laboratoriumsmedizin, Pathologie sowie mikrobiologischen Fächern zu systematischen Nullangaben, da dort überwiegend mit Proben gearbeitet wird. Dies limitiert die Aussagekraft der erhobenen Patientenzahlen.

Zur analytischen Erweiterung und Datenvalidierung wurden pseudonymisierte Informationen zur KV-Zugehörigkeit und der Fachgruppe gemäß Bundesarztregister in den Datensatz integriert. Diese zwei Merkmale wurden der Zi-Treuhandstelle durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Grundlage eines vom Bundesministerium für Gesundheit bewilligten Forschungsantrags nach § 75 Abs. 1 SGB X zur Verfügung gestellt und auf ebendieser Rechtsgrundlage von der Zi-Treuhandstelle in pseudonymisierter Form an das Zi übermittelt. Die Integration erfolgte über das Teilnehmerpseudonym, wodurch eine konsistente Erweiterung des Datensatzes gewährleistet wurde. Unter Hinzuziehung der pseudonymisierten Fachgruppeninformation aus dem Bundesarztregister konnten die im Fragebogen erhobenen Angaben zur Fachgruppe, zur Facharztbezeichnung bzw. zur postgradualen Ausbildung plausibilisiert werden. Im Fragebogen konnten die Befragten über eine dynamische Matrixerweiterung bis zu 4 Fachgruppen angeben. Für die vorliegende Auswertung war jedoch eine eindeutige Zuordnung zu einem Versorgungsbereich notwendig. Daher wurde die zuerst genannte Fachgruppe als primäres Fachgebiet festgelegt, da sie die höchste Übereinstimmung mit der Fachgruppe aus dem Bundesarztregister aufwies. Anschließend erfolgte eine Aggregation der Fachgebiete zu den Versorgungsbereichen (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch/psychosomatisch) gemäß Zuordnung der Fachgebiete (siehe Tabelle 1 auf Seite 24).

Nach Abschluss der gesamten Datenaufbereitung inklusive Plausibilisierung und Validierung

erfolgte eine dokumentierte, teaminterne Qualitätssicherung im Vier-Augen-Prinzip. Zudem sichert die skriptbasierte Datenaufbereitung neben der vollständigen Protokollierung der Verarbeitungsschritte insbesondere die Nachvollziehbarkeit von Anpassungen sowie die Replizierbarkeit der Ergebnisse.

A1.6 Kodierungsablauf für die Freitextanalyse (qualitative Analysen)

Die in diesem Studienbericht präsentierten Freitextanalysen beziehen sich auf die Frage: „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus.“. Ausgewertet wurden die Freitextantworten der Befragten, die sich dem Übergangsmodell in die Niederlassung oder dem Übergangsmodell zur Orientierung über mögliche Karrierewege zugeordnet hatten. Die Auswertung erfolgte ungewichtet.

Im ersten Schritt wurden die Freitexte im Textanalyseprogramm MAXQDA von zwei Mitarbeitenden des Zi unabhängig voneinander gesichtet und dann mit einem sukzessive erweiterten Kodierungssystem kodiert. Dabei wurden insgesamt 50 Codes gewählt, die die Karrieresituation und die Motivation der Befragten erfassen. Die ursprünglichen 50 Codes und UnterCodes sowie die daraus verbleibenden finalen Codes sind in Tabelle 53 auf Seite 138 im Anhang zu entnehmen. Jeder Code wurde pro Freitext maximal einmal vergeben, auch wenn in dem Freitext dieser Aspekt mehrmals erwähnt wurde. Je Freitext waren mehrere unterschiedliche Codes zugleich zulässig.

Da die sich daraus ergebenden 50 Codes in einer Analyse schwer zu überblicken wären, wurden die Codes erst inhaltlich und anschließend häufigkeitsbasiert reduziert. Zunächst wurden dabei die einzelnen spezifischen Motive zu übergeordneten Hauptmotiven zusammengefasst:

- Die Arbeitszeit-Codes flexibel, geregelt/planbar, Teilzeit/stundenreduziert, freie Wochenenden / Feiertage / Nächte, besser (unspezifisch) und familienfreundlich wurden zu „Arbeitszeit“ zusammengefasst.
- Die Arbeitsweise-Codes langfristiger Kontakt und bessere/enge/holistische Behandlung wurden zu „Arbeitsweise“ zusammengefasst.
- Die Codes der Vermeidung von Arbeitsbedingungen im stationären Bereich Nacht-/Wochenenddienste, Überstunden/Vertretung/Notstand, Desorganisation / Strukturen im Krankenhaus und andere Arbeitsbedingungen im stationären Bereich wurden zu „Vermeidung stationärer Arbeitsbedingungen“ zusammengefasst.
- Die Codes der Vermeidung von Arbeitsbedingungen in der Niederlassung Verantwortungsübernahme (organisatorisch, ökonomisch), Investition in Praxis: hoch, Risiko (finanziell, ökonomisch, Profitdruck) und andere Arbeitsbedingungen in der Niederlassung wurden zu „Vermeidung Arbeitsbedingungen in der Niederlassung“ zusammengefasst.

Anschließend wurden zwei inhaltsgleiche Codes zusammengefasst:

- Die Codes der Vermeidung von Arbeitsbedingungen im stationären Bereich und Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär wurden zu Im Freitext aufgestellter Vergleich: „Vergleich ambulant/angestellt-stationär“ zusammengefasst.
- Die Codes der Vermeidung von Arbeitsbedingungen in der Niederlassung und Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen wurden zu Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen zusammengefasst.

Diese Zusammenfassung ergab insgesamt 36 Codes. Diese wurden daraufhin sukzessive mit einer steigenden Anzahl von Mindestantworten reduziert. Schließlich wurde ein Schwellenwert von mindestens 20 Antworten pro Code gewählt, sodass 27 Codes in die Ergebnisdarstellung eingingen.

A1.7 Gewichtung (quantitative Analysen)

Nach der grundlegenden Datenaufbereitung wurde eine Gewichtung der Stichprobe vorgenommen, um Abweichungen zwischen der realisierten Stichprobe und der Grundgesamtheit im Hinblick auf wichtige Strukturmerkmale möglichst zu korrigieren. Hierfür wurde ein iteratives Gewichtungsverfahren durchgeführt. Nach der Festlegung und Aufbereitung der Gewichtungsmerkmale wurden fehlende Angaben systematisch untersucht. Dies führte zu einer Reduktion des Analysesamples von ursprünglich 3.242 auf 3.047 Beobachtungen. Der Rückgang ist darauf zurückzuführen, dass für die Gewichtungsmerkmale vollständige Angaben erforderlich waren, während gleichzeitig bei sensiblen Variablen, wie beispielsweise dem Geschlecht, die Antwortoption „Keine Angabe“ zugelassen war. Für die Gewichtung wurde durchgängig ein einheitliches Gesamtgewicht verwendet, das sowohl bei Gesamtauswertungen als auch bei Subgruppenanalysen angewendet wurde. Separate Subgruppengewichte wurden nicht gebildet. Die dargestellten Prozentwerte geben somit jeweils gewichtete Anteile innerhalb der betrachteten Gruppe wieder.

Die Gewichtung der Beobachtungen erfolgte anhand der folgenden Merkmale und der entsprechenden Merkmalsklassen:

- Versorgungsbereich: hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch und psychosomatisch
- Organisationsform: Einzelpraxis, BAG, MVZ
- KV-Bereich
- Geschlecht: weiblich, männlich
- Altersgruppe zum Stichtag 31.12.2024: unter 35 Jahre, 35 - 39 Jahre, 40 - 44 Jahre, 45 - 49 Jahre, 50 - 54 Jahre, 55 - 59 Jahre, 60 Jahre und älter
- Arbeitsumfang: bis 10 Stunden, über 10 bis 20 Stunden, über 20 bis 30 Stunden, über 30 Stunden

Für die genannten Merkmale und Merkmalsklassen wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aggregierte Verteilungstabellen zur Grundgesamtheit zur Verfügung gestellt (Bundesarztregister, Stichtag 30.09.2024), auf deren Basis die Zielverteilungen festgelegt wurden.

Die Gewichtungsfaktoren wurden im vorliegenden Fall mit der Raking-Methode erzeugt, bei der in einem iterativen Verfahren die Stichprobenverteilungen so lange anhand der bekannten Zielverteilungen der oben genannten Merkmale gewichtet werden, bis die Stichprobenverteilungen mit den Zielverteilungen der Grundgesamtheit konvergieren (Kalton und Flores-Cervantes, 2003). Das Erreichen der absoluten Konvergenz, das heißt die 100 %-ige Übereinstimmung zwischen Stichproben- und Zielverteilungen, hängt von mehreren Parametern, wie z. B. der Anzahl der Gewichtungsmerkmale und -zellen ab. Um die Anzahl der Iterationen im Raking-Verfahren zu begrenzen, wird eine maximale Abweichung zwischen Stichproben- und Zielverteilung toleriert, nach der das Iterationsverfahren beendet wird (Battaglia et al., 2009).

Der Iterationsprozess endete entweder mit dem Erreichen der Konvergenzbedingung ($\epsilon = 0,0001$) oder nach maximal 75 Iterationen. Zur Stabilisierung der Schätzungen wurden die Gewichtungsfaktoren auf Plausibilität geprüft und extreme Gewichte kontrolliert bzw. begrenzt (Trimming), um den Einfluss einzelner Fälle mit sehr hohen bzw. sehr niedrigen Werten zu reduzieren. Die untere Grenze lag bei 0,2, die obere Grenze bei 5,0. Die aus der Gewichtung resultierenden Faktoren sind so konstruiert, dass ihr Mittelwert 1 ist. Die abschließende Qualitätssicherung bestätigte die erfolgreiche Angleichung der gewichteten Stichprobe an die Zielverteilungen der Grundgesamtheit.

Tabelle 52 auf Seite 126 zeigt die Verteilung der Gewichtungsmerkmale in der Stichprobe der KWEX-Angestelltenbefragung 2025 im Vergleich zur Grundgesamtheit. Neben den ungewich-

teten Verteilungen (KWEX-A ungewichtet) werden auch die gewichteten Verteilungen (KWEX-A gewichtet) dargestellt.

Die Gegenüberstellung der ungewichteten Merkmalsverteilungen und der Merkmalsverteilungen in der Grundgesamtheit lässt im Hinblick auf den Versorgungsbereich erkennen, dass in den ungewichteten Ergebnissen Angestellte aus dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich mit 12,8 % in der Stichprobe überrepräsentiert sind. Der hausärztliche Versorgungsbereich ist mit einem ungewichteten Anteil in Höhe von 27,6 % gegenüber 32,9 % in der Grundgesamtheit unterrepräsentiert. Angestellte aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich bilden sowohl in der Grundgesamtheit (60,4 %) als auch in den KWEX-A-Daten die größte Subgruppe und weisen im Vergleich vor und nach Gewichtung nur geringe Anteilsveränderungen auf (gewichtet: 60,7 %; ungewichtet: 59,6 %).

Bezüglich der Organisationsform zeigt sich, dass in der ungewichteten Stichprobe Einzelpraxen und BAG im Vergleich zur Grundgesamtheit überrepräsentiert sind, während MVZ und diesen vergleichbare Einrichtungen vergleichsweise unterrepräsentiert sind. So entfallen auf MVZ und diesen vergleichbaren Einrichtungen in der ungewichteten Stichprobe 47,2 %, während ihr tatsächlicher Anteil in der Grundgesamtheit bei 54,9 % liegt.

In Tabelle 52 auf Seite 126 wird die regionale Verteilung nicht auf Ebene der einzelnen KV, sondern in Versorgungsräume aggregiert dargestellt. Die Gewichtung wurde allerdings auf Ebene der einzelnen KVen durchgeführt. Die regionale Verteilung nach Versorgungsräumen (Nord, Ost, West) weist nur geringe Abweichungen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit auf. Der südliche Versorgungsraum ist mit einem ungewichteten Anteil von 38,9 % in der Stichprobe tendenziell überrepräsentiert.

Für das Merkmal Geschlecht zeigt sich mit einem ungewichteten Anteil von 61,4 % im Vergleich zur Grundgesamtheit eine leichte Überrepräsentation von weiblichen Befragten in der Stichprobe.

In Bezug auf die Altersgruppe sind jüngere Altersgruppen (unter 40 Jahren) in der ungewichteten Stichprobe tendenziell überrepräsentiert, während die älteste Altersgruppe unterrepräsentiert ist.

Die vertraglichen Arbeitszeiten zeigen in den ungewichteten Daten eine Unterrepräsentation von Arbeitszeiten bis 20 Stunden, während höhere Arbeitszeiten (über 20 Stunden) im Vergleich zur Grundgesamtheit überrepräsentiert sind.

Vergleicht man die in Tabelle 52 auf Seite 126 dargestellten Merkmalsverteilungen in der Grundgesamtheit mit den gewichteten Merkmalsverteilungen in den Analysedaten, so zeigt sich eine durch die Gewichtung erzielte Angleichung der Merkmalsverteilungen. Die maximale Abweichung der Anteilswerte zwischen Stichproben- und Grundgesamtheitsverteilung liegt nach der Gewichtung bei 1,5 Prozentpunkten. Ungewichtet liegt sie bei 12,4 Prozentpunkten.

Tabelle 52 Merkmalsverteilung gesamt

Merkmalsklasse	Grundgesamtheit		KWEX ungewichtet		KWEX gewichtet	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Versorgungsbereich						
Hausärztliche Versorgung	18.038	32,9%	842	27,6%	976,2	32,0%
Fachärztliche Versorgung	33.086	60,4%	1.815	59,6%	1.849,8	60,7%
Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	3.652	6,7%	390	12,8%	221	7,3%
Organisationsform						
Einzelpraxis	14.464	26,4%	969	31,8%	827,4	27,2%
Berufsausübungsgemeinschaft	10.260	18,7%	639	21,0%	567,2	18,6%
MVZ und vergleichbare Einrichtungen	30.063	54,9%	1.439	47,2%	1.652,4	54,2%
Versorgungsraum¹						
Nord	8.959	16,4%	447	14,7%	492,9	16,2%
Ost	11.794	21,5%	617	20,2%	660,9	21,7%
Süd	19.515	35,6%	1.184	38,9%	1.095,5	36,0%
West	14.508	26,5%	799	26,2%	797,7	26,2%
Geschlecht						
Weiblich	31.577	57,6%	1.872	61,4%	1.802,1	59,1%
Männlich	23.199	42,4%	1.175	38,6%	1.244,9	40,9%
Altersgruppe²						
unter 35 Jahre	1.979	3,6%	161	5,3%	110,9	3,6%
35-39 Jahre	7.722	14,1%	474	15,6%	427	14,0%
40-49 Jahre	17.653	32,2%	960	31,5%	979,8	32,2%
50-59 Jahre	13.108	23,9%	724	23,8%	726,7	23,8%
60 Jahre und älter	14.314	26,1%	728	23,9%	802,6	26,3%
Vertragliche Arbeitszeit in Stunden						
bis 10 Stunden	10.532	19,2%	209	6,9%	581,5	19,1%
mehr als 10 bis 20 Stunden	18.829	34,4%	773	25,4%	1.048	34,4%
mehr als 20 bis 30 Stunden	5.916	10,8%	705	23,1%	331,7	10,9%
mehr als 30 Stunden	19.499	35,6%	1.360	44,6%	1.085,8	35,6%

Datenbasis: Erhebung KWEX-Angestelltenbefragung 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Angaben zur Grundgesamtheit: Bundesarztregister zum Stichtag 30.09.2024, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Hinweise: Rundungsbedingt können die Summen der Anteile geringfügig von 100,0 % abweichen.

¹ Die Versorgungsräume setzen sich aus den folgenden KVen zusammen: VR Nord – Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein; VR Ost – Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen; VR West – Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Westfalen-Lippe; VR Süd – Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen. Die Gewichtung erfolgte auf Ebene der einzelnen KVen.

² Entsprechend den vorliegenden Informationen zur Grundgesamtheit erfolgte die Zuordnung zu den Altersgruppen anhand des Alters der Teilnehmenden zum Stichtag 30.09.2024. Die Gewichtung erfolgte in feiner gegliederten Altersgruppen als in dieser Tabelle dargestellt.

A1.8 Statistische Testungen (quantitative Analysen)

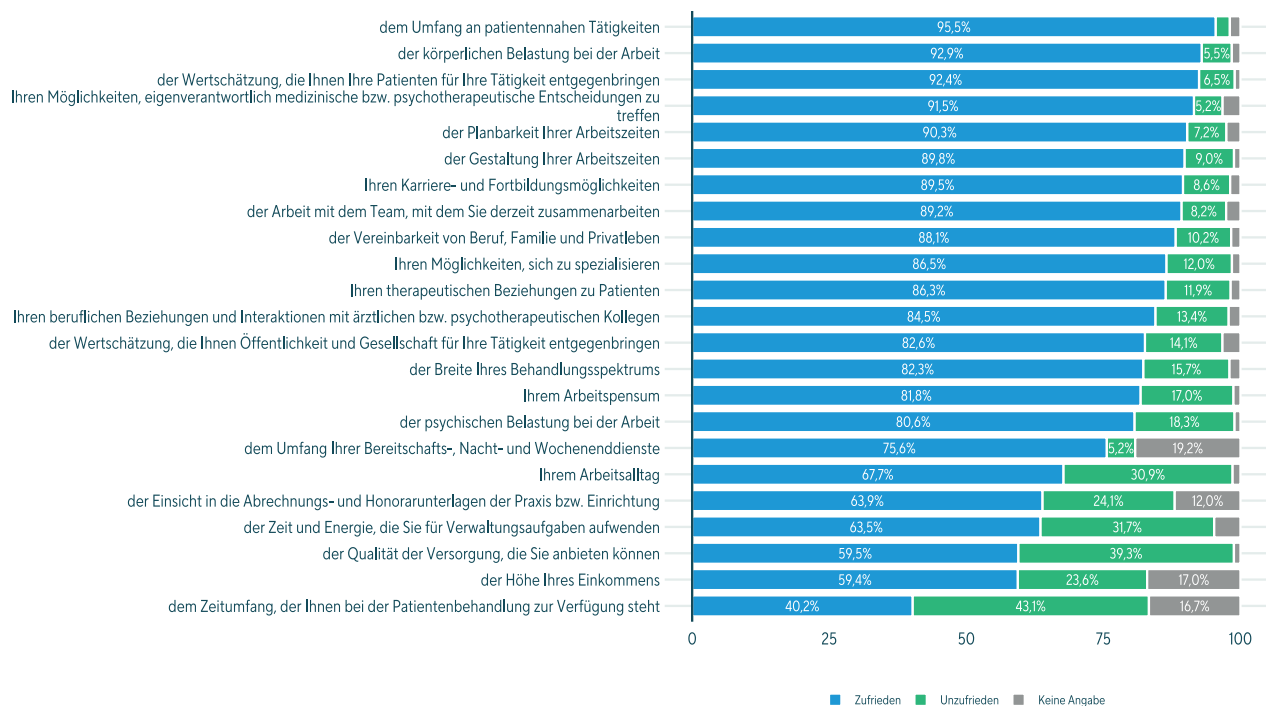
Die im vorliegenden Bericht auf Basis von quantitativen Ergebnissen dargestellten subgruppenbezogenen Unterschiede wurden mithilfe statistischer Testverfahren auf statistische Signifikanz geprüft. Zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede wurden je nach Skalenniveau unterschiedliche Testverfahren angewendet. Für numerische Merkmale, für die Lagemaße berichtet werden, wurden paarweise Mittelwertvergleiche zwischen den Gruppen durchgeführt. Grundlage der Testung waren die je Gruppe ausgewiesenen Fallzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen. Verwendet wurde die Welch-Variante des t-Tests, bei der keine Varianzgleichheit zwischen den Gruppen vorausgesetzt wird.

Für kategoriale Merkmale wurden Chi-Quadrat-Tests verwendet. Dabei wurden nicht die ausgewiesenen Anteilswerte, sondern die zugrunde liegenden gewichteten absoluten Häufigkeiten herangezogen. Bei kategorialen Variablen mit mehreren Antwortoptionen wurde je Merkmal eine Kontingenztafel aus Antwortkategorien und Vergleichsgruppen gegenübergestellt. Der Chi-Quadrat-Test prüft in diesem Fall, ob sich die Verteilung der Antwortoptionen zwischen den Gruppen insgesamt signifikant unterscheidet. Als kritisch wurden insbesondere Fälle angesehen, in denen erwartete Zellhäufigkeiten sehr klein (kleiner 5) ausfallen. Dies betrifft schwach besetzte Gruppen oder Kombinationen aus seltenen Antwortkategorien und kleinen Vergleichsgruppen. In solchen Fällen sollten die p-Werte nicht als belastbarer Nachweis eines Gruppenunterschieds interpretiert werden. Unterschiede zwischen Subgruppen wurden bei der Interpretation der Ergebnisse nur dann hervorgehoben, wenn sie mindestens das 10%-Signifikanzniveau erreichten und zugleich auf ausreichend besetzten Zellen beruhten. Ergebnisse aus sehr kleinen Zellen wurden bei der Interpretation der Ergebnisse nur deskriptiv eingeordnet.

A2 Abbildungen

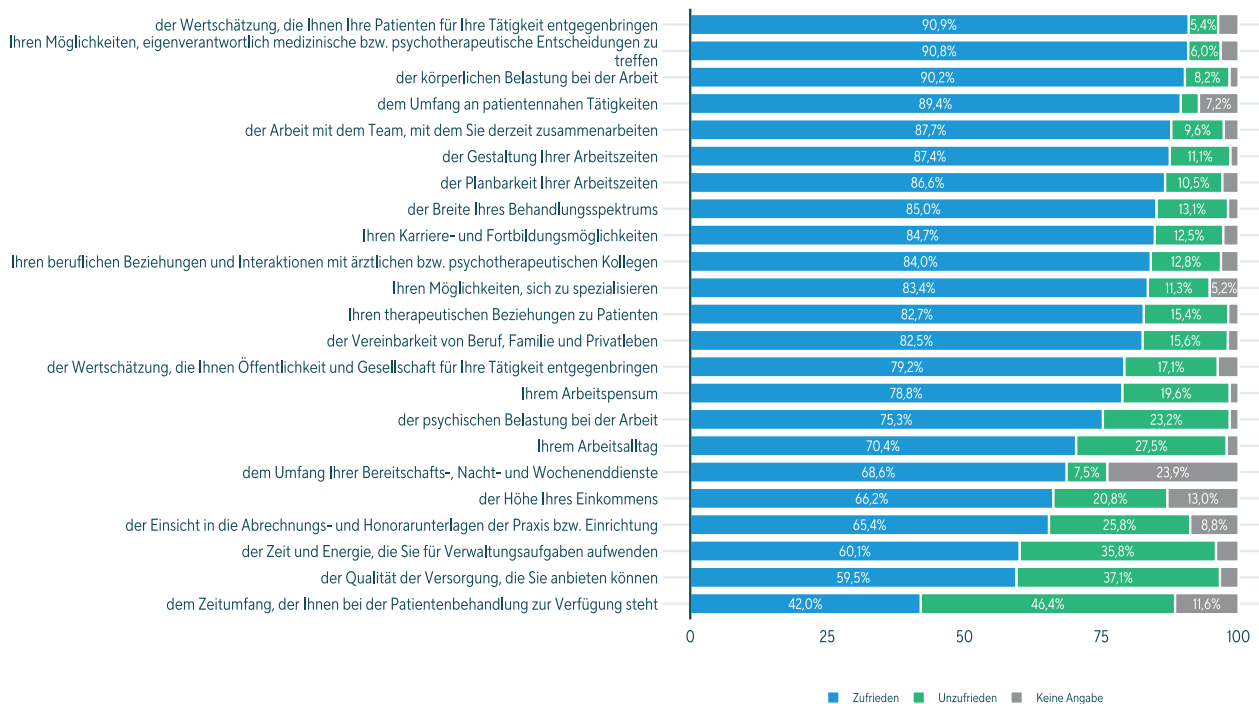
A2.1 Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit

Abbildung 23 **Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Hausärztlicher Versorgungsbereich**
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



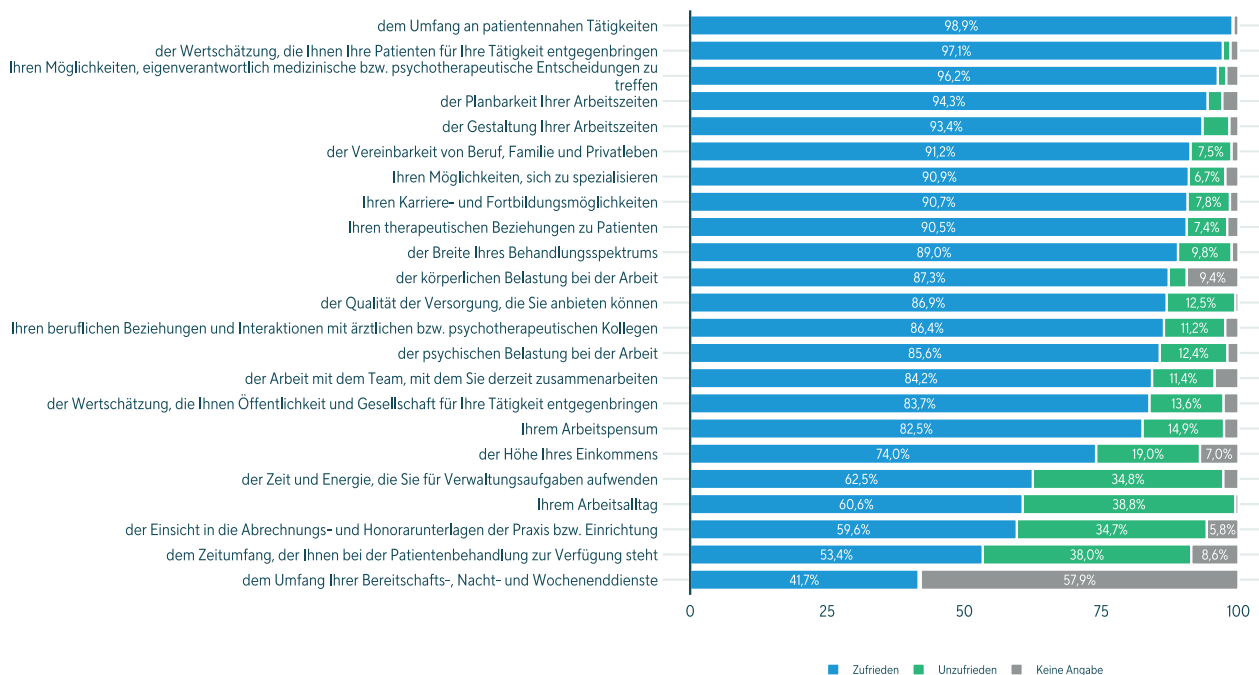
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 842 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet.

Abbildung 24 **Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Fachärztlicher Versorgungsbereich**
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



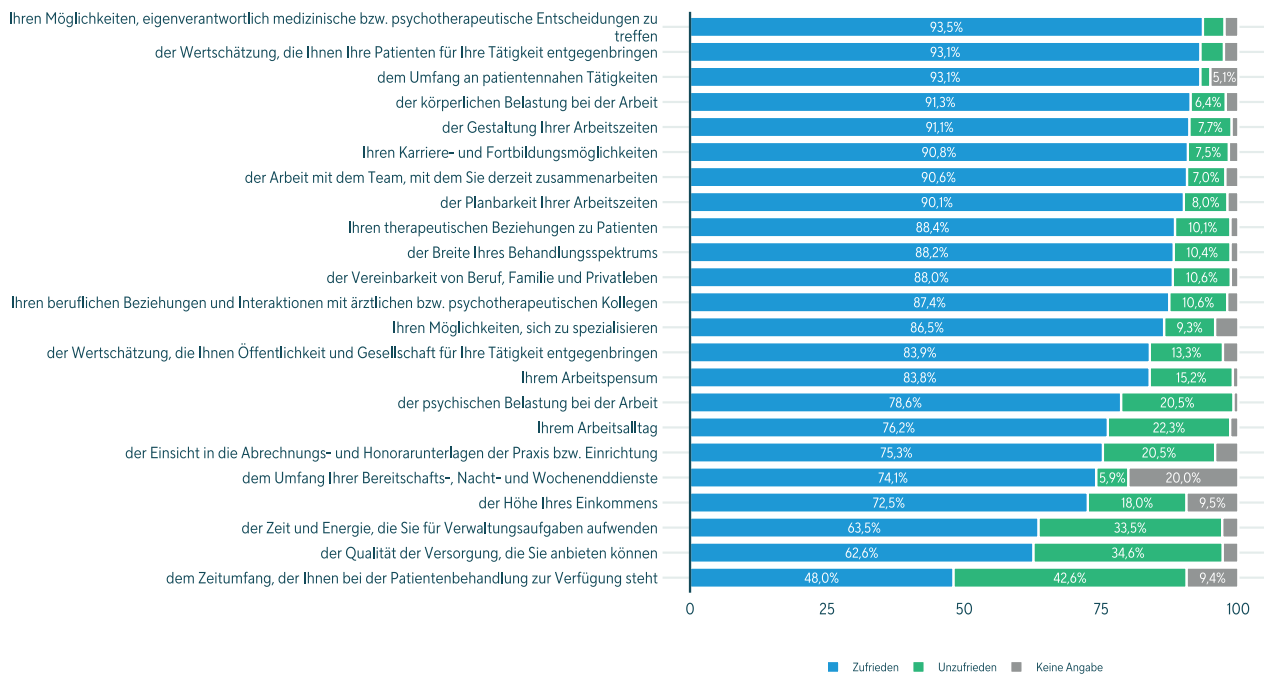
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 1.815 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 25 **Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich**
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



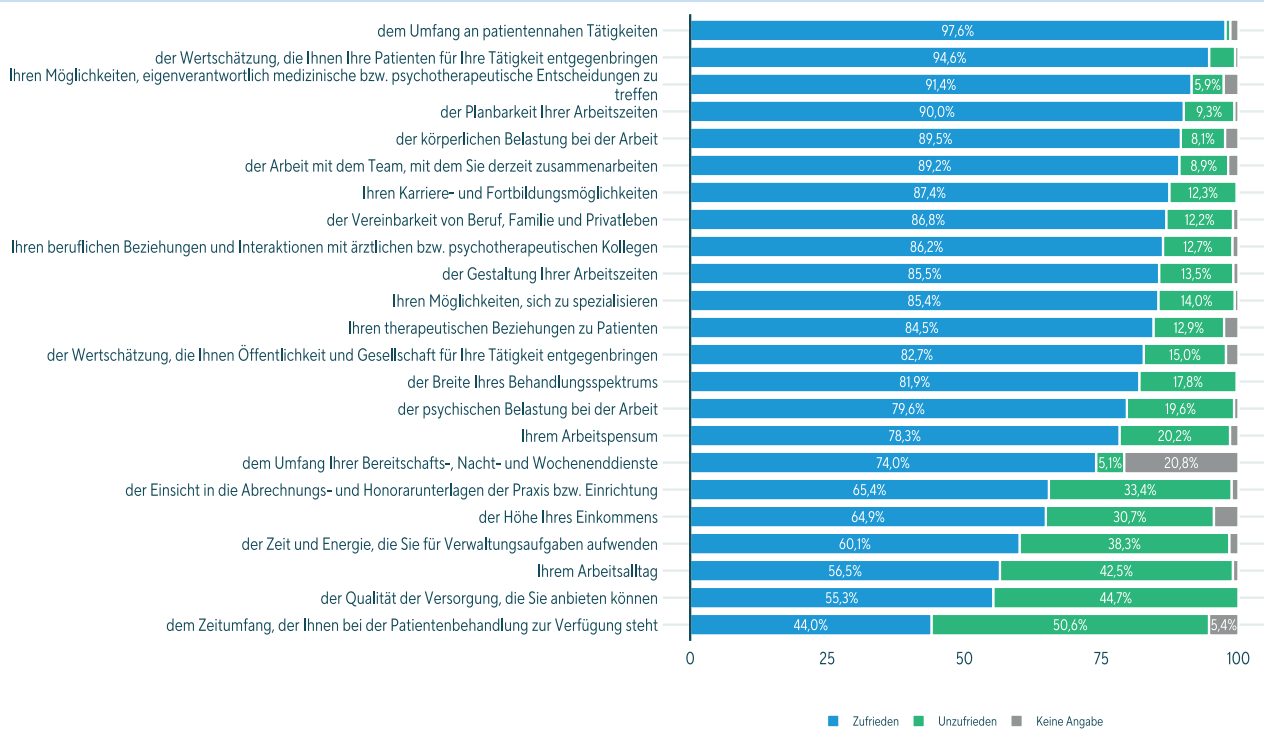
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 390 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 26 **Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Lebenslanges Arbeitsmodell**
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 1.141 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

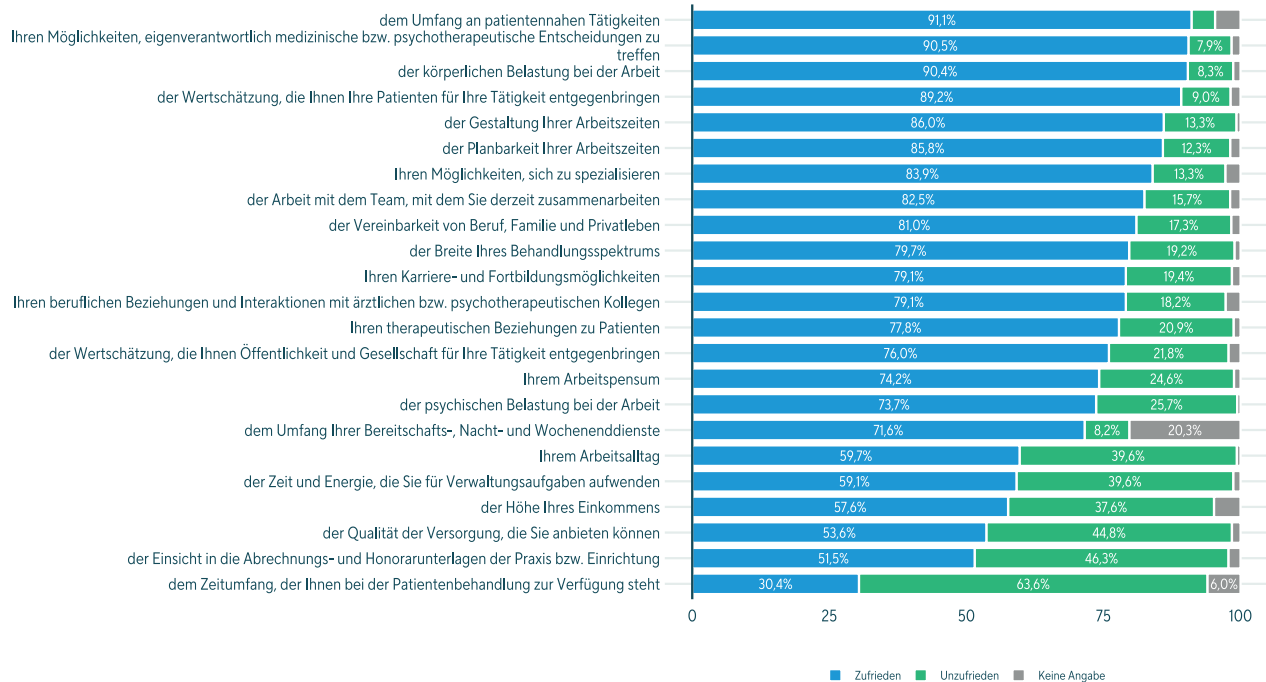
Abbildung 27 **Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Übergangsmodell Niederlassung**
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 536 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 28 Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Übergangsmodell Orientierung

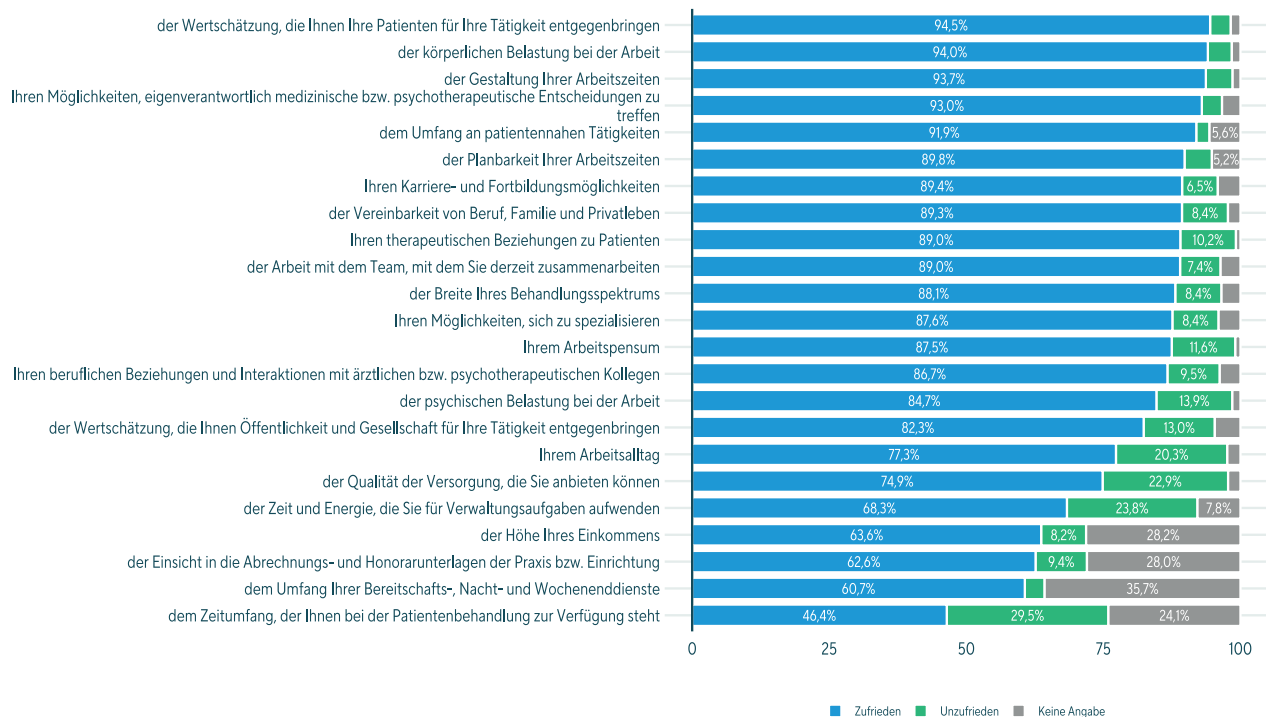
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 487 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 29 Einschätzung der Zufriedenheit mit Merkmalen der aktuellen Tätigkeit - Berufsausstiegsmodell

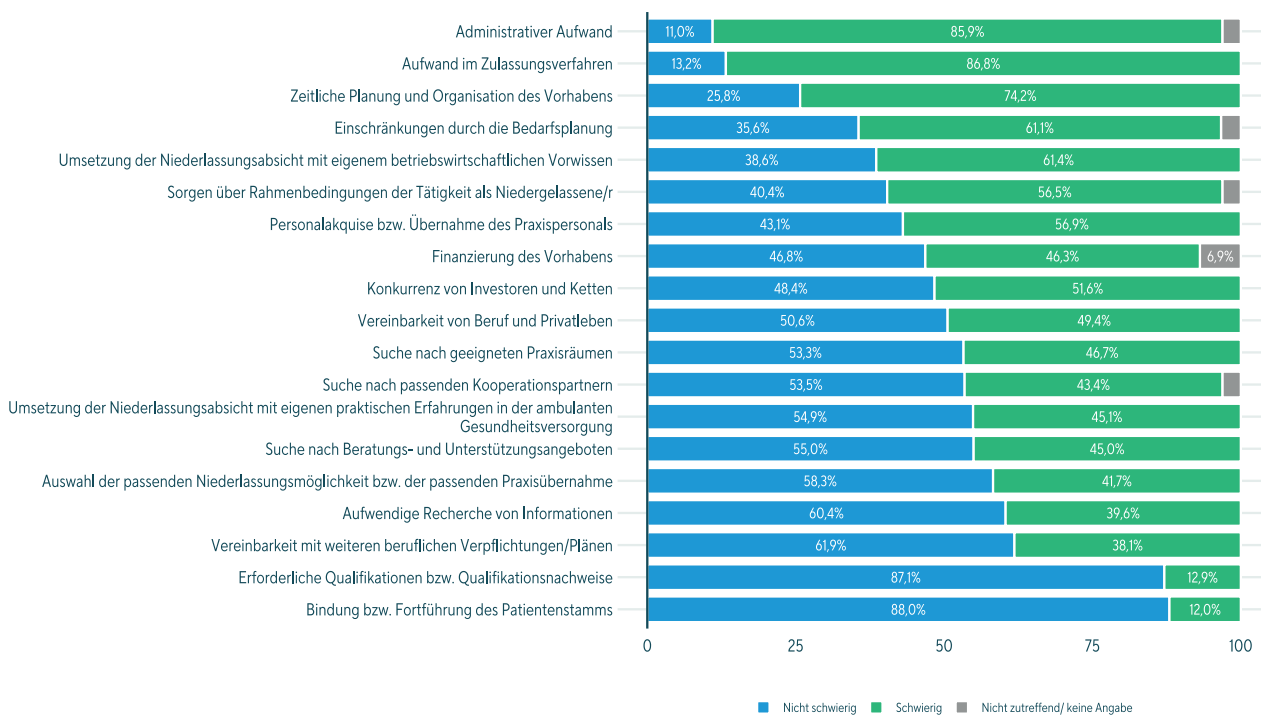
Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Anstellung gegenwärtig mit...?



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 524 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

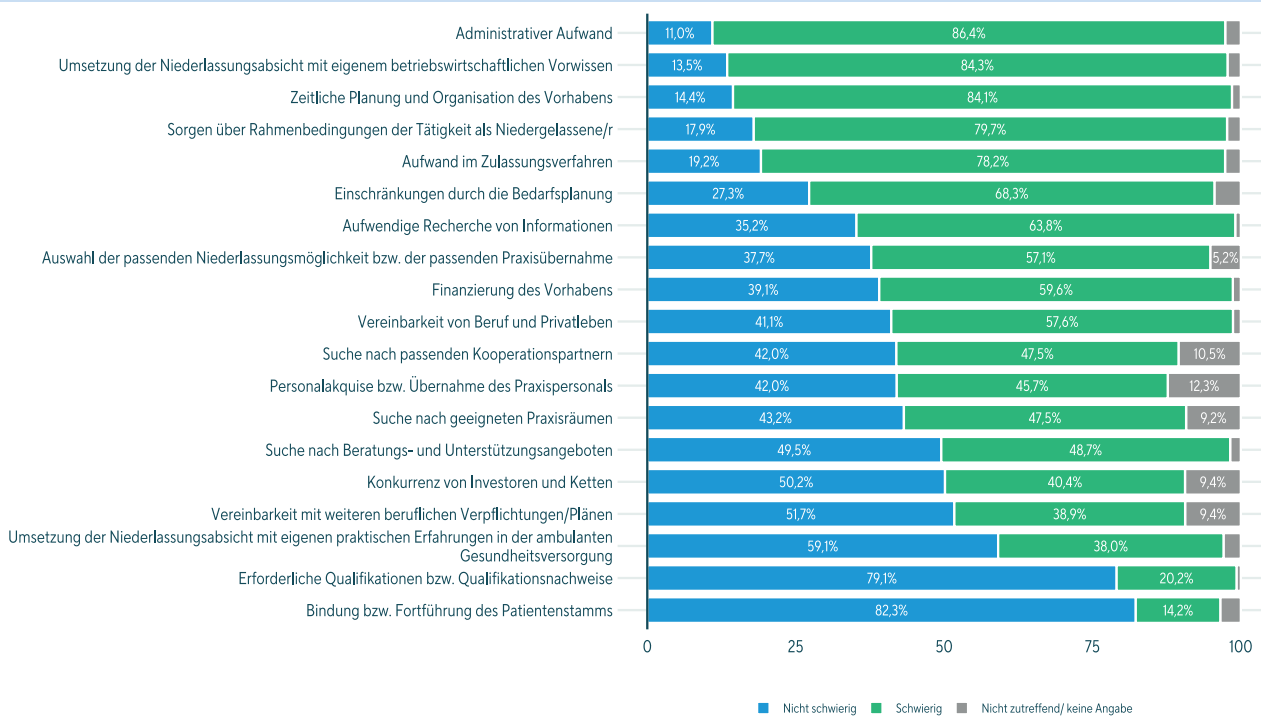
A2.2 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung

Abbildung 30 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Lebenslanges Arbeitsmodell



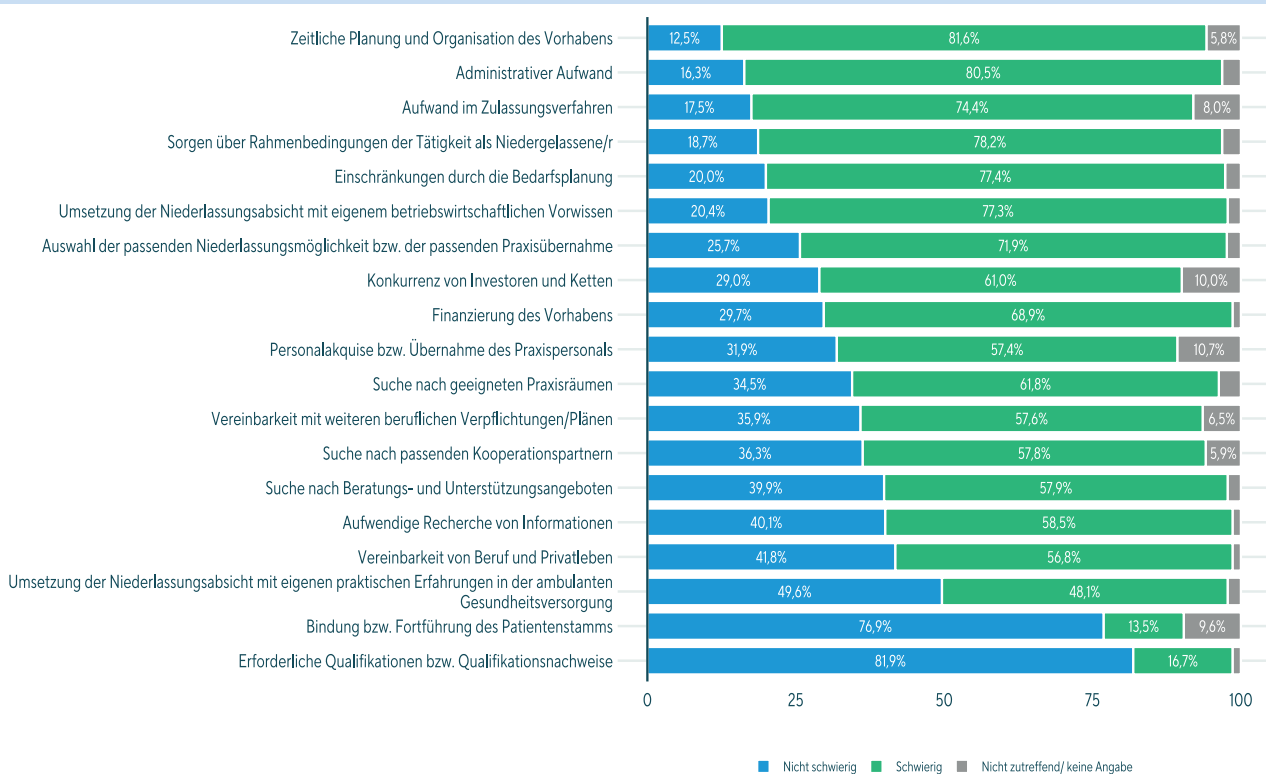
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 1.141 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 31 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Übergangsmodell Niederlassung



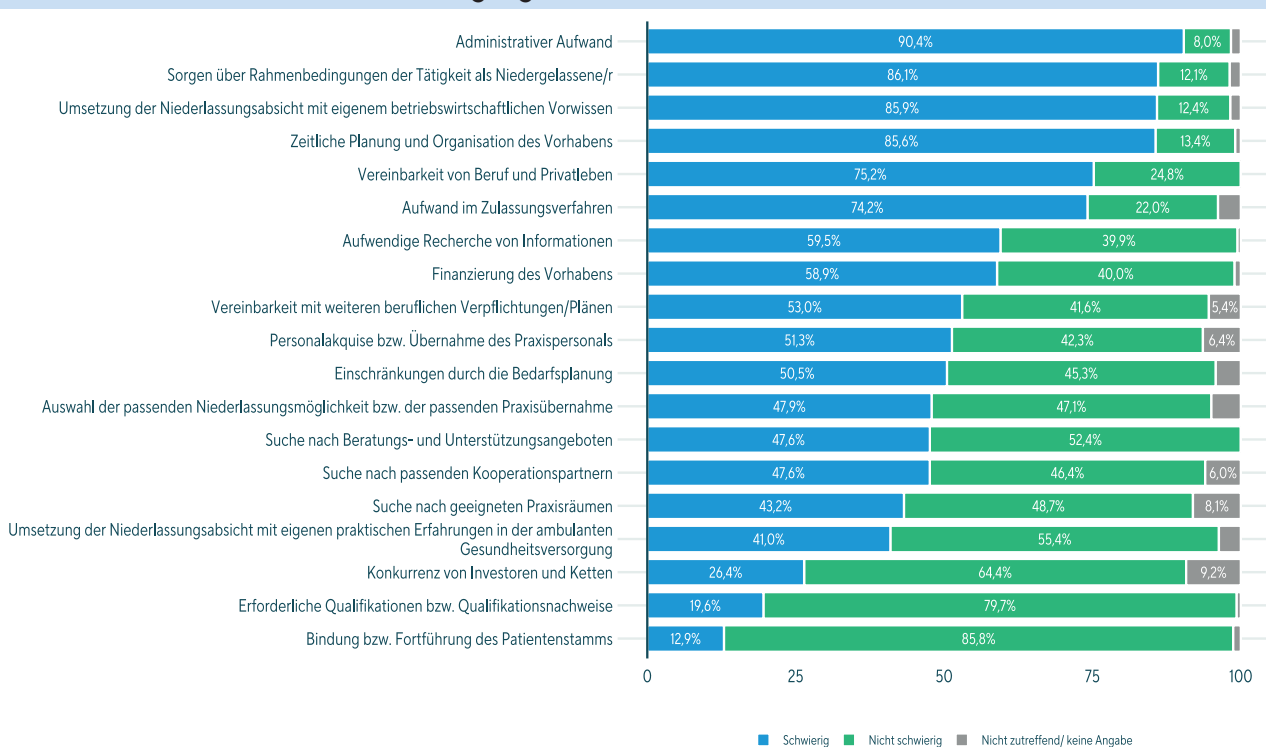
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 536 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 32 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Übergangsmodell Orientierung



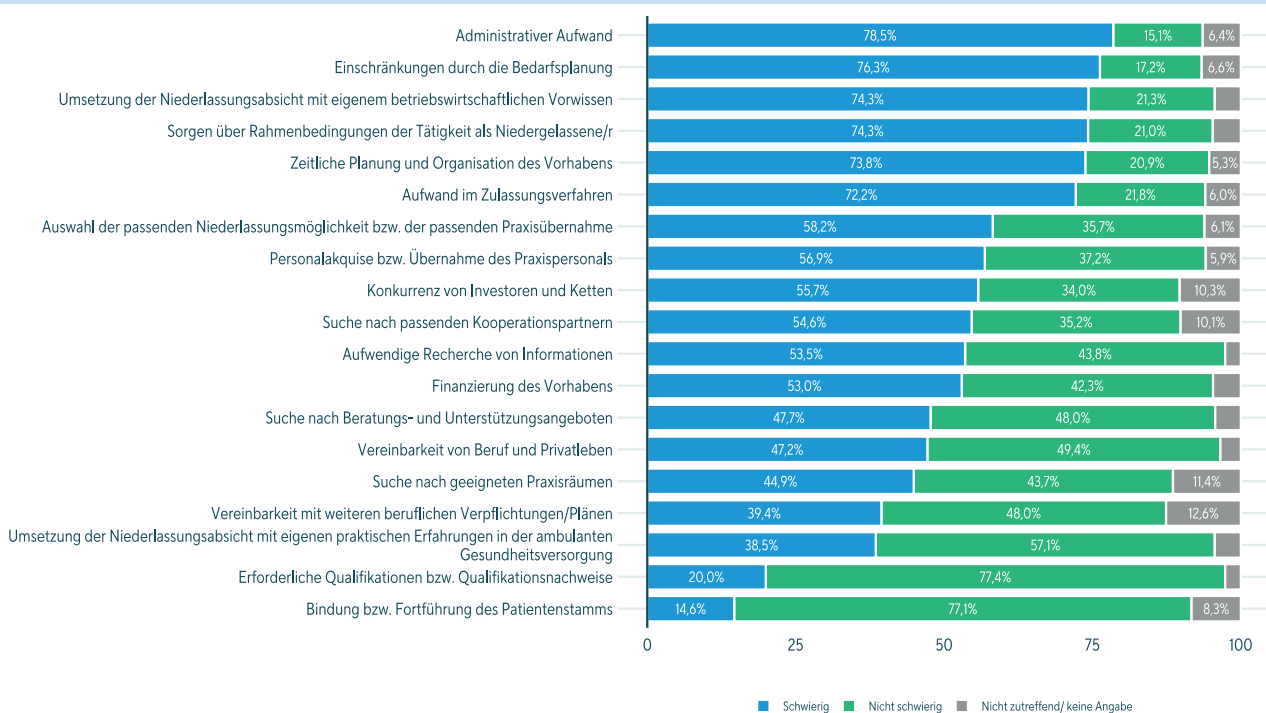
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 524 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 33 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Hausärztlicher Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 842 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 34 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Fachärztlicher Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 1.815 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

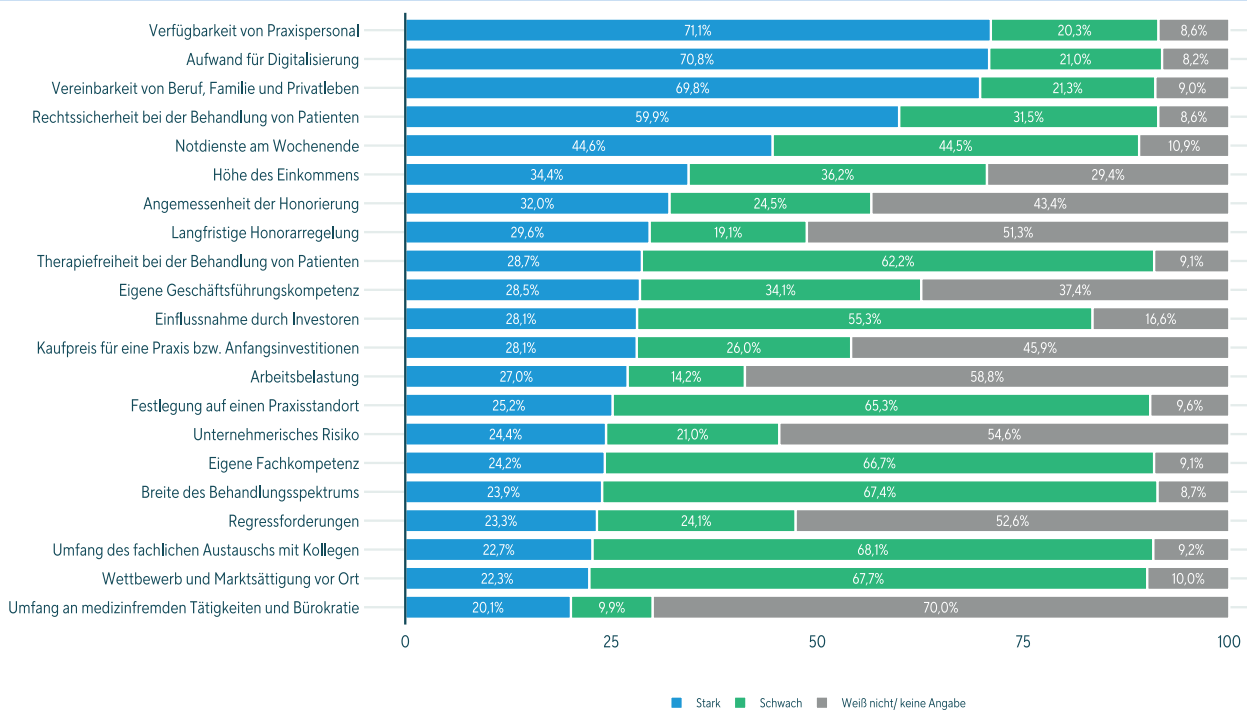
Abbildung 35 Wahrgenommene Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 390 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Nicht schwierig“ und „Eher nicht schwierig“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Eher schwierig“ und „Schwierig“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Nicht zutreffend/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

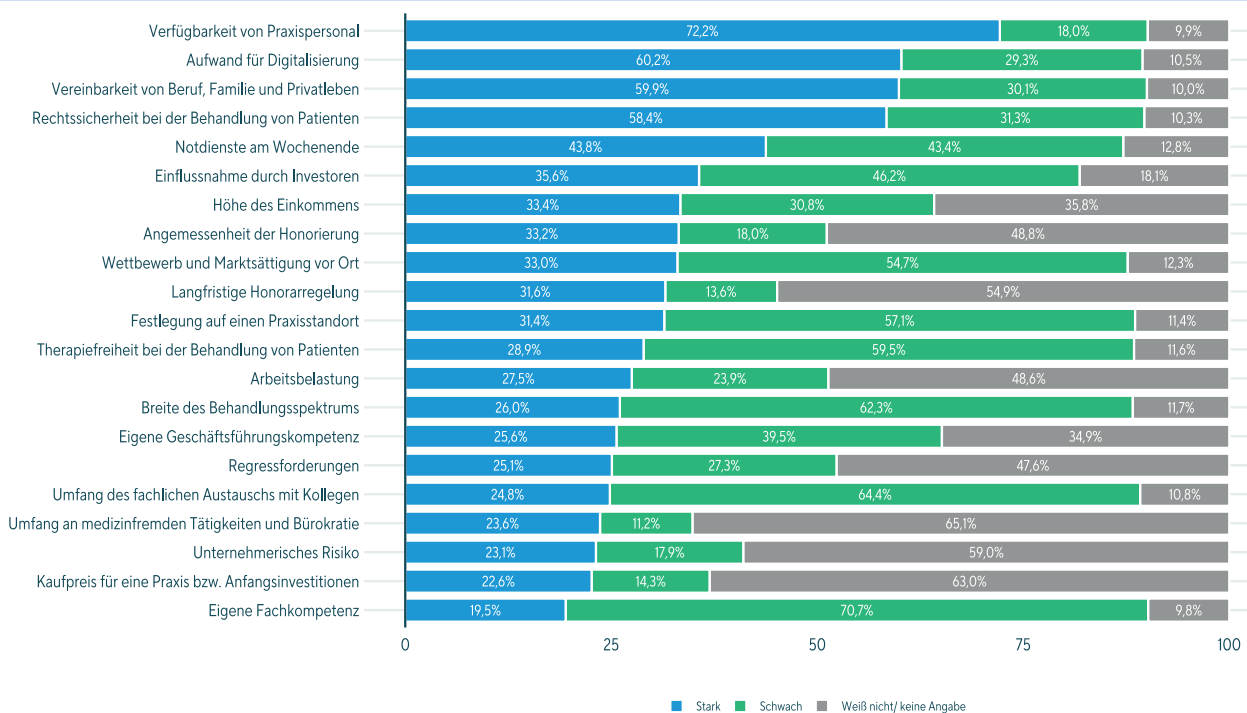
A2.3 Bewertung von Herausforderung hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung

Abbildung 36 Bewertung von Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung - Hausärztlicher Versorgungsbereich



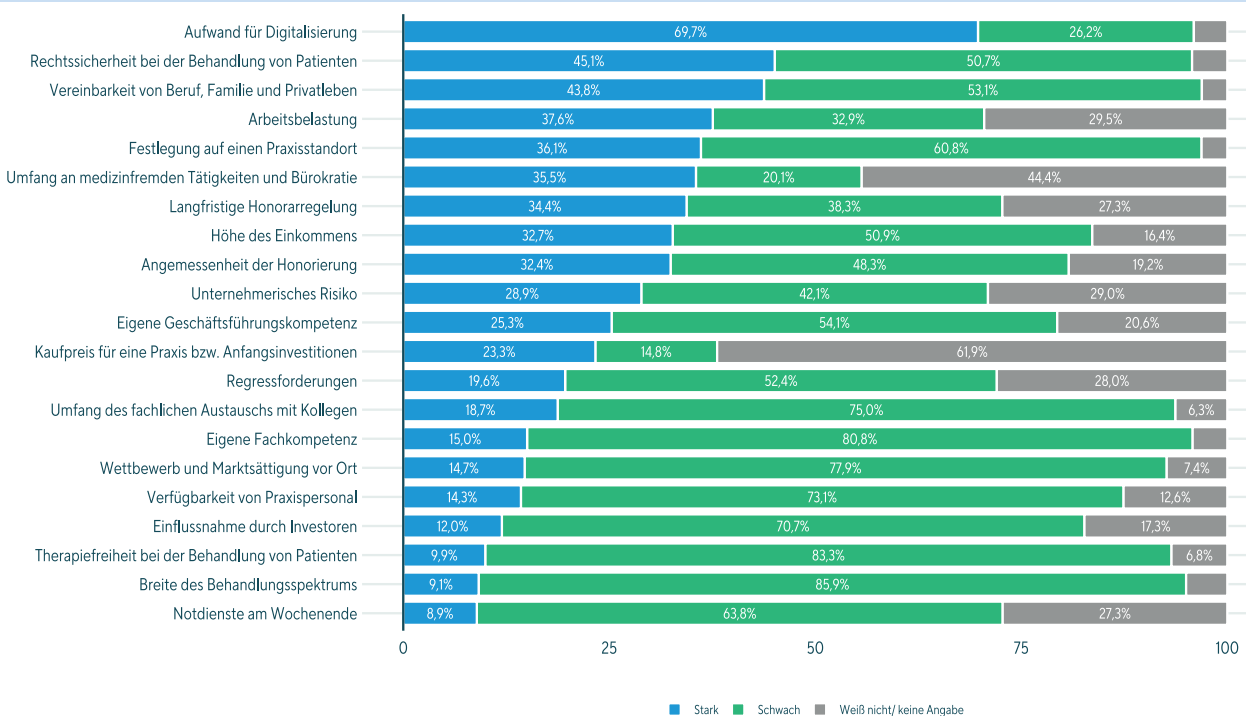
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 842 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 37 Bewertung von Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung - Fachärztlicher Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 1.815 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

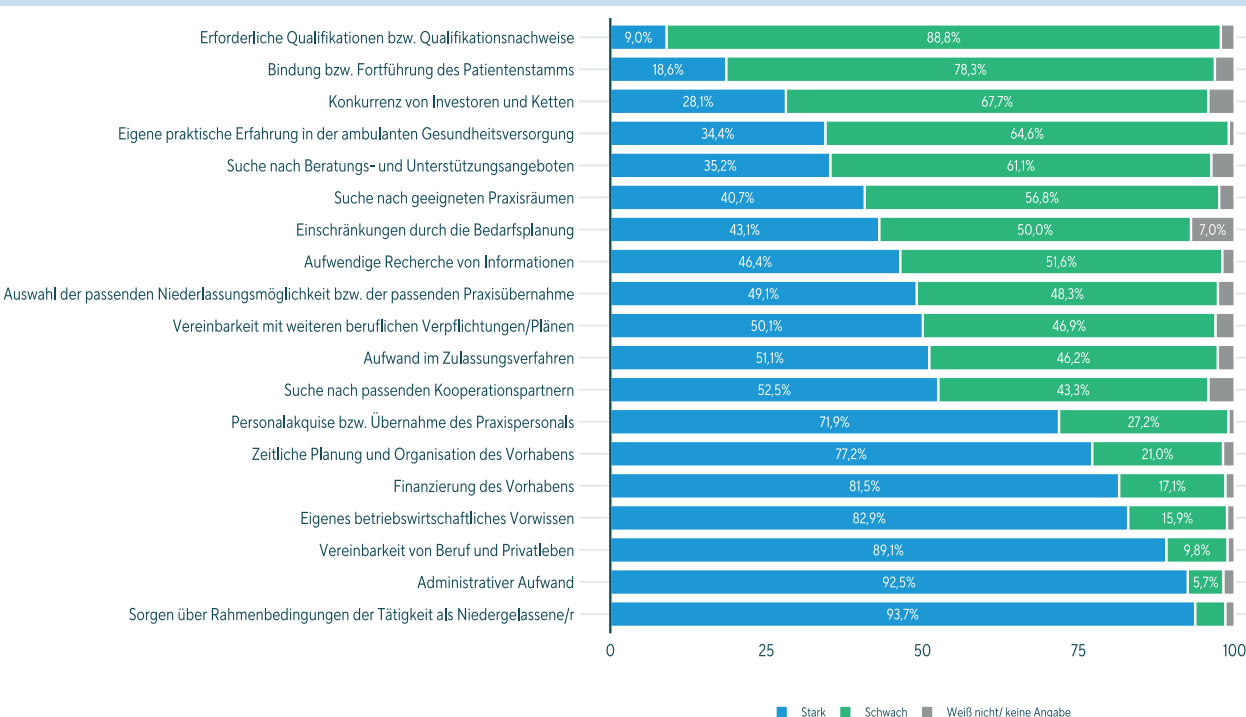
Abbildung 38 Bewertung von Herausforderungen hinsichtlich einer potenziellen Niederlassung - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Items in Anlehnung an Bovier/Perneger (2003) – es wurden eine Übersetzung sowie eigene Anpassungen und Ergänzungen von Unterfragen vorgenommen. Die Analysen beruhen auf 524 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Zufrieden“ und „Eher zufrieden“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Unzufrieden“ und „Eher unzufrieden“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

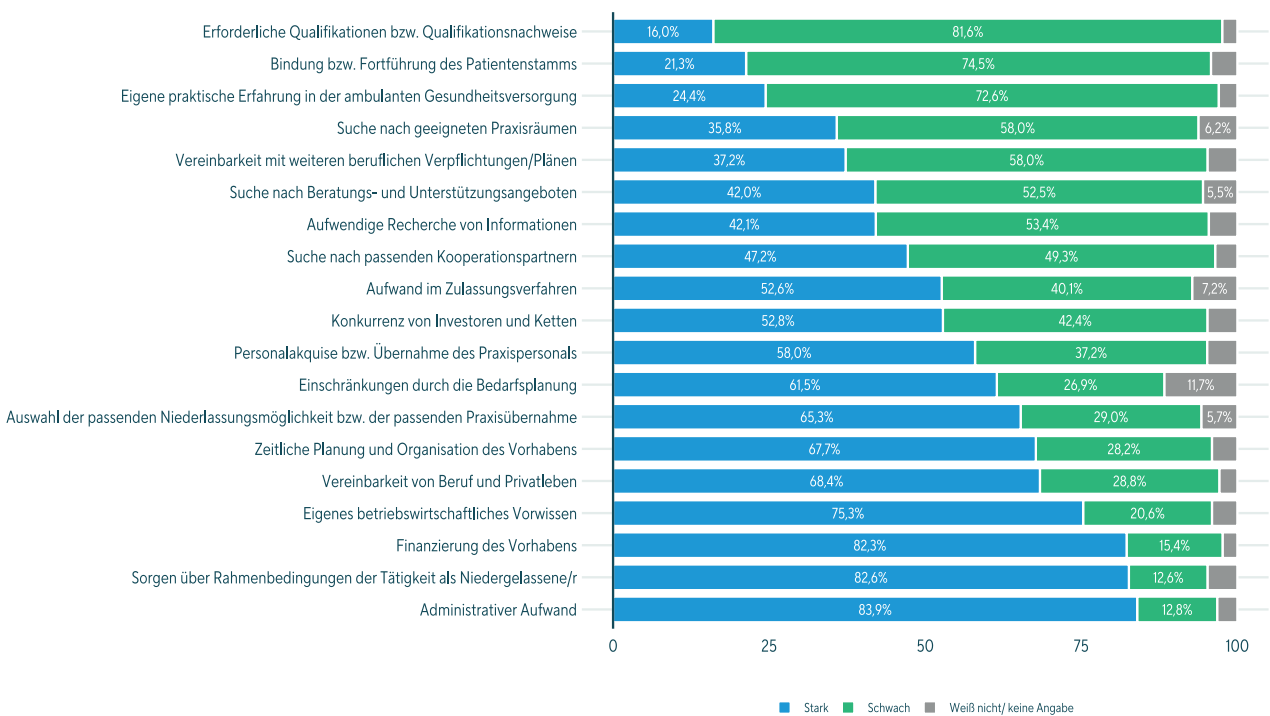
A2.4 Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen

Abbildung 39 Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen - Hausärztlicher Versorgungsbereich



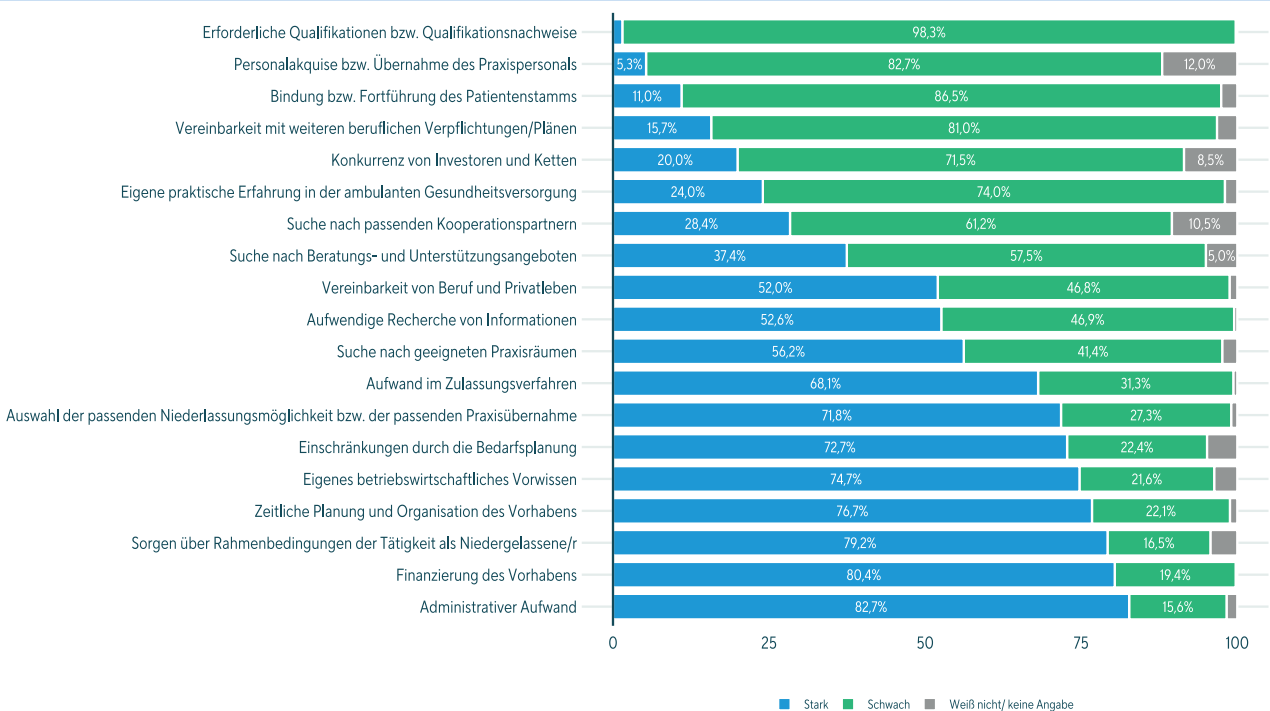
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 842 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 40 Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen - Fachärztlicher Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 1.815 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

Abbildung 41 Bewertung der Gründe für die Unentschlossenheit hinsichtlich Niederlassungsplänen - Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsbereich



Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene Berechnungen. Die Analysen beruhen auf 390 Beobachtungen. Die Antwortkategorien „Sehr stark“ und „Eher stark“ wurden gemeinsam ausgewertet, ebenso wie „Überhaupt nicht“ und „Eher schwach“. Personen, die keine Antwort gegeben haben, sind unter „Weiß nicht/keine Angabe“ erfasst. Alle Ergebnisse gewichtet. Werte kleiner 5 % werden auf den Balken nicht dargestellt.

A3 Tabellen

A3.1 Tabellen zu den Freitextanalysen

Tabelle 53 Kodierungsschema inklusive Reduktion

Hauptmotiv	Einzelmotiv	n	Hauptmotiv nach Reduktion	n nach Reduktion
Karrieresituation (wenn konträr zu der angegebenen): Übergang in die Niederlassung		7	entfernt aufgrund geringer Anzahl von Antworten	
Karrieresituation (wenn konträr zu der in 1.13 angegebenen): Orientierung Richtung Niederlassung		16	entfernt aufgrund geringer Anzahl von Antworten	
Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär (Klinik)		309	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär	309
Im im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen		206	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen	206
Niederlassungssituation: Niederlassung in Aussicht		30	Niederlassungssituation: Niederlassung in Aussicht	30
Niederlassungssituation: Niederlassung aktuell nicht möglich		78	Niederlassungssituation: Niederlassung aktuell nicht möglich	78
Niederlassungssituation: Niederlassung aktuell nicht gewünscht		32	Niederlassungssituation: Niederlassung aktuell nicht gewünscht	32
Niederlassungssituation: (Wieder-)Einstieg in den Beruf / die Selbstständigkeit		54	Niederlassungssituation: (Wieder-) Einstieg in den Beruf / die Selbstständigkeit	54
Niederlassungssituation: andere Karrieresituation		11	entfernt aufgrund geringer Anzahl von Antworten	
inhaltliche Präferenzen der aktuellen Praxis/Patienten		46	Inhaltliche Präferenzen der aktuellen Praxis/Patienten	46
Gelegenheit hat sich ergeben		13	Gelegenheit hat sich ergeben	13
positive Faktoren der aktuellen Praxis (Team, Nähe, Räume)		59	Positive Faktoren der aktuellen Praxis (Team, Nähe, Räume)	59
persönliche (z.B. gesundheitliche) Gründe		22	Persönliche (z.B. gesundheitliche) Gründe	22
Neugier / was Neues sehen wollen / fachliche Erfahrungen und Herausforderungen		14	entfernt aufgrund geringer Anzahl von Antworten	

Hauptmotiv	Einzelmotiv	n	Hauptmotiv nach Reduktion	n nach Reduktion
Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben / Familie / Familienplanung / Zeit für Privatleben		335	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben / Familie / Familienplanung / Zeit für Privatleben	335
Arbeitszeit	flexibel	68	Arbeitszeit	408
	geregelt/planbar	108	Arbeitszeit	
	Teilzeit/stundenreduziert	55	Arbeitszeit	
	freie Wochenenden / Feiertage / Nächte	133	Arbeitszeit	
	besser (unspezifisch)	29	Arbeitszeit	
	familienfreundlich	15	Arbeitszeit	
Nebentätigkeit		21	Nebentätigkeit	21
Sicherheit		113	Sicherheit	113
Arbeitsbelastung/Stress: geringer		51	Arbeitsbelastung / Stress: geringer	51
Gestaltungsfreiheit/Selbstständigkeit bei Patientenbehandlung		79	Gestaltungsfreiheit/Selbstständigkeit bei Patientenbehandlung	79
Abwechslungsreichtum, breites Behandlungsspektrum		24	Abwechslungsreichtum, breites Behandlungsspektrum	24
Wertschätzung /Atmosphäre / ohne Hierarchie		66	Wertschätzung /Atmosphäre / ohne Hierarchie	66
unkompliziertes Arbeiten / Fokus auf Kernarbeit		28	unkompliziertes Arbeiten / Fokus auf Kernarbeit	28
Austausch / Kooperation im Team		31	Austausch / Kooperation im Team	31
Patienten/Arbeitsweise	langfristiger Kontakt	84	Patienten/Arbeitsweise	105
	bessere/enge/holistische Behandlung	63	(Patienten/Arbeitsweise)	
eigene Patienten/Räume haben		8	entfernt aufgrund geringer Anzahl von Antworten	
Einkommen: gut		45	Einkommen: gut	45
Weiterbildungs/ -entwicklungsmöglichkeiten/Karriere		31	Weiterbildungs/ -entwicklungsmöglichkeiten/Karriere	31
sich noch nicht festlegen wollen / flexibler Jobwechsel möglich		17	entfernt aufgrund geringer Anzahl von Antworten	
Kontakte für Niederlassung		6	entfernt aufgrund geringer	

Hauptmotiv	Einzelmotiv	n	Hauptmotiv nach Reduktion	n nach Reduktion
Orientierung / Unwissen / Entscheidung für/gegen Niederlassung		27	Orientierung / Unwissen / Entscheidung für/gegen Niederlassung	27
Kennenlernen / Vorbereitung / Planung / Erfahrung sammeln für Niederlassung		94	Kennenlernen / Vorbereitung / Planung / Erfahrung sammeln für Niederlassung	94
Vermeidung stationärer Arbeitsbedingungen	Schicht-/Nacht-/ Wochenenddienste	83	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär	135
	Überstunden/Vertretung/Notstand	23	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär	
	Desorganisation / Strukturen im Krankenhaus	11	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär	
	andere Arbeitsbedingungen im stationären Bereich	18	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-stationär	
Vermeidung von Arbeitsbedingungen in der Niederlassung	Verantwortungsübernahme (organisatorisch, ökonomisch)	71	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen	159
	Investition in Praxis: hoch	31	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen	
	Risiko (finanziell, ökonomisch, Profitdruck)	51	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen	
	andere Arbeitsbedingungen in der Niederlassung	6	Im Freitext aufgestellter Vergleich: Vergleich ambulant/angestellt-niedergelassen	
Vermeidung von Bürokratie-/Organisationsaufgaben		66	Vermeidung von Bürokratie-/Organisationsaufgaben	66
Flexibilität (allgemein)		35	Flexibilität (allgemein)	35
NA		5	NA	5
Datenbasis: KWEX-A 2025, Zi, 2026, eigene qualitative Auswertung, Ergebnisse ungewichtet. Hinweise: Mehrere Themen pro Einzelantwort möglich. Anzahlen von gemeinsamer Nennung von Themen. Antworten mit weniger als 20 Nennungen werden nicht dargestellt. In Bezug zur Frage Freitextfrage „Welche Gründe und Motive haben Sie dazu bewogen, sich für eine Anstellung in der ambulanten Versorgung zu entscheiden? Bitte führen Sie hierzu aus“.				

A3.2 Zusätzliche Tabellen

Tabelle 54 Lagemaße zu vertraglich vereinbarten und tatsächlichen Arbeitszeiten, nach Karrieremodell											
Lagemaß		Analysefälle									
		Karrieremodell									
		Gesamt		Lebenslanges Arbeitsmodell		Übergangsmodell Niederlassung		Übergangsmodell Orientierung		Berufsausstiegsmodell	
		ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit (in Stunden)											
Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583	
Mittelwert	27,87	24,02	29,91	26,91	26,86	24,23	27,36	23,83	26,41	22,1	
Standardabweichung	10,17	11,5	9,51	11,02	9,16	10,4	9,92	11,22	11,06	11,6	
Median	30	20	31	28	26	20	26,5	20	25	20	
Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit (in Stunden)											
Anzahl	3.047	3.047	1.141	1.083	536	440	487	482	524	583	
Mittelwert	30,73	26,99	32,93	30,14	29,05	26,8	30,09	26,71	29,37	24,87	
Standardabweichung	11,48	12,76	11,15	12,52	9,6	10,85	10,65	11,97	12,76	13,09	
Median	30	25	33	30	29	25	30	25	30	22	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.											
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. Spalten für die Karrieremodell-Ausprägungen „Keine Angabe“ und „Sonstiges“ werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt.											

Tabelle 55 Dauer und Befristung der aktuellen Anstellung, nach Versorgungsbereich								
Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Dauer der aktuellen Anstellung								
bis zu 1 Jahr	914	31,8%	270	35,5%	494	28,8%	150	40,9%
2-3 Jahre	725	22,9%	194	21,3%	418	23,1%	113	29,0%
4-6 Jahre	634	20,1%	177	20,0%	378	20,2%	79	19,3%
7-10 Jahre	391	13,2%	105	12,5%	253	14,2%	33	8,1%
11-15 Jahre	240	7,7%	52	6,4%	179	9,2%	9	1,4%
16-20 Jahre	89	2,3%	.	.	58	2,5%	.	.
über 20 Jahre	37	1,1%	.	.	26	1,3%	.	.
Keine Angabe	17	0,8%	7	0,9%	9	0,7%	1	0,2%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Befristung der Anstellung								
Befristet	165	5,6%	45	5,9%	106	5,7%	14	3,8%
Unbefristet	2.856	93,6%	788	92,9%	1.696	93,7%	372	95,4%
Keine Angabe	26	0,8%	9	1,2%	13	0,6%	4	0,7%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 56 Anzahl an Niedergelassenen und ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Angestellten in der Praxis der Befragten, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Lagemaß	Analysefälle							
		Gesamt						Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
				Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung			
		ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Anzahl der in der Praxis oder Einrichtung tätigen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Fachkräfte									
Niedergelassene	Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
	Mittelwert	1,35	1,25	1,33	1,26	1,44	1,28	0,96	0,9
	Standardabweichung	2,99	2,77	1,27	1,23	3,75	3,43	1,04	0,99
	Median	1	1	1	1	0	0	1	1
angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
	Mittelwert	3,88	3,89	2,47	2,61	4,35	4,39	4,73	5,33
	Standardabweichung	5,58	5,62	3,43	3,37	6,13	6,2	6,06	7,31
	Median	2	2	2	2	3	3	2	2
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.									
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet.									

Tabelle 57 Anzahl weiterer ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Angestellter in der Praxis der Befragten, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Lagemaß	Analysefälle							
		Gesamt		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung					
				Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung			
				ungew.	gew.	ungew.	gew.		
Anzahl der in der Praxis oder Einrichtung tätigen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Fachkräfte									
Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Weiterbildung	Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
	Mittelwert	0,57	0,51	0,56	0,55	0,5	0,45	0,9	0,84
	Standardabweichung	2,45	1,84	1,04	1,05	1,9	1,71	5,27	4,17
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten	Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
	Mittelwert	0,12	0,11	0,09	0,11	0,11	0,1	0,26	0,22
	Standardabweichung	0,64	0,55	0,35	0,44	0,65	0,56	0,98	0,83
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Anzahl	3.047	3.047	842	976	1.815	1.850	390	221
	Mittelwert	0,14	0,16	0,05	0,04	0,11	0,12	0,49	1,02
	Standardabweichung	2,13	2,4	0,39	0,36	1,03	1,11	5,49	8,28
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.									
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet.									

Tabelle 58 Finanzielle Förderung der Anstellung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Finanzielle Förderung der Anstellung (Mehrfachangaben möglich)								
Ja, von der Kassenärztlichen Vereinigung	48	1,6%	12	1,5%	30	1,6%	6	1,3%
Ja, von Anderen	24	1,1%	.	.	19	1,4%	.	.
Nein	2.675	88,2%	790	93,7%	1.614	87,7%	271	68,3%
Weiß nicht	289	9,1%	.	.	148	9,3%	.	.
Total mit mind. einer Angabe	3.035		837		1.810		388	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

Tabelle 59 Anteile von Befragten in Anstellung als Jobsharing-Partner, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Aktuell als Jobsharing-Partner angestellt								
Ja	291	9,5%	62	8,1%	173	9,7%	56	13,3%
Nein	2.631	86,3%	741	87,1%	1.569	86,2%	321	84,3%
Keine Angabe	125	4,2%	39	4,8%	73	4,1%	13	2,4%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 60 Personen mit stationärer Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Versorgungsbereich								
Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen in Familie und Freundeskreis mit stationärer Anstellung								
Ja	2.221	73,3%	603	70,9%	1.366	75,7%	252	63,6%
Nein	807	26,1%	232	28,4%	437	23,7%	138	36,4%
Keine Angabe	19	0,6%	7	0,7%	12	0,6%	0	0,0%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Falls ja (Mehrfachangaben möglich)								
Ja, Freunde	1.836	82,2%	480	79,9%	1.131	82,6%	225	89,4%
Ja, andere Familienmitglieder	683	33,1%	206	35,7%	426	33,0%	51	21,8%
Ja, mindestens ein Elternteil	201	10,0%	50	8,9%	139	11,2%	12	4,5%
Total mit mind. einer Angabe	2.215		601		1.364		250	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

Tabelle 61 Zusätzliche Erwerbstätigkeit und Art der Nebentätigkeit, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ausführung zusätzlicher Erwerbstätigkeit								
Ja	836	35, 5%	222	31, 1%	486	37, 4%	128	39, 2%
Nein	2.154	62, 8%	604	67, 0%	1.297	61, 1%	253	58, 1%
Keine Angabe	57	1, 7%	16	1, 9%	32	1, 4%	9	2, 7%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Art der Nebentätigkeit (Mehrfachangaben möglich)								
Angestellt in einer Klinik	273	46, 7%	41	25, 8%	209	58, 7%	23	24, 3%
Lehrtätigkeit	164	18, 7%	44	25, 2%	79	14, 7%	41	28, 2%
Gutachter	94	10, 6%	.	.	75	13, 1%	.	.
Selbstständig mit Privatpraxis	79	7, 8%	12	5, 9%	27	5, 8%	40	30, 3%
Forschung	48	6, 9%	8	6, 0%	32	7, 7%	8	4, 2%
Angestellt in weiterer vertragsärztl. bzw. psychoth. Praxis	30	3, 0%	.	.	19	3, 2%	.	.
Supervisor	26	1, 4%	0	0, 0%	.	.	.	.
Zeitarbeit	19	1, 7%	.	.	11	1, 3%	.	.
Selbstständig mit vertragsärztl. bzw. psychoth. Praxis (Kassenzitz)	17	2, 0%	.	.	12	2, 7%	.	.
Angestellt in einem MVZ	15	1, 9%	.	.	11	2, 4%	.	.
Selbstständig in einer Ausbildungsambulanz	8	0, 7%	0	0, 0%	.	.	.	.
Selbstständig in einer Lehrpraxis	.	.	.	.	0	0, 0%	.	.
Selbstständig in einem MVZ	.	.	0	0, 0%	.	.	0	0, 0%
Angestellt in einer Privatpraxis	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonstiges	320	32, 0%	139	56, 1%	151	22, 5%	30	22, 7%
Total mit mind. einer Angabe	834		222		484		128	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

Tabelle 62 Verantwortungsbereiche der Befragten, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Besondere Verantwortlichkeiten in aktueller Position (Mehrfachangaben möglich)								
Leistungsabrechnung	766	23,1%	202	21,7%	480	24,1%	84	20,3%
Budgetplanung	166	5,1%	.	.	128	6,2%	.	.
Personalverantwortung	592	18,9%	134	14,8%	445	23,1%	13	2,0%
Organisatorische Aufgaben (z. B. Dienstplanung, Praxismanagement)	894	28,3%	213	24,6%	583	30,8%	98	23,9%
Qualitätsmanagement (z. B. Überwachung von Hygienestandards)	621	19,7%	124	14,2%	458	23,7%	39	9,8%
Praxisentwicklung und Strategie (z. B. Ausweitung des Leistungsspektrums, Kooperationen mit anderen Einrichtungen)	719	22,9%	163	17,6%	517	27,4%	39	8,8%
Ausbildung und Mentoring von Ärzten bzw. Psychotherapeuten in Weiterbildung	670	21,4%	255	28,4%	389	19,7%	26	4,9%
Supervision von angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten	357	11,4%	98	10,7%	247	12,8%	12	1,8%
Schnittstelle zum Management (z. B. Koordination mit Verwaltung oder Geschäftsführung)	604	20,5%	123	15,0%	452	25,0%	29	7,2%
Keine	1.166	40,9%	317	41,0%	624	38,2%	225	63,4%
Sonstiges	200	6,4%	81	8,8%	110	5,6%	9	2,4%
Total mit mind. einer Angabe	3.012		834		1.798		380	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

Tabelle 63 Vertragliche und tatsächliche Wochenarbeitszeit, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Karrieremodell							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit								
bis 10 Stunden	209	19,1%	40	14,4%	120	20,4%	49	28,3%
über 10 bis 20 Stunden	773	34,4%	233	40,3%	359	29,1%	181	52,9%
über 20 bis 30 Stunden	705	10,9%	241	14,2%	350	9,1%	114	11,7%
mehr als 30 Stunden	1.360	35,6%	328	31,1%	986	41,4%	46	7,2%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit								
bis 10 Stunden	125	11,0%	30	9,5%	74	11,9%	21	10,7%
über 10 bis 20 Stunden	510	26,2%	153	28,0%	244	23,6%	113	39,4%
über 20 bis 30 Stunden	921	24,3%	296	29,0%	440	20,2%	185	36,8%
mehr als 30 Stunden	1.476	38,0%	360	33,1%	1.045	43,6%	71	13,1%
Keine Angabe	15	0,5%	3	0,3%	12	0,7%	0	0,0%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. Null-Stunden-Angaben resultieren aus Angestelltenverhältnissen mit flexibler Einsatzplanung.								

Tabelle 64 Vergangene Zeit seit Abschluss der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle					
	Versorgungsbereich					
	Gesamt		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit seit Abschluss der postgradualen Psychotherapieausbildung						
bis zu 1 Jahr	68	18,1%	.	.	.	.
2-3 Jahre	92	23,2%	.	.	.	.
4-6 Jahre	115	29,5%	.	.	.	.
7-10 Jahre	57	13,4%	0	0,0%	57	14,2%
11-15 Jahre	25	7,2%	.	.	.	.
16-20 Jahre	15	3,7%	0	0,0%	15	3,9%
über 20 Jahre	13	4,5%	.	.	.	.
Keine Angabe	1	0,4%	1	6,5%	0	0,0%
Total	386	100%	13	100%	373	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.						
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.						

Tabelle 65 Art der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle					
	Versorgungsbereich					
	Gesamt		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Art der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung (Mehrfachangaben möglich)						
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	85	24, 2%	6	58, 6%	79	22, 1%
Psychologische/r Psychotherapeut/in	312	78, 3%	7	41, 4%	305	80, 6%
Total mit mind. einer Angabe	386		13		373	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.						
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.						

Tabelle 66 Berufsgruppen bzw. Fachbezeichnungen, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Berufsgruppe/Fachbezeichnung								
Arzt bzw. ärztl. Psychotherapeut	2.661	92,8%	842	100%	1.802	99,3%	17	6,3%
psych. Psychotherapeut bzw. KJP-Psychotherapeut	386	7,2%	0	0,0%	13	0,7%	373	93,7%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. 'KJP-Psychotherapeut' steht für 'Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut'								

Tabelle 67 Ambulante Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Monate ambulanter Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung								
0	1.251	46,7%	159	19,0%	1.086	61,5%	6	31,7%
1-6	237	9,8%	71	9,4%	166	10,1%	0	0,0%
7-12	251	9,4%	.	.	185	10,3%	.	.
13-24	460	16,5%	.	.	146	6,9%	.	.
25-36	193	7,3%	.	.	68	3,4%	.	.
37-48	96	3,7%	.	.	44	2,1%	.	.
über 48	68	2,8%	.	.	37	2,3%	.	.
Keine Angabe	105	3,7%	34	4,2%	70	3,5%	1	10,2%
Total	2.661	100%	842	100%	1.802	100%	17	100%
Monate ambulanter Erfahrung während der psychotherapeutischen Weiterbildung								
0	45	10,4%	n.z.	n.z.	.	.	.	.
1-6	11	3,0%	n.z.	n.z.	0	0,0%	11	3,2%
7-12	29	8,2%	n.z.	n.z.	.	.	.	.
13-24	112	29,5%	n.z.	n.z.	.	.	.	.
25-36	106	27,9%	n.z.	n.z.	.	.	.	.
37-48	37	10,0%	n.z.	n.z.	.	.	.	.
über 48	26	6,2%	n.z.	n.z.	0	0,0%	26	6,6%
Keine Angabe	20	4,7%	n.z.	n.z.	1	6,5%	19	4,6%
Total	386	100%	n.z.	n.z.	13	100%	373	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „n. z.“ steht für „nicht zutreffend“.								

Tabelle 68 Lagemaße zur ambulanten Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung bzw. postgradualen Psychotherapieausbildung, nach Versorgungsbereich

Lagemaß	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.	ungew.	gew.
Monate ambulanter Erfahrung während der ärztlichen Weiterbildung								
Anzahl	2.661	2.827	842	976	1.802	1.837	17	14
Mittelwert	11,54	11,66	20,39	20,49	7,35	6,94	17,62	21,29
Standardabweichung	16,12	16,5	16,75	17,46	13,98	13,79	18,52	21,16
Median	2	2	24	24	0	0	12	18
Monate ambulanter Erfahrung während der psychotherapeutischen Weiterbildung								
Anzahl	386	220	n.z.	n.z.	13	13	373	207
Mittelwert	26,56	26,62	n.z.	n.z.	25,17	23,6	26,6	26,8
Standardabweichung	17,79	17,47	n.z.	n.z.	14,95	14,85	17,89	17,63
Median	24	24	n.z.	n.z.	27	15	24	24
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: „gew.“ steht für gewichtete Werte, „ungew.“ für ungewichtete Werte. Die gewichteten Anzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet. „n. z.“ steht für „nicht zutreffend“.								

Tabelle 69 Niederlassungserfahrung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Frühere vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Niederlassung								
Ja	806	28,4%	222	28,0%	561	30,9%	23	8,6%
Nein	2.193	69,9%	609	70,7%	1.222	67,1%	362	89,4%
Keine Angabe	48	1,8%	11	1,3%	32	2,0%	5	2,0%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 70 Letzte Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt						Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
			Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung			
Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Position in der letzten Tätigkeit vor der aktuellen Anstellung								
Angestellter Arzt	1.136	37,2%	377	40,5%	753	39,6%	6	1,5%
Angestellter Psychotherapeut	187	3,4%	0	0,0%	8	0,5%	179	43,0%
Leitender Psychotherapeut	17	0,3%	0	0,0%	.	.	.	.
Oberarzt	481	17,4%	.	.	412	24,2%	.	.
Chef- oder leitender Arzt	148	7,0%	.	.	129	9,6%	.	.
Jobsharing-Partner (Junior)	9	0,3%	.	.	6	0,3%	.	.
Entlastungs- und Sicherstellungsassis- tent	47	1,5%	15	2,0%	15	0,8%	17	5,3%
Arzt bzw. Psychotherapeut in Weiterbildung	386	11,9%	186	21,4%	128	6,2%	72	17,3%
Niedergelassener	494	17,2%	154	20,2%	327	17,0%	13	4,6%
Sonstiges	106	2,7%	17	2,5%	30	1,5%	59	13,4%
Keine Angabe	36	1,1%	.	.	.	.	23	8,0%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 71 Vergangene Zeit seit Abschluss des Studiums, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit seit Abschluss des Studiums								
0-10 Jahre	389	9,8%	97	9,4%	119	6,0%	173	42,5%
11-20 Jahre	1.128	37,4%	337	40,0%	632	35,8%	159	39,9%
21-30 Jahre	695	22,9%	179	20,0%	478	26,0%	38	9,6%
31-40 Jahre	578	19,4%	133	17,5%	436	22,3%	9	3,7%
über 40 Jahre	220	9,3%	89	12,5%	124	8,4%	7	2,9%
Keine Angabe	37	1,2%	7	0,4%	26	1,5%	4	1,4%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 72 Vergangene Zeit seit Abschluss der ersten Facharztweiterbildung, nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit seit Abschluss der ersten Facharztweiterbildung								
bis zu 1 Jahr	138	5,1%	82	9,4%	.	.	.	.
2-3 Jahre	234	8,0%	.	.	137	7,1%	.	.
4-6 Jahre	310	11,7%	105	12,3%	205	11,4%	0	0,0%
7-10 Jahre	385	14,3%	147	16,7%	238	13,1%	0	0,0%
11-15 Jahre	350	13,0%	.	.	260	14,6%	.	.
16-20 Jahre	330	12,4%	.	.	247	14,2%	.	.
über 20 Jahre	882	34,2%	234	31,7%	641	35,4%	7	48,1%
Keine Angabe	32	1,3%	.	.	.	.	0	0,0%
Total	2.661	100%	842	100%	1.802	100%	17	100%
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweis: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben.								

Tabelle 73 Personen mit ambulanter Anstellung im Familien- und Freundeskreis, nach Versorgungsbereich								
Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen in Familie und Freundeskreis mit ambulanter Anstellung								
Ja	2.007	66,3%	551	66,0%	1.211	67,1%	245	60,9%
Nein	1.008	32,5%	282	32,1%	583	32,0%	143	38,5%
Keine Angabe	32	1,2%	9	1,9%	21	0,9%	2	0,6%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Falls ja (Mehrfachangaben möglich)								
Ja, Freunde	1.713	85,6%	463	85,3%	1.023	85,2%	227	90,4%
Ja, andere Familienmitglieder	460	23,7%	138	25,5%	297	24,0%	25	12,2%
Ja, mindestens ein Elternteil	172	9,4%	55	11,1%	111	9,2%	6	2,4%
Total mit mind. einer Angabe	1.996		546		1.205		245	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

Tabelle 74 Personen, die eine eigene Praxis betrieben haben oder betreiben, im Familien- und Freundeskreis nach Versorgungsbereich

Merkmal	Analysefälle							
	Versorgungsbereich							
	Gesamt		Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen mit eigener Praxis im persönlichen Umfeld								
Ja	2.063	69,1%	559	68,0%	1.263	70,4%	241	62,8%
Nein	940	29,5%	276	31,1%	518	27,8%	146	36,9%
Keine Angabe	44	1,4%	7	0,9%	34	1,8%	3	0,3%
Total	3.047	100%	842	100%	1.815	100%	390	100%
Personen mit eigener Praxis im persönlichen Umfeld (Mehrfachangaben möglich)								
Ja, Freunde	1.576	76,0%	399	72,0%	968	77,2%	209	84,2%
Ja, andere Familienmitglieder	662	32,9%	203	35,9%	409	32,2%	50	25,6%
Ja, mindestens ein Elternteil	404	20,6%	137	24,2%	243	19,9%	24	9,9%
Total mit mind. einer Angabe	2.059		559		1.259		241	
Datenbasis: Erhebung KWEX-A 2025 in der KWEX-Studie, Zi, 2026, eigene Berechnungen.								
Hinweise: Anzahlen werden ungewichtet, Anteile gewichtet angegeben. „Total mit mind. einer Angabe“ repräsentiert hier die Anzahl der Teilnehmenden, die bei dieser Frage mindestens eine Antwortoption ausgewählt hatten.								

Literatur

- Battaglia, M. P., Hoaglin, D. C., & Frankel, M. R. (2009):** Practical considerations in raking survey data. *Survey practice*, 2(5).
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2014):** Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU). In Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS) (Vol. 10).
- Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2003):** Predictors of work satisfaction among physicians. *The European Journal of Public Health*, 13(4), 299-305.
- Bundesärztekammer (2024a):** Ärztestatistik zum 31. Dezember 2024. Abgerufen am 21.05.2026 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2024.pdf, S.2.
- Bundesärztekammer (2024b):** Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. Abgerufen am 21.05.2026 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf, S.2.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2015):** Risk aversion. SOEPcompanion. Abgerufen am 17.03.2025, von <https://companion.soep.de/Survey%20Design/Risk%20Aversion.html>
- DocCheck Research (2021) Gehaltsstudie:** Arbeiten in der ambulanten Humanmedizin. Abgerufen am 24.06.2026 von <https://newsroom.apobank.de/documents/grafiken-zu-umfrage-arbeiten-in-der-ambulanten-humanmedizin-411750.pdf>, S.5.
- Dräger, S., Gibis, B., Jacob, R., Kopp, J., & Trebar, B. (2021):** Zur Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Studie. *Das Gesundheitswesen*, 83(06), 425-431. *Public Health*, 13(4), 299-305.
- Bundesgesetzblatt (2003):** Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, 14.11.2003. Abgerufen am 14.07.2026 von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*%5b@attr_id=%27bgbl103s2190.pdf%27%5d#/switch/tocPane?_ts=1784011697527
- Hahn, U., Müller, T., Awe, B., & Koch, J. (2017):** Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung-Trends, Status quo und Auswirkungen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 22(02), 93-103.
- Jacob, R., Kopp, J., Schwan, L., & Sattler, L. (2023):** Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Abgerufen am 02.02.2024 von https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2022.pdf
- Kalton, Graham & Flores Cervantes, Ismael (2003):** Weighting Methods. *Journal of Official Statistics*, 19(2), 81-97.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023):** Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2023. Abgerufen am 15.06.2026 von <https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2023%20Statistische%20Informationen%20BAR.pdf>, S.3.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024a):** Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2024. Abgerufen am 15.06.2026 von <https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2024-12-31-BAR-Statistik.pdf>, S.3.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024b): Zahlen & Fakten, Medizinische Versorgungszentren. Abgerufen am 21.05.2026 von <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-mvz>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024c): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Abgerufen am 21.05.2026 von https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/mvz/mvz_entwicklungen.pdf.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025a): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2025. Abgerufen am 21.05.2026 von <https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/statistische-informationen-bar-2025.pdf>, S.3.

Rammstedt, B., Kemper, C., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2013): Eine kurze skala zur messung der fünf dimensionen der persönlichkeit: big-five-inventory-10 (BFI-10). Methoden, Daten, Analysen (mda), 7(2).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2025): Zi-MVZ-Panel Jahresbericht 2023. Abgerufen am 15.06.2026 von https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/Zi-MVZ-Panel_Jahresbericht_2023.pdf.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2025b): Ergebnisbericht zur Befragung von Neu-Niedergelassenen im Jahr 2024. Abgerufen am 17.06.2026 von https://kwex.zi.de/pdf/Bericht_KWEX-Niedergelassenenbefragung_2024.pdf.

Ziegler, S., Zimmermann, T., Krause-Solberg, L., Scherer, M., & Van den Bussche, H. (2017): Male and female residents in postgraduate medical education—A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany.



www.kwex-studie.de