

Determinanten der Berufszufriedenheit von jungen Medizinerinnen und Medizinern. Ergebnisse der Absolventenbefragung der Medizinischen Hochschule Hannover 2010 bis 2014¹

Volker Paulmann

In dem vorliegenden Beitrag wird auf der Basis von Absolventenbefragungen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) die Berufszufriedenheit von jungen Medizinerinnen und Medizinern untersucht. Als Indikatoren wurden die Zufriedenheit mit beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven, der Work-Life-Balance und den Arbeitsinhalten definiert. Dabei stand als Frage im Mittelpunkt, ob sich hinsichtlich des Geschlechts, der Arbeitsstätte und des angestrebten fachärztlichen Weiterbildungsziels unterschiedliche Tendenzen und Einflussgrößen erkennen lassen. Als weitere potentielle Determinanten wurden sowohl berufsbezogene als auch studienbezogene Aspekte – insbesondere die im Studium erworbenen ärztlichen Kompetenzen – berücksichtigt. Im Ergebnis zeigen sich vielfältige Wirkungsbeziehungen, die verdeutlichen, dass mit dem Geschlecht, der Wahl des Weiterbildungsgebiets und der Arbeitsstätte berufliche Richtungsentscheidungen verbunden sind, die sich unterschiedlich auf die berufliche Zufriedenheit auswirken. Die Work-Life-Balance spielt dabei eine Schlüsselrolle.

1 Einleitung

Das Studienfach Medizin zählt zu den begehrtesten Studienfächern in Deutschland. Auf die rund 10.000 Studienplätze bewerben sich jährlich über 50.000 Studieninteressierte.² Der Zugang zum Studium unterliegt einem strengen Numerus clausus.³ Als professionsbezogener Ausbildungsweg ist das Medizinstudium durch eine klare Stu-

¹Ich bedanke mich bei Volkhard Fischer, Agnieszka Dudzinska, Klaas Brand, Lisa Schaueremann, Ingo Just und Marianne Giesler für die kritische Durchsicht einer früheren Fassung des Manuskripts.

²<http://m.aerzteblatt.de/news/69700.htm> (Zugriff: 27.07.2016)

³Der NC lag zum Studienjahr 2015/16 in 14 von 16 Bundesländern bei einem Notendurchschnitt von 1,0. Vgl. Stiftung für Hochschulzulassung: Auswahlgrenzen in den bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen Wintersemester 2015/16. http://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2015_16/nc_zv_ws15.pdf (Zugriff: 30.01.2017). Das Kontingent für die Abiturbesten umfasst 20 Prozent der Studienplätze. Weitere 60 Prozent dürfen die Hochschulen im sogenannten „Auswahlverfahren der Hochschulen – (AdH)“ auswählen. Allerdings ist auch hier die Abiturnote als wichtigstes Kriterium gesetzlich vorgeschrieben, so dass der Einfluss von weiteren unabhängigen Kriterien (naturwissenschaftliche Kenntnistests oder Auswahlgespräche) begrenzt ist.

dienstruktur gekennzeichnet, die in der *Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO 2002)* festgelegt ist. Zu den Besonderheiten des Medizinstudiums zählen das Praktische Jahr (PJ), ebenso wie die Möglichkeit, die Dissertation parallel zum Studium anzufertigen. Auch der Berufseinstieg unterscheidet sich von anderen Berufen: Für die meisten Absolventinnen und Absolventen schließt sich an das Studium die fachärztliche Weiterbildung an. Diese postgraduale Spezialisierung umfasst je nach Fachgebiet einen Zeitraum zwischen fünf und sechs Jahren. In dieser Zeit erhalten die Assistenzärztinnen und -ärzte ein tariflich festgelegtes Gehalt. Im Vergleich zu anderen Studienfächern liegt das durchschnittliche Einstiegsgehalt bei Medizinerinnen und Medizinerinnen sogar am höchsten (*Rehn/Brandt/Fabian/Briedis 2011, S. 324; Tab. 7.7b1*). Mit dem Abschluss des Studiums und dem Einstieg in eine strukturierte Weiterbildungsphase bietet sich somit eine vergleichsweise attraktive berufliche Ausgangssituation: Ärztinnen und Ärzte werden vielerorts gesucht.⁴ Gleichwohl wartet auf die Berufsanfänger eine anspruchsvolle und belastende Tätigkeit. Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Beschäftigung bewegen sich im Spannungsfeld von zunehmender Ökonomisierung und hohen Erwartungen an das ärztliche Ideal. Das bei Studierenden noch ausgeprägte Wunschbild von emphatischen und kompetenten Ärztinnen und Ärzten (*Schrauth et al. 2009*) leidet in der Berufspraxis unter dem Zeit- und Kostendruck. vielerorts werden die Bürokratisierung und die Zunahme an „nichtärztlichen“ Tätigkeiten beklagt (*Rothmund 2002*). Auf fachlicher Seite stehen wachsende Ansprüche an ärztliche Kompetenzen, an die Kommunikation und die interprofessionelle Zusammenarbeit (*Hohner 2003*).

Mit den steigenden Ansprüchen im Beruf wachsen auch die Ansprüche an das Medizinstudium. In den letzten Jahren wurden daher an den Fakultäten, in den Berufsverbänden und der Politik verstärkt Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums konzipiert (*Wissenschaftsrat 2014*). In einigen Universitäten wurden sogenannte Modellstudiengänge entwickelt, um den neuen Anforderungen an den Arztberuf gerecht zu werden (*Chenot 2009*). Gegenüber den Regelstudiengängen werden in Modellstudiengängen alternative Lehrkonzepte und Studienstrukturen erprobt. Kleingruppenunterricht, problemorientiertes Lernen und neue Prüfungskonzepte können dabei ebenso im Mittelpunkt stehen wie bestimmte fachliche (z. B. allgemeinmedizinische) Grundlagen oder vertiefte wissenschaftliche Methoden. Bei allen Unterschieden im Detail bleibt das gemeinsame Ausbildungsziel gemäß Approbationsord-

⁴Im Bereich des ärztlichen Nachwuchses werden dabei zwei zentrale Problemfelder sichtbar. Zum einen gibt es eine fachliche Unterversorgung (z. B. in der Allgemeinmedizin und in der Chirurgie), zum anderen existiert eine regionale Ungleichverteilung (Stadt vs. Land). Doch auch in anderen Gebieten, z. B. in der klinischen Forschung, fehlt der Nachwuchs (Epstein et al. 2016).

nung „der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt“.⁵ An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde 2005 der Modellstudiengang *Hannibal* eingeführt, der eine frühzeitige und ausgeprägte Patientensorientierung bei enger Verzahnung von klinischen und theoretischen Inhalten vorsieht.⁶

Angesichts der Curriculumsreformen besteht bei den Verantwortlichen ein verständliches Interesse daran, deren Erfolg zu überprüfen. Einigkeit besteht darüber, dass nach dem Studium möglichst viele Absolventinnen und Absolventen den Weg in die Krankenversorgung finden und dort dauerhaft ärztlich tätig sein sollen (*Grifka 2010*). Der erste Abschnitt im Erwerbsleben wird als „zentrale Statuspassage“ (*Kühne 2009, S. 14*) betrachtet, in der Richtungsentscheidungen fallen, die für das gesamte Berufsleben prägend wirken können. Für die Medizin ist diese Phase von besonderer Bedeutung, da hier der „Praxisschock“, d. h. die Bewährung des Ausbildungshintergrunds im Berufsalltag, im Fächervergleich als besonders schwer eingestuft wird (*Rehn et al. 2011, S. 273 u. S. 276, Tab. 7.2a*). Erlernte bzw. erlernbare Handlungsrou-tinen können diese kritische Phase verkürzen und helfen bei ihrer Bewältigung (*Fabian/ Briedis 2009, S. 113*). Deshalb ist ein breites Fundament an berufsorientierten Kompetenzen wichtig. Denn gerade dauerhafte Stresssituationen stellen im Arztberuf einen erhöhten Risikofaktor dar. Sie können zu gesundheitlichen Schädigungen, Burn-out-Syn-dromen und zum endgültigen Berufsausstieg führen (*Fuchs/Koch/Scriba 2011, passim*). Stress kann dabei auch ein Indikator für die berufliche Unzufriedenheit sein oder sie befördern. Aus diesem Grund haben Untersuchungen zur beruflichen Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in der Berufsfeld- und Versorgungsforschung einen hohen Stellenwert (*Schwartz/Angerer 2010*).⁷ Neben der persönlichen Dimension ist ein wichtiger Aspekt, dass sich ärztliche Unzufriedenheit unmittelbar auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken kann und damit zugleich für die Stabilität des Gesund-heitssystems eine Gefährdung darstellt (*Weigl et al. 2013; S. 69f.*).

Die vorliegende Studie beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der beruflichen Zufrie-denheit von jungen Medizinerinnen und Medizinern. Dabei legt sie ein Augenmerk auf die Frage, inwieweit das Studium, insbesondere erworbene Kompetenzen, einen Ein-fluss auf die Wahrnehmung der beruflichen Zufriedenheit haben. Diese Verbindung von Studien- und Berufserleben kann für die medizinischen Fakultäten Hinweise darauf liefern, ob sie ihre Absolventinnen und Absolventen adäquat auf die ärztliche Tätigkeit

⁵Die Approbationsordnung für Ärzte definiert als zentrales Ausbildungsziel: „Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist“ (ÄAppO 2002, S. 2405).

⁶*Hannibal* steht für „Hannoverscher integrierter berufsorientierter adaptiver Lehrplan“. <https://www.mh-hannover.de/15561.html> (Zugriff: 11.07.2016)

⁷Eine von Gothe (2010, S. 7) durchgeführte Recherche der internationalen Fachliteratur ergab für den Bereich „Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten“ rund 2900 Artikel.

vorbereitet haben. Als Datenbasis dienen die Ergebnisse der Absolventenstudien, die die MHH in den Jahren 2010 bis 2014 im Rahmen des vom International Centre for Higher Education Kassel (INCHER) initiierten *Kooperationsprojekts Absolventenstudien* (KOAB) durchgeführt hat. Neben der Phase der beruflichen Etablierung stand der Rückblick auf Studienbedingungen und -verlauf im Mittelpunkt der Erhebung. Der Befragungszeitpunkt lag jeweils ca. eineinhalb Jahre nach dem abschließenden Examen.

2 Berufszufriedenheit – Hintergrund und Fragestellungen

In vielen Befragungen basiert die Definition von beruflicher Zufriedenheit nicht auf expliziten theoretischen Überlegungen. Meist wird Arbeits- und Berufszufriedenheit in den Analysen synonym verwendet. Einige Autorinnen und Autoren grenzen explizit die Arbeits- von der Berufszufriedenheit ab. Für sie beschreibt die Arbeitszufriedenheit die „Zufriedenheit mit einem gegebenen (betrieblichen) Arbeitsverhältnis“, während die Berufszufriedenheit „über einen längeren Zeitraum, gegebenenfalls unter Bezug auf mehrere Arbeitsverhältnisse“ entsteht (*Bruggemann et al. 1975, S. 19*). Da diese trennscharfe Definition aufgrund des Befragungszeitpunkts nur begrenzt anwendbar ist, werden in der vorliegenden Untersuchung „berufliche Zufriedenheit“ bzw. „Berufszufriedenheit“ als übergeordnete Begrifflichkeiten verwendet. Diese können Erfahrungen aus einem oder aus mehreren Arbeitsverhältnissen beinhalten. Zielführender für die Analyse ist die Betrachtung der inhaltlichen Mehrdimensionalität der Berufszufriedenheit. Um diese abzubilden, wird in vielen Untersuchungen eine größere Anzahl an Einzelitems verwendet. Diese lassen sich inhaltlich wiederum zu übergeordneten Bereichen zusammenfassen. Je nach gewählter Faktorenlösung oder theoretischem Rahmen können daraus Abweichungen in der Dimensionalität resultieren (vgl. *Spangenberg et al. 2012, S. 50; Fabian und Briedis 2009, S.66*).⁸

Im Kontext der Hochschulforschung ist die Berufszufriedenheit ein Indikator des Studien- und Berufserfolgs (*Kühne 2009; Falk/Reimer 2007; Schomburg/Teichler 1998, Krempkow/Pastohr 2006*). Der Studienerfolg wird dabei im engeren Sinn durch Studiendauer und Abschlussnote definiert, aber auch die allgemeine Zufriedenheit mit dem Studium aus Sicht der Absolventen ist ein Qualitätsmerkmal. Als weiteres Erfolgskriterium gewinnt in der Evaluations- und Absolventenforschung der Kompetenzerwerb im Studium an Bedeutung (*Braun/Sheikh/Hannover 2011*). Für das Medizinstudium ist die Kompetenzanalyse von besonderem Interesse, da die Abschlussnote als wenig aussagekräftig hinsichtlich der ärztlichen Berufskompetenzen gilt (*Biller/Boeker/Fabry/Giesler 2015*).

⁸ *Spangenberg et al. 2012, S. 50* gruppieren 15 Einzelaspekte zu den Bereichen „beruflicher Erfolg/Arbeitsinhalte“, „Arbeitsbedingungen/Arbeitsklima“ und „Work-Life-Balance“; *Fabian und Briedis 2009, S. 66* unterscheiden „inhaltliche Ausgestaltung und Arbeitsbedingungen“, „zeitliche Rahmenbedingungen“, „Erträge und Perspektiven“ – basierend auf 13 Einzelaspekten.

In vielen Untersuchungen zum *beruflichen* Erfolg von Hochschulabsolventinnen und -absolventen werden als *objektive* Parameter das Einkommen, der soziale Status, die Dauer bis zur ersten Anstellung und eine dem Ausbildungshintergrund angemessene Berufspositionierung definiert. Als *subjektive* Erfolgsmaßstäbe werden neben der beruflichen Zufriedenheit Aussagen über die Arbeitsaufgaben sowie ihre inhaltliche und fachliche Angemessenheit herangezogen. Welcher dieser Indikatoren den Erfolg am besten abbilden kann, hängt wesentlich vom Zeitpunkt der Datenerhebung und von der untersuchten Zielgruppe ab. *Heslin (2005, S. 115)* weist darauf hin, dass für einige Berufsgruppen inhaltliche Aspekte ihrer Arbeit – etwa das Wohlergehen der Patienten – bedeutsamer sind als objektive Kriterien für den beruflichen Aufstieg. Für Ärztinnen und Ärzte, die am Anfang ihrer Weiterbildungsphase stehen, ist das Einkommen als erfolgsbezogenes Differenzierungsmerkmal auch deshalb kaum geeignet, weil die Variation bei den tariflich festgelegten Gehältern noch relativ gering ist.⁹ Für Medizinerinnen und Mediziner ist dagegen vielfach belegt, dass intrinsische Motive und ein lange gehegter Berufswunsch bereits bei der Studienfachwahl eine herausragende Rolle spielen (*Ramm/Multrus/Bargel/Schmidt 2014, S. 4f; Fabry/Giesler 2007, S. 116f.*). Ein arbeitsintensives Studium wird deshalb in Kauf genommen (*Nierobisch 2010, S. 117*). Ungeachtet der hohen Leistungsbereitschaft hat in den letzten Jahren der Wunsch nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance zugenommen. Insbesondere bei jungen Ärztinnen und Ärzten deutet einiges auf ein neues Generationenschema hin. Befragungen unter Medizinstudenten zeigen, dass eine bedingungslose Ausrichtung des Lebensentwurfs an der beruflichen Karriere nicht mehr als erstrebenswert gilt (*Heinz/Jacob 2012*). Der Wunsch, Beruf und Familie zu vereinbaren, ist dabei sowohl bei Frauen wie bei Männern stark ausgeprägt (*ebd., S. 249*). Zahlreiche Studien zeigen, dass die realen Belastungen, die sich aus einer parallelen Karriere- und Familienentwicklung ergeben, jedoch überwiegend von Frauen getragen werden. Hieraus ergeben sich geschlechtlich bedingte Ungleichheiten in der beruflichen Entwicklung. In der Medizin sind mit fortschreitender beruflicher Entwicklung erhebliche Unterschiede erkennbar, die die Qualifizierungsstufen (*Zuber 2001*), den sozialen Status (*Hohner/Grote/Hoff/Dettmer 2003, S. 50*) und generell die Orientierung auf bestimmte Fachgebiete betreffen (*Gedrose et al. 2012*).¹⁰

Trotz der oftmals schwierigen Rahmenbedingungen ist bei Ärztinnen und Ärzten insgesamt eine hohe Berufszufriedenheit festzustellen (*Bestmann et al. 2004*). Einige

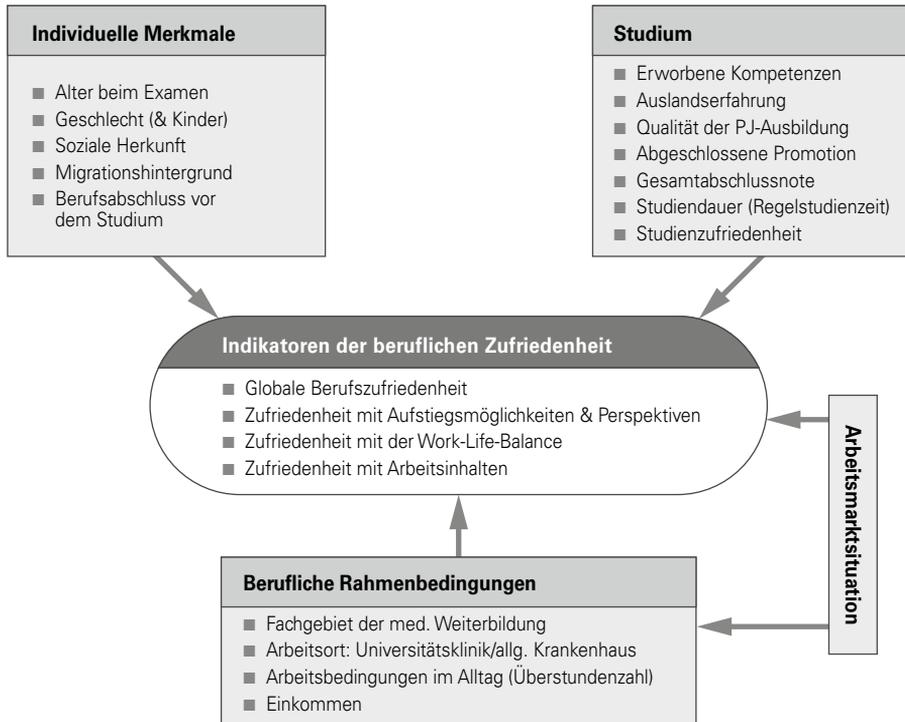
⁹Die Gehälter werden in der Regel nur durch Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste variiert, zudem gibt es für Ärztinnen und Ärzten an Universitätskliniken einen Zuschlag.

¹⁰Die Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) weist jährlich für jedes Fachgebiet die erworbenen Facharztabschlüsse auf. Demnach zeigen einige Gebiete starke geschlechtsspezifische Ungleichverteilungen. So lag bei den erteilten Anerkennungen für die Kinder- und Jugendmedizin der Frauenanteil in den letzten Jahren bei 70 Prozent, für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei 80 Prozent. Für das Fach Chirurgie entfielen dagegen 70 Prozent der Facharztanerkennungen auf Männer. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14AbbTab.pdf (Zugriff: 18.10.2015)

Bereiche, wie etwa ein zu geringes Einkommen (*Hübler et al. 2009, S. 85*) oder die Zunahme berufsfremder Aufgaben (*Rothmund 2002*), werden gleichwohl deutlich kritisiert. Für Nachwuchsärztinnen und -ärzte haben *Weigl et al. (2010)* den Einfluss der Rahmenbedingungen in der Weiterbildung auf die berufliche Zufriedenheit herausgestellt. Insgesamt ist die Wahrnehmung der Berufs- und auch der Lebenszufriedenheit bei jungen Ärztinnen und Ärzten stark von Hektik, Termindruck und Arbeitsüberlastung geprägt. Wiederholte Befragungen von Berufsanfängerinnen und -anfängern in der Medizin haben diesbezüglich in den letzten 20 Jahren einen deutlichen Anstieg der wahrgenommenen Belastung festgestellt (*Rehn et al. 2011, S. 276 – Tab. 7.2a*).

Vor dem Hintergrund der genannten Studien wird in den folgenden Analysen der Einfluss von drei Variablenbereichen auf die berufliche Zufriedenheit untersucht: Dazu gehören neben den individuellen Merkmalen die studienbezogenen Kriterien und die beruflichen Rahmenbedingungen (vgl. Abbildung 1). Als studienbezogene Merkmale ergänzen Auslandserfahrungen, die Qualität der PJ-Ausbildung und eine erfolgreich abgeschlossene Promotion die bereits erwähnten Erfolgskriterien des Studiums (Studiendauer, Note, Zufriedenheit und Kompetenzerwerb). Die beruflichen Rahmenbedingungen werden wesentlich durch die Wahl des fachärztlichen Weiterbildungsgebiets und die Arbeitsstätte bestimmt. Bei der Arbeitsstätte wird in erster Linie zwischen allgemeinen Krankenhäusern mit dem Schwerpunkt in der Patientenversorgung und Universitätskrankenhäusern mit zusätzlichen Lehr- und Forschungsverpflichtungen unterschieden. Die Tätigkeit in niedergelassenen Praxen oder anderen Berufszweigen ist in der Stichprobe erst in sehr geringem Umfang vorhanden. Ferner können Merkmale wie das Einkommen und die Überstundenanzahl als Einflussfaktoren von Gewicht sein. Zu den individuellen Merkmalen gehören das Alter, das Geschlecht und vorhandene Kinder, die soziale Herkunft, der Migrationshintergrund und eine vor dem Studium abgeschlossene Berufsausbildung. Als Zielvariablen werden neben der globalen Berufszufriedenheit als Indikatoren die Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven, der Work-Life-Balance und den inhaltliche Aspekten berücksichtigt (vgl. 3.1).

Abbildung 1: Determinanten der Berufszufriedenheit von Medizinerinnen und Medizinern ca. 1,5 Jahre nach Studienabschluss



In dem vorliegenden Artikel wird die berufliche Zufriedenheit von jungen Medizinerinnen und Medizinern als mehrdimensionales Konstrukt untersucht. Auf der Basis der vorangegangenen Ausführungen ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Gibt es Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Indikatoren der beruflichen Zufriedenheit und ihrer Bedeutung für junge Medizinerinnen und Mediziner?
2. Welchen Einfluss haben das Geschlecht, die Arbeitsstätte (Universitätsklinik oder allgemeines Krankenhaus) und die Wahl des medizinischen Weiterbildungsgebiets auf die Berufszufriedenheit?
3. Haben Merkmale der Studienqualität – vor allem die im Studium erworbenen Kompetenzen – in den ersten Jahren der Berufstätigkeit einen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit?

3 Datengrundlage und Methoden

Seit 2010 nimmt die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) am bundesweiten Kooperationsprojekt Absolventenstudien (KOAB) teil. Jährlich beteiligen sich rund 60 bis 70 Hochschulen an den Befragungen. Die teilnehmenden Hochschulen verwenden einen Kernfragebogen mit einem identischen Fragensatz, der neben personenbezogenen Merkmalen den Studienverlauf und die Studienbedingungen, Ausstattung und Praxisorientierung des Studiengangs, die Beschäftigungssuche und den Berufseinstieg sowie den bisherigen beruflichen Werdegang umfasst.¹¹ Neben diesen Kernfragen ist eine Ergänzung mit fach- oder fakultätsspezifischen Fragen möglich (*Flöther/Krücken 2015, S. 8ff.*). Für juristische Fakultäten, für Lehramtsstudiengänge, für Promovierte und für die Medizin wurden zudem spezielle Fragebogenvarianten entwickelt. Der an der MHH eingesetzte Medizinerfragebogen wurde 2008 von einer Arbeitsgruppe der medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg entwickelt (*Giesler/Foster/Biller/Fabry 2011*). Gegenüber dem Kernfragebogen enthält er ergänzende Items zur medizinischen Promotion und eine umfassende Skala zum Erwerb ärztlicher Kompetenzen (vgl. Abschnitt 3.1). Ferner wurden vereinzelt sprachliche Anpassungen und Ergänzungen vorgenommen, die die medizinischen Studien- und Berufsverläufe widerspiegeln.¹²

Bei den fünf befragten MHH-Abschlussjahrgängen wurden mit einem kombinierten Modus aus online- und papierbasierter Befragung insgesamt N=1454 Personen angeschrieben. Bis zu drei Erinnerungen wurden postalisch verschickt. Die Rücklaufquote liegt mit N=629 für die betrachteten Jahrgänge im Durchschnitt bei 43 Prozent (min./max.: 38 Prozent/51 Prozent). Diese Beteiligungsquote ist angesichts des umfangreichen Fragebogens und der zeitlichen Belastung der Befragten als gut zu bewerten.¹³ In den folgenden Analysen werden die Fälle der einzelnen Jahrgänge zusammengefasst.¹⁴ Für das Alter, das Geschlecht und die Studiendauer konnte eine weitgehende Repräsentativität festgestellt werden. Der Anteil an ausländischen Studierenden ist dagegen geringer. Die Analyse erfolgt auf der Grundlage der Erstbefragung, die ca. eineinhalb Jahre nach Studienabschluss erfolgt ist. Weitere Erhebungen sind geplant.

¹¹Der Fragebogen ist auf der Internetseite des KOAB verfügbar: http://koab.uni-kassel.de/images/jg12w1_fb_master_fertig.pdf (Zugriff: 17.7.2016)

¹²Der Fragebogen ist auf der Internetseite des KOAB verfügbar: http://koab.uni-kassel.de/images/download/jg10w1_fb_spez_medizin.pdf (Zugriff: 17.7.2016)

¹³Im Vergleich zu anderen Absolventenstudien ist diese Beteiligung überdurchschnittlich hoch. So betrug der Rücklauf bei den HIS/DZHW-Absolventenbefragungen in den letzten Jahren ca. 25–30 Prozent, bei der Medizinerbefragung des CHE lag der Rücklauf bei ca. 13 Prozent.

¹⁴Zahlreiche Absolventinnen und Absolventen haben bereits vor der Einführung des Modellstudiengangs 2005/06 das Medizinstudium an der MHH begonnen. Wichtige Reformen waren aber bereits zu Zeiten des Regelstudiengangs eingeführt worden. Zudem ist aufgrund des individuellen Studienfortschritts eine eindeutige Zuordnung zu bestimmten curricularen Elementen schwierig, so dass für die untersuchten Fragestellungen eine Poolung der Daten sinnvoll erschien.

3.1 Indikatorenbildung

3.1.1 Medizinische Kompetenzen

Auf der Grundlage von Anforderungsprofilen des Arztberufs haben *Giesler et al. (2011)* eine mehrdimensionale Skala für medizinische Kompetenzen entwickelt (*Freiburger Fragebogen zur Erfassung von Kompetenzen in der Medizin – FKM*). In der von der MHH eingesetzten Version umfasst sie 46 Items, die neun ärztlichen Kompetenzdomänen zugeordnet werden können (Tabelle 1). Die Absolventinnen und Absolventen sollten anhand fünfstufiger Items bewerten, in welchem Umfang sie am Ende des Studiums über die jeweilige medizinbezogene Kompetenz verfügten (gar nicht in <> sehr hohem Maße). Als ein Indikator für die Studienqualität wurde ein additiver Index aus diesen Items gebildet, dessen Wertebereich von 45 als niedrigste bis 225 als höchste Kompetenzausprägung reicht.¹⁵

Tabelle 1: Übersicht der medizinischen Kompetenzbereiche im FKM*

Kompetenzbereich (in Klammern: Anzahl der Items pro Skala)	Beispiel
Fachkompetenz (12)	Praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten
Kommunikative Kompetenz (3)	Kenntnisse der Faktoren, die die Arzt-Patient-Beziehung beeinflussen können
Teamkompetenz (3)	Fähigkeit, effektiv mit allen Mitgliedern des Behandlungsteams über die Versorgung der Patienten und Betreuung der Angehörigen zu kommunizieren
Kompetenz in Gesundheitsförderung und Prävention (6)	Fähigkeit zur Beratung eines Patienten bezüglich allgemeiner Gesundheitsförderung
Managementkompetenz (5)	Fähigkeit zum kritischen Abwägen gesundheitsökonomischer Aspekte der Pharmakotherapie
Standesbezogene Kompetenz (5)	Kenntnisse der ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens
Lernkompetenz (5)	Fähigkeit, das eigene Wissen an die jeweiligen Anforderungen anzupassen
Kompetenz zum wissenschaftlichen Handeln (4)	Fähigkeit, eigenständig theoretische oder klinische Forschung zu betreiben
Personale Kompetenz (3)	Kenntnisse und Fähigkeiten über Strategien zur Stressprävention

*nach *Giesler et al. 2011, S. 3*

¹⁵Ein Item musste wegen einer fehlerhaften Programmierung im Online-Fragebogen und der damit verbundenen hohen Missing-Werte aus den Analysen ausgeschlossen werden.

3.1.2 Dimensionen der Berufszufriedenheit

Die Aspekte der beruflichen Zufriedenheit wurden mit 16 einzelnen Items erfasst. Für jedes Item wurden die Wertorientierungen („Wie wichtig sind Ihnen im Allgemeinen die folgenden Aspekte einer Berufstätigkeit“) und die realen Verhältnisse („In welchem Maße treffen die folgenden Aspekte auf Ihre gegenwärtige berufliche Situation zu“) auf einer fünfstufigen Skala erfasst. Für weitere Auswertungen wurden zunächst die Items der Wertorientierungen einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen.¹⁶ Dabei stellte sich eine Lösung mit drei Faktoren als sinnvoll heraus, die inhaltlich als „Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven“, „Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance“ und „Zufriedenheit mit inhaltlichen (Arbeits-)Aspekten“ definiert werden (Abbildung 3 enthält die Skalen-Zuordnung und die Items im Wortlaut). Diese Lösung stimmt inhaltlich mit den Skalen bei *Fabian/Briedis (2009, S. 66)* überein, die für die Analyse von HIS-Absolventenstudien entwickelt wurden (vgl. Fußnote 8). Auf der Grundlage dieser inhaltlichen Zuordnung wurden auch die Einschätzungen der realen beruflichen Verhältnisse zusammengefasst und für jede Skala der Mittelwert gebildet. Um die persönliche Bedeutung, die die Befragten der jeweiligen Dimension beimessen, zu berücksichtigen, wurden die Items vor der Summierung gewichtet (vgl. *Brüderl et al. 1996; S.17f.*). Dabei fungierte die allgemeine Bedeutung, die die Person dem jeweiligen Aspekt ihrer Berufstätigkeit beimaß, als Gewicht (mit recodierter dreistufiger Ausprägung: 1 = niedrig, 2 = mittel oder 3 = hoch) für das real wahrgenommene Merkmal. Der Wertebereich liegt somit zwischen 1 (=niedrigste Zufriedenheit) und 15 (= höchste Zufriedenheit). Zusätzlich enthält der Fragebogen eine globale Frage zur Berufszufriedenheit („Inwieweit sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation insgesamt zufrieden“), die auf einer fünfstufigen Skala erfasst wurde (1 = sehr unzufrieden <> 5 = sehr zufrieden). Somit liegen insgesamt vier Indikatoren der beruflichen Zufriedenheit vor (vgl. Abbildung 1).

3.2 Statistische Auswertungen

Die Analyse der Befragungsergebnisse stellt zunächst deskriptiv zentrale Merkmale des Kompetenzerwerbs sowie der beruflichen Zufriedenheit dar. Für die Einordnung der relativen Bedeutung der einzelnen Determinanten wurden OLS-Regressionen mit den vier verschiedenen Indikatoren als abhängige Variablen geschätzt (Methode: Einschluss). Neben den in dichotomer Ausprägung vorliegenden unabhängigen Variablen (abgeschlossene Promotion, Berufsabschluss, Auslandserfahrung während des Studiums, Studienabschluss in Regelstudienzeit, Migrationshintergrund) wurden weitere Variablen (Überstundenanzahl – über/unter 10 Std./Woche; Bildungshintergrund – akademische/nicht-akademische Bildung der Eltern) in dichotomisierter Ausprägung

¹⁶Es erfolgte eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, die Extraktion der Faktoren erfolgte gemäß Kaiser-Kriterium (Eigenwerte>1).

aufgenommen, um einen generellen Einfluss des Merkmals besser erkennen zu können. Für den Vergleich der angestrebten Weiterbildungsziele werden die am häufigsten gewählten medizinischen Fachgebiete herangezogen: Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Pädiatrie.

4 Ergebnisse

4.1 Merkmale der Stichprobe

Drei Monate nach Studienabschluss hatten 90 Prozent der Befragten ihre erste Arbeitsstelle angetreten. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung haben 95 Prozent der Absolventinnen und Absolventen Assistenzarztfunktionen in der Krankenversorgung inne. 22 Prozent arbeiten in einem Universitätsklinikum, 74 Prozent in allgemeinen Krankenhäusern, vier Prozent in Praxen oder anderen Orten. Das durchschnittliche Bruttojahresgehalt (inkl. Zulagen, nur Vollzeitbeschäftigte) liegt bei den befragten Absolventinnen und Absolventen der MHH bei 50.250 Euro.¹⁷ Die zentralen demographischen, studien- und berufsbezogenen Merkmale der Stichprobe werden in Tabelle 2 und Tabelle 3 für Frauen und Männer vorgestellt. Die statistischen Kennwerte aller verwendeten Variablen sind in Tabelle 7 angegeben.

Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe (N=629)

	Frauen	Männer
Geschlecht (bezogen auf die Grundgesamtheit)	(66,4%)	(33,6%)
Demographische Merkmale (bezogen auf das jeweilige Geschlecht)		
mind. ein Elternteil mit Hochschulabschluss (soz. Herkunft)*	68 %	70,7%
Migrationshintergrund**	16,9%	21,1 %
abgeschlossene Berufsausbildung vor dem Studium	21,6 %	27,1 %
studienbezogene Merkmale (bezogen auf das jeweilige Geschlecht)		
abgeschlossene Promotion (1,5 Jahre nach Studienende)	35,4 %	32,8 %
Alter bei Studienende (MW/SD)	27,9 / 3,7	28,6 / 3,2
Fachsemester (MW/SD)	12,7 / 1,4	12,5 / 1,5

* Für die Definition der sozialen Herkunft bzw. des Bildungshintergrunds wurde der Bildungsabschluss der Eltern herangezogen. Ein akademischer Bildungshintergrund wurde angenommen, sofern mindestens ein Elternteil den Abschluss einer (Fach-) Hochschule besitzt.

** Ein Migrationshintergrund wurde angenommen, wenn mindestens ein Elternteil nicht aus Deutschland stammt.

¹⁷Da das monatliche Einkommen in Gehaltsstufen von je 500 Euro erfragt wurde, liegen den Berechnungen die Mittelwerte dieser Kategorien zugrunde (der Kategorie 3501 bis 4000 Euro entsprechen demnach 3750 Euro).

Tabelle 3: Arbeitsort und Weiterbildungsfächer

	Frauen	Männer
Arbeitsort (bezogen auf das jeweilige Geschlecht)		
Universitätsklinik	17,6%	27,6%
allgemeines Krankenhaus	78,5%	65,2%
„Sonstiges“	3,9%	7,2%
Fachgebiet der Weiterbildung (bezogen auf das jeweilige Geschlecht)		
Anästhesie	12,5%	15,8%
Chirurgie	10,6%	16,9%
Gynäkologie	10,3%	2,3%
Innere Medizin	23,6%	28,2%
Pädiatrie	11,4%	2,8%
Sonstiges*	31,45	33,9%

* In der Kategorie „Sonstiges“ sind 32 weitere Weiterbildungsfächer zusammengefasst. Mit Ausnahme der Allgemeinmedizin (7,8%) umfasst keines dieser Fächer mehr als 5%.

4.2 Medizinische Kompetenzen als Ausdruck der Studienqualität

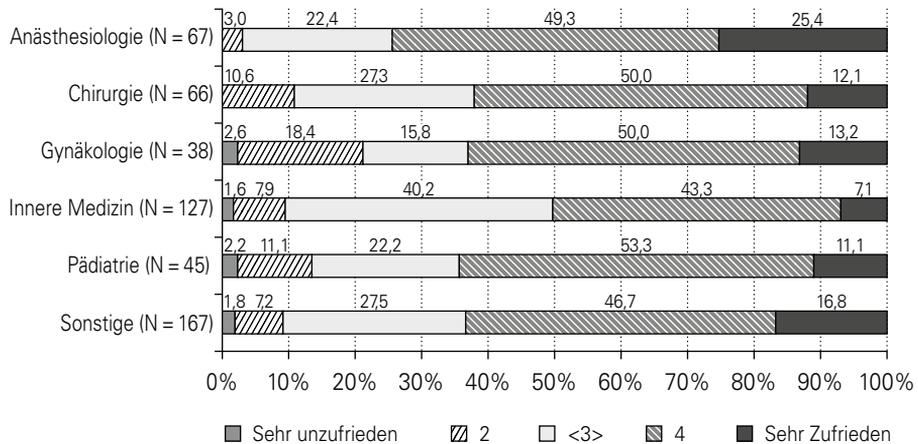
Für den in den weiteren Analysen verwendeten Summenindex der erworbenen medizinischen Kompetenzen liegt der Mittelwert bei 144,3 (SD: 20,7), der Range liegt bei 57–204. Hier existiert kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Auch die varianzanalytische Überprüfung der Gruppenunterschiede für die angestrebten Weiterbildungsfächer ergab keine signifikanten Abweichungen. Für den Vergleich der Arbeitsstätten ergibt sich hingegen ein signifikanter Unterschied ($p=0,025$). Beschäftigte am Universitätsklinikum schätzen ihre Kompetenzen durchschnittlich höher ein als die Ärztinnen und Ärzte an allgemeinen Krankenhäusern (MW: 148,4 vs. 144).

4.3 Aspekte der Berufszufriedenheit

4.3.1 Globale Berufszufriedenheit

Insgesamt zeigt sich für die allgemeine berufliche Zufriedenheit ein hoher Grad an Zustimmung, der sich bei Ärztinnen und Ärzten nicht unterscheidet. Der Mittelwert für die fünfstufige Skala (1=sehr unzufrieden <> 5=sehr zufrieden) liegt für alle Befragten bei 3,6 (SD: 0,9). Als „unzufrieden“ bzw. „sehr unzufrieden“ bezeichnen sich rund neun Prozent. Wiederum liegt der Wert bei der Uniklinik leicht über dem des allgemeinen Krankenhauses (3,8 vs. 3,6). Ein erheblicher Unterschied wird deutlich, wenn das angestrebte Weiterbildungsziel als Differenzierungsmerkmal betrachtet wird (Abbildung 2). Befragte aus dem Gebiet der Anästhesiologie zeigen sich mit einem Mittelwert von 4 (SD: 0,8) gegenüber den anderen Bereichen (3,5–3,6) deutlich zufriedener.

Abbildung 2: Antworten auf die Frage „Inwieweit sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation insgesamt zufrieden?“ Antwortkategorien in Prozent nach angestrebter fachärztlicher Spezialisierung



4.3.2 Indikatoren der Berufszufriedenheit

Zwischen den Mittelwerten der drei weiteren Indikatoren der Berufszufriedenheit liegt eine beträchtliche Differenz. Während sich die Zufriedenheit mit den Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven sowie die Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance im mittleren Wertebereich bewegen (MW: 7,3 / SD: 2,3 bzw. 7,7 / 2,2), liegt die Bewertung der Arbeitsinhalte bei 11,2 (SD: 2,1). Eine Reihe von unterschiedlichen Gruppenmittelwerten ($\Delta \geq 0.5$) existiert, wenn die Merkmale Geschlecht, Arbeitsstätte und Weiterbildungsgebiet untersucht werden. Ärztinnen sind insgesamt unzufriedener mit dem Aspekt der Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven, aber zufriedener mit der Work-Life-Balance. Im Vergleich der Arbeitsstätten sind Beschäftigte von allgemeinen Krankenhäusern unzufriedener mit dem Aspekt der Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven, aber zufriedener mit der Work-Life-Balance als die Beschäftigten an Universitätskliniken (Tabelle 4).

Tabelle 4: Berufliche Zufriedenheit* – MW und SD nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich

		Geschlecht		Tätigkeitsbereich		
		Männlich	Weiblich	Uniklinik	Allg. Krankenhaus	Sonstiges
Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten & Perspektiven	MW	7,7	7,1	8,6	6,9	7,5
	N	165	342	106	372	23
	SD	2,5	2,2	2,2	2,2	2,7
Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance	MW	7,4	7,9	7,0	7,9	9,4
	N	165	342	106	374	21
	SD	2,1	2,2	2,3	2,1	2,1
Zufriedenheit mit inhaltlichen Aspekten	MW	11,0	11,4	11,4	11,2	11,0
	N	161	335	105	362	22
	SD	2,1	2,1	2,2	2,1	1,9

* Die Skala reicht von „1=niedrigste Zufriedenheit“ bis „15=höchste Zufriedenheit“, da die Items der fünfstufigen Skala mit der persönlichen Wichtigkeit (niedrig, mittel, hoch) gewichtet wurden (vgl. 3.1.2).

Noch größere Unterschiede zeigen sich bei dem Vergleich der Weiterbildungsgebiete (Tabelle 5). Angehende Anästhesistinnen und Anästhesisten geben durchschnittlich die geringsten Werte im Bereich „Zufriedenheit mit den Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven“ an und die höchsten für die Work-Life-Balance und die inhaltlichen Aspekte der Arbeit. Chirurginnen und Chirurgen sind dagegen am zufriedensten mit den Aufstiegsmöglichkeiten, aber unzufriedener mit ihrer Work-Life-Balance.

Tabelle 5: Berufliche Zufriedenheit* – MW und SD nach Weiterbildungsgebiet

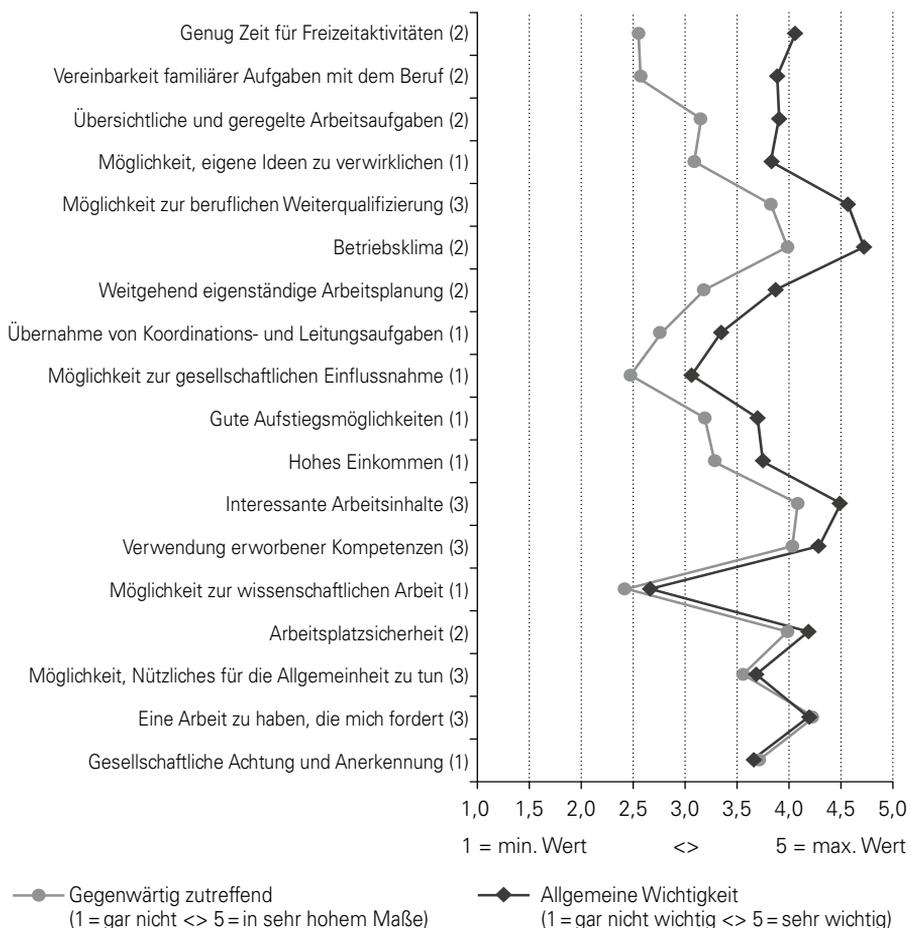
		Weiterbildungsgebiet					Sonstige	Insgesamt
		Anästhesiologie	Chirurgie	Gynäkologie	Innere Medizin	Pädiatrie		
Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten & Perspektiven	MW	6,9	7,9	7,0	7,2	6,7	7,5	7,3
	N	65	64	38	121	43	165	496
	SD	2,3	2,4	2,2	2,2	1,9	2,3	2,3
Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance	MW	8,9	7,3	7,8	7,4	7,2	7,9	7,8
	N	67	63	39	121	44	162	496
	SD	1,9	2,2	2,2	1,9	2,2	2,2	2,2
Zufriedenheit mit inhaltlichen Aspekten	MW	11,7	11,1	11,2	11,1	11,4	11,1	11,2
	N	63	63	38	120	45	155	484
	SD	2,0	2,1	2,2	2,1	1,9	2,3	2,1

* Die Skala reicht von „1=niedrigste Zufriedenheit“ bis „15=höchste Zufriedenheit“, da die Items der fünfstufigen Skala mit der persönlichen Wichtigkeit (niedrig, mittel, hoch) gewichtet wurden (vgl. 3.1.2).

4.3.3 Einzelitems der Indikatoren zur Berufszufriedenheit

Bei Betrachtung der in den drei Indikatoren enthaltenen einzelnen Items (Abbildung 3) fällt der geringe Stellenwert auf, der der „Möglichkeit zur wissenschaftlichen Arbeit“ gegeben wird. Zugleich ist hier die Diskrepanz zwischen Wunsch, (d. h. der allgemeinen Wichtigkeit) und Wirklichkeit gering. Allerdings ist ein großer Unterschied zwischen Angestellten an allgemeinen Krankenhäusern und den Unikliniken feststellbar (Wunsch: 2,3 vs 3,8; Wirklichkeit: 1,9 vs. 4).

Abbildung 3: Berufsaspekte – Vergleich zwischen allgemeiner Wichtigkeit und ihrer gegenwärtigen Realisierung*



* Anmerkungen: Antworten auf die Frage „Wie wichtig sind Ihnen im Allgemeinen die folgenden Aspekte einer Berufstätigkeit?“ (allgemeine Wichtigkeit) und „In welchem Maße treffen die folgenden Aspekte auf Ihre gegenwärtige berufliche Situation zu?“ (gegenwärtig zutreffend). Die Anordnung erfolgt absteigend anhand der Diskrepanzen (MW 2 – MW 1). Ziffern in Klammern bezeichnen die Zuordnung zu den Dimensionen der beruflichen Zufriedenheit: (1) beruflicher Aufstieg u. Perspektiven; (2) Work-Life-Balance; (3) Arbeitsinhalte

Generell ist die Diskrepanz bei den Items am größten, die zur Dimension der Work-Life-Balance gehören. Die Items, die die höchsten Zustimmungswerte in der beruflichen Realität erzielen, gehören mehrheitlich zum Bereich der inhaltlichen Berufsaspekte. Auch die „Verwendung der erworbenen Kompetenzen“ zählt dazu (MW: 4; SD 0,8).

4.4 Determinanten der Berufszufriedenheit

Im Folgenden sollen für die Berufszufriedenheit die relevanten Determinanten ermittelt werden. Dazu werden OLS-Regressionen mit unterschiedlichen abhängigen Variablen geschätzt. Eine Überprüfung der bivariaten Korrelationsmatrix zeigt, dass zwischen den drei Indikatoren, die auf der Grundlage der tätigkeitsbezogenen Einzelaspekte gebildet wurden, und der globalen Berufszufriedenheit nur kleine bis mittlere Zusammenhänge bestehen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Bivariate Zusammenhänge der Indikatoren der beruflichen Zufriedenheit

	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) Skala Aufstiegsmöglichkeiten u. Perspektiven		.298**	.476**	.366**
(2) Skala Work-Life-Balance			.408**	.523**
(3) Skala Arbeitsinhalte				.443**
(4) berufliche Zufriedenheit insgesamt				

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Die Modelle 1 bis 3 untersuchen den Einfluss von individuellen Merkmalen sowie von studien- und berufsbezogenen Variablen auf die in Kapitel 3.1 beschriebenen Dimensionen der beruflichen Zufriedenheit (Tabelle 7). Um eine Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Indikatoren der Berufszufriedenheit zu erhalten, wurden in die Modelle 1 bis 3 dieselben unabhängigen Variablen eingeschlossen. In Modell 4 stellt die globale Angabe der Berufszufriedenheit die abhängige Variable dar, wobei die zuvor abhängigen Variablen aus den Modellen 1–3 als zusätzliche Determinanten in die Schätzfunktion integriert wurden. Dabei zeigt sich, dass die aufgeklärte Varianz zwischen den einzelnen Zieldimensionen sich unterscheidet. Während sich für die extrinsischen Motive und die Work-Life-Balance über 40 Prozent der Varianz erklären lassen, sind es für den Bereich der intrinsischen Arbeitsmotive und die Gesamtzufriedenheit nur 33 bzw. 37 Prozent.

Tabelle 7: Ergebnisse der OLS-Regression für Indikatoren der beruflichen Zufriedenheit

Mittelwerte & Prozente (fett)	Modell 1: Zufriedenheit mit Aufstiegs- möglichkeiten u. Perspek- tiven		Modell 2: Zufriedenheit mit der Work-Life- Balance		Modell 3: Zufriedenheit mit Arbeits- inhalten		Modell 4: Berufliche Zufriedenheit insgesamt		
	B	(β)	B	(β)	B	(β)	B	(β)	
Individuelle Merkmale									
Alter beim Examen	28,1	-,015	-,021	,010	,016	,027	,042	-,031	-,119
Familienmuster (Ref.: Mann ohne Kind)	25,9								
Frau mit Kind	9,4	-,953	-,112 *	,822	,106 *	,576	,075	-,256	-,080
Frau ohne Kind	57,7	-,611	-,130 *	,470	,110 *	,480	,113 *	-,136	-,078
Mann mit Kind	7,0	-,246	-,029	,219	,028	,212	,028	-,064	-,020
Bildungshintergrund Eltern (Ref.: kein Elternteil mit Hoch- schulabschluss)	68,7	-,156	-,032	-,014	-,003	,029	,006	,013	,007
Migrationshintergrund (Ref.: kein Migrationshintergrund)	18,4	,039	,006	-,137	-,025	-,016	-,003	-,119	-,053
Berufsabschluss (Ref.: kein Berufsabschluss)	23,3	-,069	-,012	-,037	-,007	-,393	-,077	,090	,043
Studienbedingungen & -erfahrungen									
Gesamtzufriedenheit mit dem Studium (1–5)	3,6	-,075	-,025	,143	,052	,060	,022	,012	,011
Auslandserfahrungen (Ref.: kein Auslandsaufenthalt)	45,5	-,012	-,003	,043	,010	,241	,058	,009	,005
Qualität des PJ-Abschnitts Innere Medizin (1–3)	2,5	,120	,037	-,204	-,069	,160	,055	,079	,065
Qualität des PJ-Abschnitts Chirurgie (1–3)	2,2	,113	,040	,029	,011	,005	,002	,084	,079
Qualität des PJ-Abschnitts Wahlfach (1–3)	2,7	-,480	-,117 **	,304	,081	,453	,122 *	,098	,064
Ergebnisse des Studiums									
Abschlussnote	2,2	,156	,039	,055	,015	,027	,008	,070	,048
Med. Kompetenzen (45–225)	144	,013	,115 *	,012	,121 *	,004	,043	,001	,024
Promotion (Ref.: (noch) keine Promotion)	34,6	,433	,089 *	-,322	-,073	-,292	-,066	-,078	-,043
Regelstudienzeit (Ref.: Studium nicht in Regel- studienzeit abgeschlossen)	59,8	-,056	-,012	-,074	-,017	-,054	-,013	-,064	-,037

Fortsetzung nächste Seite

*** p < .001, **p < .01, *p < .05.

Lesehilfe:

Ein negatives Vorzeichen bei den B-Koeffizienten bedeutet eine geringere berufliche Zufriedenheit (Ausnahme: Abschlussnote). Der Wertebereich der Variablen ist in Klammern angegeben – hohe Ausprägungen stehen für größere Zustimmungswerte

Fortsetzung **Tabelle 7**

Mittelwerte & Prozente (fett)	Modell 1: Zufriedenheit mit Aufstiegs- möglichkeiten u. Perspek- tiven		Modell 2: Zufriedenheit mit der Work-Life- Balance		Modell 3: Zufriedenheit mit Arbeits- inhalten		Modell 4: Berufliche Zufriedenheit insgesamt	
	B	(β)	B	(β)	B	(β)	B	(β)
Weiterbildungsziel (Ref.: Chirurgie)	25,8							
Anästhesie	13,4	-1,428 - ,209 ***	1,025	,164 *	,769	,124	,014	,005
Gynäkologie	7,7	-,454 - ,051	-,268	-,033	,555	,070	-,140	-,043
Innere Medizin	25,1	-,521 - ,098	-,119	-,024	,402	,083	-,149	-,074
Pädiatrie	8,6	-,648 - ,082	-1,000	-,139 *	,646	,090	-,046	-,016
Sonstiges	32,8	-,617 - ,127	,341	,077	,333	,076	-,108	-,060
Aspekte der beruflichen Tätigkeit								
Arbeitsort (Ref.: Universitäts- klinikum)	21,2							
Allg. Krankenhaus	73,8	-1,626 - ,309 ***	1,033	,215 ***	,180	,038	-,244	-,125 *
Sonstiger Arbeitsort	5,1	-1,574 - ,134 **	2,286	,213 ***	-,676	-,063	-,402	-,092
Wöchentl. Überstundenanzahl > 10 Std. (Ref.: < 10 Std.)	35,4	,322 ,067	-1,131	-,259 ***	-,064	-,015	-,157	-,088
Monatl. Einkommen	4138	,000 ,086	,000	-,056	,000	-,026	,000	,064
Skala Aufstiegsmöglichkeiten & Perspektiven (1–15)	7,3		,241	,264 ***	,405	,448 ***	,035	,096
Skala Work-Life-Balance (1–15)	7,7	,291 ,266 ***			,221	,224 ***	,144	,356 ***
Skala Arbeitsinhalte (1–15)	11,2	,440 ,398 ***	,199	,197 ***			,094	,230 ***
N		350		350		350		345
adj. R²		,410		,413		,335		,370

*** p < .001, **p < .01, *p < .05.

Lesehilfe:

Ein negatives Vorzeichen bei den B-Koeffizienten bedeutet eine geringere berufliche Zufriedenheit (Ausnahme: Abschlussnote).
Der Wertebereich der Variablen ist in Klammern angegeben – hohe Ausprägungen stehen für größere Zustimmungswerte

Erwartungsgemäß leistet in allen Modellen zur beruflichen Zufriedenheit die Bewertung von konkreten Aspekten der beruflichen Tätigkeit den deutlichsten Beitrag. Nach Modell 1 (Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven) schätzen vor allem Frauen die Zufriedenheit niedriger ein. Dies betrifft das „Familienmuster“ der kinderlosen Frauen wie auch Frauen, die Kinder haben. Im Bereich der studienbezogenen Variablen wirkt sich neben den Kompetenzen eine abgeschlossene Promotion positiv aus. Dagegen hat die Anästhesie als Weiterbildungsziel einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit, ebenso wie Arbeitsorte außerhalb des Universitätsklinikums.

In Modell 2 (Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance) treten ähnliche Effekte auf, zum Teil mit bemerkenswerten Differenzen. Das weibliche Geschlecht hat wiederum einen signifikanten Einfluss, diesmal in entgegengesetzter Richtung: Im Bereich der Work-Life-Balance hat es einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit. Derselbe Effekt ist für die Arbeitsorte „allgemeines Krankenhaus“ und „Sonstige“ zu beobachten. Für die Frage nach der Work-Life-Balance ist mit diesen Variablen eine größere Zufriedenheit assoziiert. Eine wöchentliche Arbeitslast mit mehr als zehn Überstunden verringert die Schätzung der Zufriedenheit dagegen deutlich.

Für die Frage nach der Zufriedenheit mit den inhaltlichen Aspekten (Modell 3) und auch für die globale berufliche Zufriedenheit (Modell 4) ist die Anzahl der einflussstarken Variablen geringer. Den deutlichsten Beitrag liefern wiederum die einzelnen Aspekte der Berufsausübung, wobei der Faktor „Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven“ keinen signifikanten Beitrag liefert. Für die Schätzfunktion der allgemeinen Berufszufriedenheit stellt die Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance die Variable mit dem größten Gewicht dar. Von den Variablen, die als Studierertrag in das Modell eingehen, haben die medizinischen Kompetenzen einen statistisch signifikanten Effekt. Sie erhöhen die Zufriedenheit hinsichtlich des Aspekts Arbeitszufriedenheit und Perspektiven und hinsichtlich der Work-Life-Balance.

5 Zusammenfassung und Diskussion

5.1 Indikatoren und Determinanten der Berufszufriedenheit

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels wächst das Interesse an der Zufriedenheit der angehenden Medizinerinnen und Mediziner mit ihren Perspektiven und Ausbildungsbedingungen. Im Sinne einer mehrdimensionalen Perspektive auf die Berufszufriedenheit wurde darum die Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven, mit der Work-Life-Balance und mit inhaltlichen (Arbeits-)Aspekten als Indikatoren untersucht. In diese Indikatoren gingen die allgemeinen Erwartungen der Befragten als Gewicht für die real erlebten Arbeitsbedingungen ein. Die Bildung dieser drei Indikatoren hat sich dabei als sinnvoll erwiesen, da mit ihnen im Gegensatz zur Analyse der Berufszufriedenheit mit nur einem Item Unterschiede in der Bewertung sichtbar wurden. Zum einen zeigte sich, dass mit den Aspekten des Arbeitsinhalts die größte Zufriedenheit vorliegt. Zum anderen haben die multivariaten Analysen verdeutlicht, dass je nach gewähltem Indikator unterschiedliche Determinanten relevant sind. Damit scheinen sich Einwände gegen die Reduzierung auf eine globale Frage zu bestätigen (Kühne 2009, S. 119). Im Ergebnis können sich „Auswertungsartefakte“ (Kromrey 2000, S. 249) bilden, bei denen die spezifischen Bewertungsprofile nicht mehr erkennbar sind. Ungeachtet dieser Einwände lassen die Ergebnisse auf eine relativ hohe berufliche Zufriedenheit schließen, wobei ein „Positivitätsbias“ bei Fragen nach der Berufszufriedenheit weit verbreitet ist (Fischer/Belschak 2006, S. 80). Der

Anteil derer, die nicht zufrieden sind, liegt in den Befragungen der MHH unter zehn Prozent, 60 Prozent sind zufrieden oder sehr zufrieden. Hinsichtlich der untersuchten Merkmalsgruppen Geschlecht, Arbeitsstätte und Weiterbildungsgebiet zeigen die Auswertungen, dass Männer unzufriedener mit ihrer Work-Life-Balance sind, Frauen dagegen mit ihren Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven.

Im Vergleich der Weiterbildungsgebiete sind noch größere Unterschiede erkennbar. Einschränkend ist hierbei zu bemerken, dass die aktuelle berufliche Zustandsbeschreibung nicht zwingend durch das angegebene Weiterbildungsziel bestimmt wird (z. B. kann ein angehender Allgemeinmediziner oder eine Anästhesistin auch Stationen in der Inneren Medizin oder der Chirurgie durchlaufen). Dennoch werden fachspezifische Profile deutlich, die wiederum enge Verbindungen mit der Geschlechtsverteilung aufweisen können. So gilt beispielsweise die Chirurgie, in der der Anteil an Ärzten deutlich überwiegt, als belastungsintensiv, aber auch prestigeträchtig (*Creed et al. 2010*). *Buddeberg-Fischer, Illés und Klaghofer (2002)* konnten zeigen, dass die geschlechtliche Rollenverteilung, die die familiäre Verantwortung in höherem Maße der Frau zuschreibt, bereits am Ende des Studiums von Medizinerinnen antizipiert wird. Frauen entscheiden sich demnach öfter als männliche Kollegen für ein Gebiet, das die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie verspricht – selbst bei anders gelagertem fachlichem Interesse. In Übereinstimmung mit diesem Erklärungsansatz zeigen auch die multivariaten Analysen, dass Frauen mit Kindern wie auch Frauen ohne Kind unzufriedener mit ihren Berufsperspektiven sind, aber zufriedener mit der Work-Life-Balance. Die Richtung der Wirkungszusammenhänge lässt sich mit den vorliegenden Auswertungen nicht abschließend erklären. Es bleibt offen, ob die höhere Zufriedenheit durch gezielte Veränderungen bzw. Entscheidungen herbeigeführt wurde, oder durch eine Anpassung der Bedürfnisstruktur erreicht worden ist (vgl. *Kühne 2009, S. 45*). Vor dem Hintergrund des seit Jahren steigenden Frauenanteils im Medizinstudium stellt die weitere berufliche Entwicklung von Ärztinnen auch im Rahmen von geplanten Folgebefragungen eine wichtige Forschungsfrage dar. Vor diesem Hintergrund könnte in zukünftigen Auswertungen eine eingehendere Analyse der Interaktionseffekte auf der Seite der unabhängigen Variablen ein lohnendes Ziel sein.

5.2 Bedeutung des Kompetenzerwerbs für die Berufszufriedenheit

Die im KOAB eingesetzte, umfangreiche Kompetenzskala stellt im deutschsprachigen Raum den ersten Versuch dar, berufsbezogene Fertigkeiten und Fähigkeiten von Medizinerinnen und Mediziner im Rahmen von Absolventenstudien detailliert zu erfassen (*Giesler/Foster/Biller/Fabry 2011*). Im Ergebnis zeigt der Summenindex dieser Kompetenzen in den multivariaten Analysen einen sichtbaren Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit. Höhere Kompetenzen wirken positiv auf die Zufriedenheit mit den Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven und auf die Work-Life-Balance. Ob das

Ausmaß an erworbenen Kompetenzen von den Befragten als tatsächlich ausreichend für den Berufsstart empfunden worden ist, kann dadurch jedoch nicht aufgeklärt werden. In vergleichenden Absolventenstudien haben *Rehn et al. (2011, S. 274)* gezeigt, dass beim Berufseinstieg neben zu wenig Feedback die Wahrnehmung eines Qualifikationsdefizits die größten Schwierigkeiten bereitet. Somit stellt die Erhöhung und Überprüfung des Kompetenzniveaus für die Zukunft eine wichtige Aufgabe dar. Der Medizinische Fakultätentag (MFT) hat 2015 den *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)* verabschiedet.¹⁸ In ihm werden umfangreiche Lernziele definiert, die in den kommenden Jahren der kompetenzbasierten Curriculumsentwicklung im Medizinstudium als Grundlage dienen sollen (*Fischer 2013, S. 176f.*). Insgesamt stellt sich der Einfluss von studienbezogenen Merkmalen als moderat dar, vor allem im Vergleich zu den berufsbezogenen Merkmalen.

5.3 Limitationen und Ausblick

In diesem Beitrag wurden die Daten von einer Hochschule vorgestellt, die 2005 einen Modellstudiengang eingeführt hat, um durch frühen Patientenkontakt die ärztliche Berufskompetenz zu stärken. Von den Befragten sind über 95 Prozent in der Krankenversorgung tätig. Damit ist ein zentrales Ausbildungsziel erreicht. Möglicherweise weichen die Ergebnisse an anderen Fakultäten, die auch noch andere Studienschwerpunkte aufweisen, z. B. die Ausbildung für die Grundlagenforschung, abweichende Ergebnisse auf. Frühere Analysen haben verdeutlicht, dass zwar verschiedene standortbezogene Faktoren auf den Ausbildungserfolg einwirken können, diese sich allerdings zum großen Teil dem Einfluss der Fakultäten entziehen (*van den Bussche/Wegschneider/Zimmermann 2006a & 2006b; Zimmermann/Wegschneider/van den Bussche 2006*). Generell scheint die Suche nach Ausbildungserträgen, die auf den Vergleich der Hochschulen untereinander zielt, weniger ertragreich als oftmals vermutet (*Schomburg/Teichler 1998, S. 161*). Somit kann davon ausgegangen werden, dass bis zu einem bestimmten Grad eine Verallgemeinerung der Ergebnisse möglich ist, zumal die Daten von fünf Abschlussjahrgängen in die Auswertungen eingegangen sind. Auf diese Weise spielen zufällige Schwankungen und singuläre Ereignisse, die die Meinungsbildung Einzelner stärker prägen könnten, eine geringere Rolle. Dennoch könnten nachfolgende Analysen Hinweise auf mögliche Besonderheiten von anderen Ausbildungsstandorten geben, selbst wenn der Effekt beispielsweise auf geographischen Einflüssen basiert und weniger auf explizit formulierten Lehrmodellen, wie sie in Modellstudiengängen erprobt werden.

Unter methodischen Gesichtspunkten lassen sich ebenfalls einige Einschränkungen finden. Selektionseffekte könnten dahingehend aufgetreten sein, dass nichtärztlich

¹⁸ <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht> (Zugriff: 09.09.2015)

tätige Absolventinnen und Absolventen sich seltener beteiligten, weil sie sich „nicht angesprochen fühlen“. Generell könnten frustrierte und demotivierte Ärztinnen und Ärzte seltener an Absolventenbefragungen teilnehmen und somit zu einem „Zufriedenheitsbias“ beitragen. Mit Blick auf die verwendete Skala der medizinischen Kompetenzen ist die eingeschränkte Güte von Selbsteinschätzungen zu bedenken. Eine Reihe von möglichen Verzerrungsfaktoren werden in der Literatur diskutiert (*Ward/Gruppen/Regehr 2002; Colthart et al. 2008*). Im Rahmen von Absolventenbefragungen kann dabei auch die Wechselwirkung der Einflussfaktoren problematisch sein: Bewerten beruflich zufriedene Absolventinnen auch ihre Kompetenzen wohlwollender, oder erreichen sie aufgrund ihrer erworbenen Kompetenzen eher ihre beruflichen Ziele und sind deshalb zufriedener? Die Weiterentwicklung und Überprüfung dieses Ansatzes erscheint trotz der Einschränkungen sinnvoll, da in der Evaluations- und Bildungsforschung ein Verzicht auf Selbsteinschätzungen schon aus ökonomischen Gründen nicht realistisch ist. Hiervon kann die Medizin als professionsbezogenes Studienfach profitieren, aber auch andere Ansätze, die über Absolventenstudien hinaus der Validierung von Kompetenzeinschätzungen nachgehen (z. B. *Braun/Sheikh/Hannover 2011*).

Für die in dieser Untersuchung entwickelten und diskutierten Indikatoren hat sich eine Reihe von validen Resultaten ergeben. Dennoch bedürfen sie weiterer Überprüfung, um insbesondere den Zusammenhang von den berufsbezogenen Wunschvorstellungen und ihrer Realisierung zu vertiefen. Vor allem für die Frage nach dem Gewichtungsverhältnis einzelner Aspekte sind weitere Analysen und theoretische Hintergründe wichtig. In dieser Untersuchung zeigen beispielsweise angehende Anästhesistinnen und Anästhesisten durchschnittlich die geringsten Werte beim Indikator „Zufriedenheit mit den Aufstiegsmöglichkeiten und Perspektiven“ und zugleich die höchste allgemeine Berufszufriedenheit. Darin wird sichtbar, dass die unterschiedlichen Dimensionen der beruflichen Zufriedenheit stark kontextabhängig sind. Eine Überprüfung und Anpassung der Indikatoren ist auch deshalb sinnvoll, weil die Berufszufriedenheit ihrerseits gesellschaftliche Werte und Normen widerspiegelt, die der Veränderung unterliegen. So ist auffällig, dass in einschlägigen Inventaren aus den achtziger Jahren die Work-Life-Balance als Gegenstandsbereich nicht oder nur schwach entwickelt war (*Habich 1986; Krampen 1981*). Gerade dieser Komplex hat, wie die im KOAB-Fragebogen verwendeten Einzelitems zeigen, unter Medizinerinnen und Mediziner den größten Stellenwert und stellt für die Regressionsschätzung der allgemeinen Berufszufriedenheit den einflussreichsten Prädiktor dar. Mit dem Bedeutungszuwachs einer ausgewogenen Work-Life-Balance könnte sich auch der Stellenwert der „klassischen“ Erfolgsindikatoren, wie Einkommen oder sozialer Status, relativieren und die Suche nach Alternativen angeregt werden. So sollte bei zukünftigen Befragungen mehr Gewicht auf die Frage gelegt werden, welche Ziele angestrebt werden und welche Faktoren die weiteren beruflichen Entscheidungen beeinflussen.

Literatur

Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002, die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist (2002). In: Bundesgesetzblatt I, S. 2405–2535

Bestmann, Beate; Rohde, Volker; Wellmann, Axel; Küchler, Thomas (2004): Berufsreport 2003. Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. In: Deutsches Ärzteblatt 101 (1–2), S. A28–32

Biller Silke; Boeker Martin; Fabry Goetz; Giesler Marianne (2015): Fakultäre Faktoren für den Erfolg im Medizinstudium in Freiburg – Ergebnisse von Absolventenbefragungen. In: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung; 32(4):Doc44

Braun, Edith; Sheikh, Hammad; Hannover, Bettina (2011): Self rated competences and future vocational success: a longitudinal study. In: Assessment & Evaluation in Higher Education 36(4), S. 417–427

Brüderl, Joseph; Hinz, Thomas; Jungbauer-Gans, Monika (1996): Langfristig erfolgreich. Münchener Soziologinnen und Soziologen auf dem Arbeitsmarkt In: Soziologie 3, S. 5–23

Bruggemann, Agnes; Groskurth, Peter; Ulich, Eberhard (1975): Arbeitszufriedenheit. Bern [u. a.]

Buddeberg-Fischer, Barbara; Illés, C.; Klaghofer, Richard (2002): Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten In: Das Gesundheitswesen, 64, S. 353–362

Chenot Jean F. (2009): Undergraduate medical education in Germany. In: GMS German Medical Science 7: Doc02

Colthart, Iain et al. (2008): The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. In: Medical Teacher 30, S. 124–145

Creed, Peter A.; Searle, Judy; Rogers, Mary E. (2010): Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. In: Social Science & Medicine, 71(6), S. 1084–1088

Epstein Nurith et al. (2016): Nachwuchsmangel in der medizinischen Forschung. Wie kann der ärztliche Forschernachwuchs besser gefördert werden? In: Beiträge zur Hochschulforschung 38(1–2), S. 162–189.

Fabian, Gregor; Briedis, Kolja (2009): Aufgestiegen und erfolgreich. Ergebnisse der dritten HIS-Absolventenbefragung des Jahrgangs 1997 zehn Jahre nach dem Examen. HIS:Forum Hochschule Nr. F02/2009. Hannover

Fabry, Götz; Giesler, Marianne. (2007): Hochmotiviert am Start: Zur Studienmotivation von Medizinstudenten während des ersten Studienjahres. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16, S. 115–125

Falk, Susanne; Reimer, Maike (2007): Verschiedene Fächer, verschiedene Übergänge: der Berufseinstieg und „frühe“ Berufserfolg bayerischer Hochschulabsolventen. In: Beiträge zur Hochschulforschung 29, S. 34–70

Fischer, Lorenz; Belschak, Frank (2006): Objektive Arbeitszufriedenheit? Oder: Was messen wir, wenn wir nach der Zufriedenheit mit der Arbeit fragen? In: Fischer, Lorenz (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunden. Göttingen [u. a.]

Fischer, Martin (2013): Motivation(-ssteigerung) angehender Ärzte für die Patientenversorgung. In: Fuchs; Koch; Scriba: a. a. O. , S. 173–179

Flöther, Choni; Krücken, Georg (Hrsg.) (2015): Generation Hochschulabschluss: Vielfältige Perspektiven auf Studium und Berufseinstieg. Analysen aus der Absolventenforschung. Münster

Fuchs, Christoph; Koch, Thea; Scriba, Peter C. (2013): Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung: Eine Herausforderung für die gesamte Ärzteschaft (=Report Versorgungsforschung Bd. 6). Köln

Gedrose, Benjamin et al. (2012): Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Ergebnisse einer multizentrischen Untersuchung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137, S. 1242–1247

Giesler, Marianne; Foster, Johannes; Biller, Silke; Fabry, Götz. (2011): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Kompetenzen in der Medizin: Ergebnisse zur Reliabilität und Validität. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 28(2):Doc31

Gothe, Holger (2010): Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten – eine Übersicht der internationalen Literatur, In: Schwartz; Angerer, a. a. O., S. 7–14

Grifka, Joachim (2010): Wunsch und Wirklichkeit. Warum junge Mediziner deutschen (Universitäts-)Krankenhäusern den Rücken kehren. In: Forschung&Lehre 4/10, S. 232–234

Habich, Roland (1986): Arbeitswerte, Arbeitsplatzrealität und Arbeitszufriedenheit. Ein Beitrag zum Problem der Anspruchsgewichtung bei der Erklärung von Arbeitszufriedenheit. In: Zeitschrift für Soziologie 15(4), S. 278–294

Heinz, Andreas; Jacob, Rüdiger (2012): Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? In: Bundesgesundheitsblatt 55, S. 245–253

Heslin, Peter A. (2005): Conceptualizing and evaluating career success. In: Journal of Organizational Behavior 26, S. 113–136

Hohner, Hans-Uwe (2003): Anforderungen an den Arztberuf im 21. Jahrhundert. Herausforderung für Qualifizierung und Kompetenzentwicklung, in Ulich, Eberhard (Hrsg.), Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern, S. 15–35

Hohner, Hans-Uwe; Grote, Stefanie; Hoff, Ernst-H; Dettmer, Susanne (2003): Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensgestaltung von Ärztinnen und Ärzten. In: Abele, Andrea E.; Hoff, Ernst H.; Hohner, Hans-Uwe. (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg, Heidelberg, S. 43–56

Hübler, Anja; Scheuch, Klaus; Müller, Gabriele; Kunath, Hildebrand (2009): Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte. Dresden

Krampen, Günter (1981): Berufszufriedenheit und Zielorientierungen von Lehrern: Interdependenzanalyse zweier motivationaler Variablenkomplexe. In: Psychologie und Praxis 25(2), S. 45–55

Krempkow, René; Pastohr, Mandy (2006): Was macht Hochschulabsolventen erfolgreich? Eine Analyse der Determinanten beruflichen Erfolges anhand der Dresdner Absolventenstudien (2000)-(2004). In: Zeitschrift für Evaluation, 1, S. 7–37

Kromrey, Helmut (2000): Qualität und Evaluation im System Hochschule. In: Stockmann, Reinhard (Hrsg.): Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. Opladen, S. 232–258

Kühne, Mike (2009): Berufserfolg von Akademikerinnen und Akademikern. Theoretische Grundlagen und empirische Analysen. Wiesbaden

Nierobisch, Kira (2010): Studium, Übergang und Beruf: Unterschiedliche Gestaltungsformen von Pädagog/innen und Mediziner/innen. In: von Felden, Heide; Schiener, Jürgen (Hrsg.): Transitionen – Übergänge vom Studium in den Beruf. Zur Verbindung von qualitativer und quantitativer Forschung. Wiesbaden, S. 106–156

Ramm, Michael; Multrus, Frank; Bargel, Tino; Schmidt Monika (2014): Studiensituation und studentische Orientierungen. 12. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen. Konstanz

Rehn, Torsten; Brandt, Gesche; Fabian, Gregor; Briedis, Kolja (2011): Hochschulabschlüsse im Umbruch Studium und Übergang von Absolventinnen und Absolventen reformierter und traditioneller Studiengänge des Jahrgangs 2009 (=HIS: Forum Hochschule 17/2011)

Rothmund, Matthias (2002): Ärztemangel – relativ. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127, S. 893–894

Schomburg, Harald; Teichler, Ulrich (1998): Studium, Studienbedingungen und Berufserfolg. In: Teichler, Ulrich, Daniel, Hans-Dieter; Enders, Jürgen (Hrsg.): Brennpunkt Hochschule. Neuere Analysen zu Hochschule, Beruf und Gesellschaft. Frankfurt a. M./New York, S. 141–172

Schrauth, Markus; Kowalski, Axel; Weyrich, Peter; Begenau, Jutta; Werner, Anne; Zipfel, Stephan & Nikendei, Christoph (2009): Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Medizin, 59, S. 446–453

Spangenberg, Heike; Mühleck, Kai; Schramm, Michael (2012): Erträge akademischer und nicht-akademischer Bildung. Ein Vergleich von Studienberechtigten mit Berufs-

ausbildungs- und Hochschulabschluss zwanzig Jahre nach Erlangung der Hochschulreife (=HIS: Forum Hochschule 11/2012). Hannover

Schwartz, Friedrich Wilhelm; Angerer, Peter (Hrsg.) (2010): Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen (=Report Versorgungsforschung Bd. 2). Köln

van den Bussche, Hendrik; Wegscheider, Karl; Zimmermann, Thomas (2006): Der Ausbildungserfolg im Vergleich (II). In: Deutsches Ärzteblatt 103, S. 2225–2228

van den Bussche, Hendrik; Wegscheider, Karl; Zimmermann, Thomas (2006): Der Ausbildungserfolg im Vergleich (III). In: Deutsches Ärzteblatt 103, S. 3170–3176

Ward, Mylène; Gruppen, Larry; Regehr, Glenn (2002): Measuring Self-assessment: Current State of the Art. In: Advances in Health Sciences Education 7, S. 63–80

Weigl, Matthias; Glaser, Jürgen; Petru, Raluca; Angerer, Peter (2010): Qualität der Weiterbildung, Arbeits- und Berufszufriedenheit bei Ärzten in der Facharztweiterbildung. In: Fuchs; Koch; Scriba, a. a. O., S. 69–83

Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Drs. 4017–14. Dresden

Zimmermann, Thomas; Wegscheider, Karl; van den Bussche, Hendrik (2006): Der Ausbildungserfolg im Vergleich (I). In: Deutsches Ärzteblatt 103, S. 1732–1738

Zuber, Margit A. (2001): Analyse des Frauenanteils bei verschiedenen Qualifikationsstufen des Fachgebietes Humanmedizin in Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 126, S. 65–71

Manuskript eingereicht: 03.02.2016
Manuskript angenommen: 17.09.2016

Anschrift des Autors:

Dr. Volker Paulmann
Studiendekanat – OE 9135
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: paulmann.volker@mh-hannover.de

Volker Paulmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Evaluation und Kapazität an der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Projektkoordinator der MHH-Ab solventenstudien für das Studienfach Medizin.