

Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Sozialwissenschaft
Sektion Sozialpolitik & Sozialökonomie



Das Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ der DGAV

**Eine qualitative Untersuchung über die Entscheidung zur Teilnahme
an der Zertifizierung und ihr Einfluss auf die
Entscheidung für eine chirurgische Facharztweiterbildung**

Masterarbeit

vorgelegt von

Anna Maria Melcher

Matrikel-Nr.: 108015123848

Studiengang: Master of Arts

Studienfach: Sozialwissenschaften

Studienprogramm: Management & Regulierung von Arbeit, Wirtschaft und Organisation

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Notburga Ott

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Josef Hilbert

Bochum, Juli 2017

an der Ruhr-Universität Bochum

Bochum, den 11. 05. 2017

An den
Prüfungsausschuss
der Fakultät für Sozialwissenschaft
GC 04/42

Name:	MELCHER
Vorname:	ANNA MARIA
Matrikel-Nr.:	108015123848

Hiermit melde ich mich zur M.A.-Arbeit im Fach Sozialwissenschaft, Studienrichtung:
an MORAWO

In Absprache mit dem Prüfer bzw. der Prüferin wurde gem. § 26 Abs. 5 der PO Bachelor-/Master Sozialwissenschaft folgendes Thema festgelegt:

Das Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ der DGAV. Eine qualitative Untersuchung über die Entscheidung zur Teilnahme an der Zertifizierung und ihr Einfluss auf die Entscheidung für eine chirurgische Facharztweiterbildung

Hiermit erkläre ich, dass

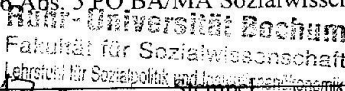
- mir die Prüfungsordnung für das Bachelor-/Masterstudium Sozialwissenschaft von 03.12.2007 bekannt ist.
- ich mich gem. § 25 (3), PO BA/MA Sozialwissenschaft nicht in einem schwebenden Prüfungsverfahren in einem M.A.-Studiengang einer wissenschaftlichen Hochschule der Bundesrepublik Deutschland befinde, bisher eine M.A.-Prüfung in dem oben genannten M.A.-Fach nicht oder endgültig nicht bestanden habe, und dass ich nicht durch das Versäumen einer Wiederholungsfrist meinen Prüfungsanspruch verloren habe.

Bochum, *23.05.2017*
Ort, Datum

Anna Melcher
Unterschrift der Kandidatin / des Kandidaten

Name der Erstgutachterin / des Erstgutachters	Name der Zweitgutachterin / des Zweitgutachters
<u>Prof. Dr. Notburga Ott</u>	<u>Prof. Dr. Josef Hilbert</u>
Bearbeitungszeit: <input type="checkbox"/> 4 Monate	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Monate (empirisch)

Hiermit bestätigte ich meine Bereitschaft, das o. g. Thema der M.A.-Arbeit der o. g. Kandidatin / des o. g. Kandidaten zu betreuen. Die Ausgabe des Themas der M.A.-Arbeit erfolgt durch das Prüfungsamt im Auftrag des Prüfungsausschusses (§ 26 Abs. 5 PO BA/MA Sozialwissenschaft).

Bochum, den 22.05.17

 Prof. Dr. Notburga Ott
 GC 04/307-308
 D-44780 Bochum

[Signature]
 Unterschrift der Erstgutachterin / des Erstgutachters
 Prof. Dr. Notburga Ott

Meldung zur Fachprüfung
 Im Rahmen der M.A.-Prüfung im 1-Fach-Master
 an der Ruhr-Universität Bochum

I. Kurzfassung:

Einleitung: Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit beschäftigt sich mit Wirkungen eines Bildungsangebotes der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, auf die Facharztwahl von Studierenden der Medizin. Durch dieses Bildungsangebot, dem „Studentischen OP Assistenten“, haben Studierende die Möglichkeit, praktisch an den Arbeitsalltag im Operationssaal herangeführt zu werden. Mit Hilfe des Angebotes will die Gesellschaft eine Bindung seitens Studierender an die Fachrichtung Chirurgie herbeiführen, um einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. **Methode:** Es wurden anhand eines Leitfadens sieben Interviews mit Studierenden, die an der Ausbildung zum „Studentischen OP Assistenten“ teilnahmen, geführt. Um den Effekt der Teilnahme an der Ausbildung auf die Facharztwahl von Studierenden abzuschätzen, wurden außerdem sechs Medizinstudierende befragt, die nicht an dem Bildungsangebot teilnahmen. **Ergebnis:** Durch theoretische Einbettung in die Humankapitaltheorie konnte herausgefunden werden, dass der Facharztwunsch während des Studiums aufgrund von Primär- und Sekundärerfahrungen volatil ist und von übergeordneten Präferenzen bestimmt wird. Eine wichtige Rolle bei der Wahl der Facharztweiterbildung spielen ebenfalls Gelegenheitsstrukturen, Dozenten, denen man im Studium begegnet und der Wunsch der Studierenden, ihren Facharzt in einem – für sie passenden – Team zu absolvieren.

Schlüsselwörter: *Facharztwahl, Chirurgie, Humankapital, Fachkräftemangel, Medizinstudium*

I. Abstract:

Introduction: This paper deals with the effect of a training program called “Surgery Assistant for Students” created by the “German Association of General- and Visceralsurgery” on the personal choice for a specific residency after graduation. By taking part in this education, students are led to work in surgeries by providing theoretical and practical teaching. Through the offer the association expects an early bonding of students to the discipline of surgery in order to counter a skill shortage. **Method:** Seven guideline-based interviews were conducted with students who took part in this training program. Six students were interviewed as well who did not participate in this training to assess the effect of the “Surgery Assistant for Students” on the choice of residency. **Result:** Theoretical embedding in the theory of human capital has shown that during the primary and secondary experiences, the career aspirations are volatile and determined by superior preferences. The development of the choice of a residency is also provided by occasional structures, the lecturers whom they encounter during their studies and the wish of the students to complete their medical training in a team which suited them.

Keywords: *choice of residency, surgery, human capital, skill shortage, medical study*

II. Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung/Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
1. Einleitung	6
2. Theoretischer Teil	10
2.1 Die ärztliche Ausbildung	11
2.2 Die ärztliche Weiterbildung	14
2.3 Die Chirurgie	16
2.3.1 Arbeitskräfteangebot und -nachfrage	19
2.3.2 Entwicklung des Nachwuchses	22
2.3.3 Einschätzung zum Fachkräftemangel in der Chirurgie	24
2.4 Die Humankapitaltheorie	26
2.4.1 Forschungsstand zur Humankapitaltheorie	28
2.4.2 Kritik an der Humankapitaltheorie	31
2.5 Die Ausbildung zum „Studentischen OP Assistenten“	32
2.6 Forschungsstand zum „Studentischen OP Assistenten“	34
2.7 Hypothesenherleitung	35
3. Empirischer Teil	37
3.1 Messinstrument Leitfadeninterview	37
3.2 Stichprobenauswahl und Datenerhebung	39
3.3 Auswertungsmethode der qualitativen Interviews	39
3.4 Ergebnisse	40
4. Diskussion	63
5. Empfehlungen	72
6. Resümee	75
Literaturverzeichnis	80
Anhangsverzeichnis	86
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung	

III. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
SOA	Studentischer OP Assistent
PJ	Praktisches Jahr
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
HKT	Humankapitaltheorie

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle	Nr.	Bezeichnung	
Tabelle	1	Anzahl Studienbewerber für Medizin je Studienplatz	11
Tabelle	2	Spezifische Berufsanforderungen an Chirurgen	18
Tabelle	3	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte nach Berufsgruppen 2015	22
Tabelle	4	Anerkennung von Facharztbezeichnungen	23

V. Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Nr.	Bezeichnung	
Abbildung	1	Basisweiterbildungen im Gebiet der Chirurgie.	15
Abbildung	2	Weiterbildungsinhalt Common Trunk der Chirurgie	15
Abbildung	3	Anzahl der Facharztanerkennungen 2000-2015	23
Abbildung	4	Ausbildungsinhalte Studentischer OP Assistent	33
Abbildung	5	Einflussfaktoren auf die Wahl der Facharztweiterbildung	72

1. Einleitung

Unter Medizinstudierenden wird die chirurgische Fachrichtung als die, mit dem höchsten Prestige in der Bevölkerung, eingeschätzt. Chirurgen¹ verrichten als Ärzte systemrelevante Aufgaben, die für die menschliche Existenz unverzichtbar sind. Sie besitzen die Fähigkeit durch operative Eingriffe Menschen zu heilen und Leben zu retten. Dennoch wird die Fachrichtung Chirurgie nur von wenigen Studierenden für eine ärztliche Weiterbildung in Betracht gezogen. Dies liegt mitunter an den Arbeitsbedingungen in den deutschen chirurgischen Abteilungen, die durch Arbeitsverdichtung und Ökonomisierung gekennzeichnet sind. Hinzukommend wächst die Gruppe der über 65-Jährigen in der Bevölkerung, bedingt durch den Demografischen Wandel weiter an, wodurch gleichzeitig das Durchschnittsalter der Ärzteschaft steigt. Parallel verursacht die Alterung der Bevölkerung einen Anstieg an gesundheitlichen Beschwerden, weshalb die Anzahl der Operationen in den letzten Jahren stetig gestiegen ist – und weiterhin ansteigen wird.

Diese Umstände lösten in jüngster Vergangenheit eine Diskussion über den künftigen Versorgungsgrad von Chirurgen, zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der deutschen Bevölkerung aus. Aus Sicht der Krankenkassen gäbe es ausreichend Chirurgen, ortsweise sogar eine Überversorgung mit chirurgischem Fachpersonal, wohingegen die Berufsverbände der Chirurgen einen Fachkräftemangel befürchten. Sollte dies der Fall sein, werden Gesellschaft und Politik entlastet, wenn das Problem nach dem Subsidiaritätsprinzip, durch die Verbände selbst gelöst werden kann. So investieren mittlerweile die verantwortlichen Gruppen in ihre Nachwuchsrekrutierung, um so dem prognostizierten Personalbedarf entgegenzuarbeiten. Zu diesen Gruppen zählen unter anderem die *Deutsche Gesellschaft der Chirurgie* – als Dachgesellschaft der Fachgesellschaften der Chirurgie – welche zu ihren Kernaufgaben die Auseinandersetzung mit ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen des eigenen Faches zählt. Weiterhin haben die ihr zugeordneten Fachgesellschaften, wie die *Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie* (DGAV), ein Interesse daran, den Versorgungsbedarf für die eigene Fachrichtung adäquat zu decken.

Aus diesem Grund wurde im Jahr 2014 ein Bildungsangebot für Medizinstudierende von der *Chirurgische[n] Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgen* und der, ihr hierarchisch übergeordneten, DGAV ins Leben gerufen. Dieses soll bei seinen Teilnehmern eine frühe Bindung an die chirurgische Fachdisziplin bewirken. Dieses Ausbildungskonzept – der *Studentische OP Assistent* (SOA) – bietet den Teilnehmern, von der Einführung

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

in die Operationsabteilung, bis hin zur praktischen Vermittlung von gängigen Operationsverfahren, Lehrinhalte, welche die Studierenden auf den Einsatz als OP Assistent bei operativen Eingriffen, vorbereiten. So profitieren gleich mehrere Personengruppen von dem Bildungsangebot: Die Teilnehmer erhalten eine praktische Ausbildung, die sie auf die Arbeit im Operationssaal vorbereitet und potentielle Arbeitgeber können von gut ausgebildeten Studierenden profitieren, woraus schlussendlich auch Patienten einen Nutzen ziehen. Erfüllt das Ausbildungsangebot der DGAV die erhoffte Wirkung, indem Studierende durch den SOA an das chirurgische Fachgebiet gebunden werden, und so ihre Entscheidung zugunsten einer chirurgischen Facharztweiterbildung fällen, kann einem drohenden Fachkräftemangel entgegengewirkt werden. Solche Bildungsentscheidungen können mithilfe der Humankapitaltheorie modelliert und untersucht werden. Deshalb eignet sie sich besonders gut als theoretisches Grundgerüst, um sowohl die Teilnahme am „Studentischen OP Assistenten“ zu erklären, als auch Antworten darauf zu liefern, inwiefern sich diese bei ihren Teilnehmern auf die Wahl der fachärztlichen Weiterbildung auswirkt.

In vorangegangenen Forschungsprojekten zu dem Ausbildungsangebot der DGAV wurde die Fragestellung untersucht, inwieweit die Teilnahme daran, den Berufswunsch Chirurg bei befragten Medizinstudierenden beeinflusst. Nach quantitativer Datenauswertung zeigte sich unter anderem, dass das Interesse der Befragten an einer chirurgischen Fachrichtung, nach Absolvieren des Kurses, sichtlich gestiegen war. Festzustellen war ebenfalls, dass ein Teil der Studierenden, die zuvor unsicher waren eine chirurgische Fachrichtung einzuschlagen, dies nach dem Kurs noch immer waren. Das ist verwunderlich, da den Studierenden im Rahmen der Ausbildung zum SOA sowohl ein theoretischer, als auch ein tiefer praktischer Einblick in das Feld der Allgemein- und Viszeralchirurgie gewährt wird. Aus diesem Grund sollten nach Abschluss des Kurses, mehr Informationen als Entscheidungsgrundlage für die spätere Facharztwahl vorliegen, was die Entscheidungsfindung der Studierenden zugleich erleichtern sollte. So stellt sich die Frage, ob der SOA den Studierenden zu wenig Informationen bietet, um nach Abschluss des Kurses eine eindeutige Wahl zu treffen? Oder liegen die Gründe der Unentschiedenheit darin, dass es noch andere Fachrichtungen gibt, für welche sich Medizinstudierende entscheiden können? Weiterhin macht es aus humankapitaltheoretischer Perspektive für Studierende nur Sinn in Bildungsangebote, wie das der DGAV, zu investieren, wenn sie sich daraus einen persönlichen Nutzengewinn versprechen, der stets größer ist, als die getätigten Investitionen. Aber worin liegt dann der Nutzen der Teilnahme an einer Ausbildung zum „Studentischen OP Assistenten“, wenn die Studierenden sich nicht sicher sind, chirurgisch arbeiten zu wollen und die so erlangten Kenntnisse für sich nutzenbringend einzusetzen? Warum entscheiden sich Studierende dann überhaupt für eine Teilnahme? Außerdem ist seit den Erhebungen vergange-

ner Forschungsprojekte einige Zeit verstrichen, so dass es interessant ist zu erfahren, welchen Effekt die Teilnahme auf die Wahl der Facharzttrichtung während dieser Periode bei den Befragten hatte. Ferner soll erfragt werden, welche Inhalte und Merkmale des Kurses sich positiv auf den Berufswunsch Chirurg auswirken, um Handlungsempfehlungen zur Verbesserung des Bildungsangebotes der DGAV geben zu können.

Um diesem Forschungsinteresse nachzugehen bedarf es eines Konzeptes, welches demnach qualitative Aspekte der Facharztwahl von Studierenden erfragt, um anschließend erkenntnisreiche Ergebnisse zum Forschungsthema liefern zu können. Dafür werden im ersten Teil dieser Arbeit zunächst die theoretischen Grundlagen erläutert, um ein begriffliches Verständnis als Basis für die Untersuchung zu schaffen. Zu Beginn des folgenden Kapitels wird die ärztliche Ausbildung – das Medizinstudium – beleuchtet (Abschn. 2.1). Ebenda werden insbesondere die Zulassungsbedingungen, der Aufbau des Studiums und seine Inhalte herausgearbeitet, um einen Überblick über die Studiensituation von Medizinstudierenden zu gewinnen. Anschließend wird die Facharztweiterbildung (Abschn. 2.2) thematisiert, wobei die, im Zusammenhang mit der Chirurgie verbundenen, Spezifika erörtert werden. Darauf folgend wird der chirurgische Fachbereich in den Fokus gestellt (Abschn. 2.3). Hier werden Berufsanforderungen an die Fachärzte und Arbeitsbedingungen im Berufsfeld dargestellt und eine Definition des Fachgebietes geliefert. Ferner klärt dieser Abschnitt über Verdienstmöglichkeiten als Chirurg auf, um einen Eindruck über die Attraktivität des Berufsfeldes zu gewinnen. Daran schließt ein Abschnitt zum Fachkräftemangel an, in dem die einzelnen Faktoren, die auf Angebot und Nachfrage von Arbeitskraft wirken, erörtert werden (Abschn. 2.3.1). Um ein umfassenderes Bild über die künftige Versorgung an chirurgischem Fachpersonal zu erhalten folgt ein Abschnitt, der sich mit der Entwicklung des chirurgischen Nachwuchses beschäftigt (Abschn. 2.3.2). Anknüpfend wird der Forschungsstand zur Facharztwahl von Studierenden, bezogen auf die Chirurgie anhand aktueller Studien zwecks Einschätzung eines Fachkräftemangels, dargestellt (Abschn. 2.3.3).

In Bezug auf das Forschungsthema spielen Bildungsentscheidungen eine wichtige Rolle. So soll erklärt werden, warum sich Studierende für eine bestimmte Facharztweiterbildung entscheiden und Zeit und Energie in Bildungsangebote, wie das der DGAV, investieren. Dafür erweist sich die Humankapitaltheorie als besonders geeignet, da sie das wissenschaftstheoretische Instrumentarium liefert, um solche Bildungsentscheidungen modellieren zu können. Daher werden zunächst ihre theoretischen Grundlagen und die, für die Theorie relevanten wissenschaftshistorischen Verläufe umrissen (Abschn. 2.4). Anschließend werden ihr Forschungsstand (Abschn. 2.4.1), als auch auf die Theorie bezogene kritische Anmerkungen skizziert (Abschn. 2.4.2), um Weiterentwicklungen der Theorie mit in das Forschungsdesign einfließen lassen zu können.

Im darauffolgenden Abschnitt wird näher auf das Bildungsangebot der DGAV eingegangen. Hier werden formale Aspekte und Ausbildungsinhalte des SOA dargelegt, sowie eine theoretische Einordnung des Ausbildungsangebotes, hinsichtlich der Humankapitaltheorie, vorgenommen (Abschn. 2.5). In der Erörterung des Forschungsstandes (Abschn. 2.6) werden vorangegangene Studien zum SOA vorgestellt, um daraus Schlussfolgerungen zu ziehen, inwiefern der Stand der Forschung durch die vorliegende Arbeit erweitert werden kann. Nachdem alle theoretischen Grundlagen geschaffen wurden, folgt die Hypothesenherleitung (Abschn. 2.7). Anhand der aufgestellten Hypothesen sollen im Forschungsprozess relevante Informationen zu den Bildungsentscheidungen der Studierenden gewonnen werden, um daraus Einflüsse auf die persönliche Facharztwahl – insbesondere die chirurgische – entnehmen zu können.

Der Forschungsprozess wird im dritten Kapitel, dem Empirischen Teil, anhand forschungstheoretischer Regeln erläutert. Um einen Effekt des Bildungsangebotes auf die Facharzttrichtung ausmachen zu können, werden neben den Teilnehmern am SOA, Personen befragt, die nie an dem Ausbildungsangebot der DGAV teilgenommen haben. Nachdem ein kurzer Überblick über das Kapitel gegeben wurde, wird das Messinstrument – der Leitfaden –, mit dem die relevanten Informationen erhoben werden, dargestellt (Abschn. 3.1). Um den Prozess transparent zu gestalten folgt ein Abschnitt über die Stichprobenauswahl und die Datenerhebung (Abschn. 3.2) und darauf aufbauend weitere Ausführungen zu der Auswertungsmethode der Daten (Abschn. 3.3). Hier werden zum einen das Auswahlverfahren der Befragten beschrieben und zum anderen das Vorgehen erläutert, mit welchem die Daten forschungstheoretisch analysiert wurden. Nachdem alle forschungsrelevanten Aspekte besprochen wurden, erfolgt die Ergebnisdarstellung (Abschn. 3.4). Diese werden anschließend diskutiert (Kap. 4), um daraus Implikationen für Empfehlungen, für das Angebot der DGAV, liefern zu können (Kap. 5). Die Arbeit schließt im sechsten Kapitel mit einem Resümee zu dem zuvor beschriebenen Forschungsprozess und seinen Ergebnissen und liefert Anknüpfungspunkte für nachfolgende Untersuchungen.

2. Theoretischer Teil

In diesem Kapitel wird der theoretische Rahmen der Arbeit in sieben Abschnitten dargestellt. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit der ärztlichen Ausbildung; dem Medizinstudium. Hier werden sein Aufbau und Inhalte erläutert, um zu verdeutlichen wie die Studiensituation von angehenden Medizinern aktuell in Deutschland vorzufinden ist. Haben die Studierenden ihr zweites Staatsexamen bestanden, können sie die Approbation als Arzt beantragen und sich für eine Facharztweiterbildung in einer Klinik bewerben. Deshalb folgt auf den Abschnitt über das Medizinstudium, thematisch aufbauend, ein weiterer zur Weiterbildungspraxis von Medizinern in Deutschland, in dem Bestimmungen und Inhalte der Facharztausbildung beschrieben werden.

Anknüpfend wird auf die Chirurgie im engeren Sinne eingegangen. Zunächst wird die Chirurgie begrifflich eingegrenzt, bevor Berufsanforderungen an Chirurgen in den Blick genommen, und die Arbeitsbedingungen, denen sie ausgesetzt sind, betrachtet werden. Dies soll eine Vorstellung darüber vermitteln, inwiefern es für Medizinstudierende attraktiv ist, den Beruf Chirurg zu wählen. Inwieweit ein Fachkräftemangel die chirurgische Fachdisziplin betrifft soll im darauffolgenden Abschnitt geklärt werden, indem die Faktoren für Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere für Chirurgen, beleuchtet werden. Anschließend folgt der Forschungsstand zur Wahl der Facharzttrichtung, im Hinblick auf den prognostizierten Fachkräftemangel. Darauf folgt ein thematischer neuer Abschnitt zur Humankapitaltheorie an. Dieser führt in ihre Grundlagen, Annahmen und Handlungstheorie ein, damit ein Vorverständnis für die Modellierung von Bildungsentscheidungen – welches im Abschnitt zur Hypothesenherleitung benötigt wird – geschaffen werden kann.

Der Forschungsstand zu dieser Theorie wird alsdann gegeben, um Neuerungen mit in die Konzeption des Forschungsdesigns fließen lassen zu können. Woraufhin sich der Abschnitt zur Kritik an der Humankapitaltheorie anschließt, um die Grenzen und Geltungskraft der Theorie für die vorliegende Arbeit zu berücksichtigen. Nach den Ausführungen über die Humankapitaltheorie, kann die Ausbildung zum SOA forschungstheoretisch als Akkumulation von Humankapital eingeordnet werden, weshalb im darauffolgend näher auf Inhalte der Ausbildung, ihren Aufbau und ihre Formalia eingegangen werden. Damit sich dem Leser erschließt, wo der Anknüpfungspunkt dieser Arbeit zu vorausgegangenen Forschungsprojekten liegt, beschäftigt sich der anschließende Abschnitt mit dem Forschungsstand der Projekte. Nachdem alle relevanten theoretischen Grundlagen geschaffen wurden, können auf Basis dieser, die Hypothesen im letzten Abschnitt des Kapitels hergeleitet werden.

2. 1 Die ärztliche Ausbildung

Um in Deutschland als Chirurg zu praktizieren bedarf es zunächst eines Medizinstudiums. Dessen Ziele, als auch Bestimmungen für entsprechende Prüfungen und die Erteilung der Approbation (ärztlichen Zulassung), sind hierzulande durch die Approbationsordnung (ÄApprO) geregelt. In ihr sind ebenfalls Ziele und Anforderungen der ärztlichen Ausbildung enthalten:

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. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt. (§ 1 Abs. 1 ÄApprO)

Die ärztliche Ausbildung unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, „der sich am Fortschritt des medizinischen Wissens, an den Bedürfnissen der Gesellschaft in Bezug auf die medizinische Versorgung und an den Anforderungen an eine spätere ärztliche Tätigkeit orientiert“ (Harendza & Guse 2009, S. 929). So kam es, dass im Jahr 2003 eine neue Approbationsordnung in Kraft trat, durch deren Geltung eine stärkere Verknüpfung von Theorie und Praxis erreicht werden sollte. Unter anderem wurden der praktische Unterricht weiter ausgebaut, Blockpraktika eingeführt und Seminare mit klinischem Bezug bereits im ersten Teil der Ausbildung integriert (vgl. ebd.). Auch die Anzahl der Staatsprüfungen reduzierte sich durch die Reform der Approbationsordnung von ehemals vier auf zwei.

Die medizinische Ausbildung beginnt mit dem Erwerb eines Studienplatzes. Die Tatsache, dass sich fünf Studienbewerber auf einen freien Studienplatz bewerben, stellt eine erhebliche Einstiegshürde dar. Aus der folgenden Tabelle 1 lässt sich entnehmen, dass die Zahl der Studienbewerber tendenziell steigt. Zwar gab es zum Wintersemester 2013/2014 mehr Studienbewerber, als in den beiden darauffolgenden Wintersemestern, dies lässt sich jedoch mit der Umstellung auf das achtjährige gymnasiale System (G8) erklären. Die Reform hatte einen Anstieg der Anzahl der Studienbewerber zur Folge, da in den Jahren 2011 bis 2013 zwei Jahrgänge zur selben Zeit ihre Hochschulreife erlangten.

Tabelle 1: Anzahl Studienbewerber für Medizin je Studienplatz

	Studienplätze	Bewerber	Bewerber je Studienplatz
WS 2016/2017	9.150	43.827	5
WS 2015/2016	9.068	43.226	5
WS 2014/2015	8.999	43.002	4,8
WS 2013/2014	9.068	44.334	4,9

(Eigene Darstellung anhand Stiftung für Hochschulzulassung 2013-2016)

Die Zulassungen für ein Studium werden nach Quoten vergeben: Die Stiftung für Hochschulzulassung vergibt 40 Prozent der freien Studienplätze; die Hälfte nach Abiturdurchschnittsnote und die andere Hälfte nach Wartesemestern. Durchschnittlich dauert es 14 Semester um einen Studienplatz für Medizin zu erhalten (vgl. Stiftung für Hochschulzulassung 2016a, S. 2). Die restlichen 60 Prozent vergeben Universitäten anhand eigener Kriterien und Ermessen. In den meisten Bundesländern gilt eine Abiturnote von 1,0 als Auswahlkriterium. Ein Auswahlgespräch oder ein Studienfähigkeits-test können weiterhin Einfluss auf die Zulassungsentscheidung nehmen (vgl. ebd.).

Das Hochschulstudium, die sogenannte *ärztliche Ausbildung*, wird im ersten Abschnitt der Approbationsordnung geregelt. Die sechsjährige Ausbildung, an deren Ende das zweite Staatsexamen – die Approbation – steht, gliedert sich in einen vorklinischen und einen klinischen Teil. Im vorklinischen Teil, während der ersten vier Semester, werden hauptsächlich naturwissenschaftliche Inhalte gelehrt, welche für das Verständnis der klinischen Medizin unerlässlich seien (vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 1, ÄApprO). Er schließt mit dem ersten Teil der ärztlichen Prüfung, dem sogenannten *Physikum*, ab. Es besteht aus einer schriftlichen und einer mündlich-praktischen Prüfung. Die schriftliche Prüfung befasst sich mit den Fächern Physik, Physiologie, Chemie und Biochemie/Molekularbiologie, Biologie und Anatomie, Grundlagen der medizinischen Psychologie und medizinische Soziologie (vgl. ebd. § 22 Abs. 1). Inhalte aus Anatomie, Biochemie/Molekularbiologie und Physiologie werden in der mündlich-praktischen Prüfung des vorklinischen Teils nochmals abgefragt (vgl. ebd. § 22 Abs. 2). Außerdem müssen Studierende vor Bestehen der ersten Prüfung, Nachweise über einen Krankenpfordienst und eine Ausbildung in erster Hilfe erbracht haben (vgl. ebd. § 6).

Nach Bestehen der ersten Prüfung, schließt sich der klinische Teil an, welcher drei Jahre dauert. In diesem Ausbildungsabschnitt werden sowohl die klassischen Fachdisziplinen² und ein Wahlfach unterrichtet, als auch Querschnittsbereiche³, in denen ebenfalls Leistungsnachweise erbracht werden müssen (vgl. ebd. § 27 Abs.1). Zusätzlich

² Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Venerologie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Humangenetik, Hygiene, Mikrobiologie, Virologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik, Neurologie, Orthopädie, Pathologie, Pharmakologie, Toxikologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rechtsmedizin, Urologie. (ebd. § 27 Abs.1)

³ Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik, Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen, Infektiologie, Immunologie, Klinisch-pathologische Konferenz, Klinische Umweltmedizin, Medizin des Alterns und des alten Menschen, Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, Prävention, Gesundheitsförderung, Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz, Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren, Palliativmedizin, Schmerzmedizin. (ebd.)

müssen Studierende der Medizin in diesem Teil der ärztlichen Ausbildung Blockpraktika in folgenden Bereichen absolvieren: Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin (vgl. ebd. § 27 Abs. 4). Weiterhin muss eine Famulatur von mindestens vier Monaten, im Zeitraum nach der ersten und zweiten ärztlichen Prüfung, während der unterrichtsfreien Zeiten nachgewiesen werden. Zweck der Famulatur ist, dass Studierende während dieser Zeit wichtige Erfahrungen für die Berufspraxis sammeln – vor allem in der Versorgung von Patienten. Deshalb soll sie, ähnlich wie ein Praktikum, in Einrichtungen der stationären, als auch ambulanten Krankenversorgung stattfinden: Für einen Monat sollen Studierende in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder ärztlichen Praxis unter Aufsicht arbeiten, für zwei Monate in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung und für einen Monat in der hausärztlichen Versorgung (vgl. ebd. § 7 Abs. 2). Am Ende des klinischen Teils steht eine schriftliche Prüfung, in welcher Themen rund um die berufspraktischen Anforderungen an den Arzt, die wichtigsten Krankheitsbilder, fächerübergreifende und problemorientierte Fragestellungen behandelt werden (vgl. ebd. § 28).

Der dritte und letzte Studienabschnitt der ärztlichen Ausbildung sieht ein *praktisches Jahr* (PJ) vor. Es besteht aus 48 Wochen, wobei die Studierenden jeweils 16 Wochen (ein Tertial) in der Chirurgie, in der inneren Medizin und Allgemeinmedizin oder in einem Wahlfach, Erfahrungen sammeln sollen (vgl. ebd. § 3 Abs. 1). Während dieser Zeit,

(...) in deren Mittelpunkt die Ausbildung am Patienten steht, sollen die Studierenden die während des vorhergehenden Studiums erworbenen ärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen und erweitern. Sie sollen lernen, sie auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden. Zu diesem Zweck sollen sie entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen. (ebd. § 3 Abs.4)

Das PJ schließt mit einer mündlich-praktischen Prüfung ab, in der Studierende patientenbezogene Fragestellungen beantworten und die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in die Praxis umsetzen sollen (vgl. ebd. § 30). Wenn die letzte Prüfung der ärztlichen Ausbildung bestanden wurde, haben die Absolventen die Möglichkeit einen Antrag auf Approbation als Arzt, an die zuständige Stelle des Landes, zu stellen.

Während der Studienzeit müssen Medizinstudierende eine hohe Anzahl an Fächern belegen, aber Möglichkeiten zur Spezialisierung gibt es wenig. Lediglich während der Famulatur, dem PJ und im Wahlpflichtbereich während des klinischen Teils bieten sich Chancen, das Studium nach den eigenen Wünschen zu gestalten. Individueller wird es während der Facharztweiterbildung, die den Studierenden die Möglichkeit bietet, sich auf ein bestimmtes Fachgebiet zu spezialisieren.

2. 2 Die ärztliche Weiterbildung

Nach dem erfolgreichen Bestehen des Studiums können die angehenden Ärzte die Approbation beantragen und sind durch ihre Erlangung berechtigt als Arzt zu arbeiten. Es gibt neben der Facharztkarriere noch andere mögliche Berufsfelder, wie Forschung im universitären oder industriellen Rahmen, Tätigkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung oder Krankenkassen, die für Mediziner in Frage kommen. Aber angesichts der langen Ausbildungszeiten und der somit entstandenen Opportunitätskosten, wird erstgenannter Weg von den meisten Studienabsolventen gewählt (vgl. Renner 2016, S. 75). Immerhin wurden im Jahre 2015 bei den Landesärztekammern insgesamt 12.232 neue Facharztanerkennungen registriert (vgl. Bundesärztekammer 2015a, S. 8). Anders als die Approbation, deren Inhalte bundeseinheitlich geregelt sind, sind Bestimmungen über Weiterbildung zum Facharzt auf Länderebene geregelt, nämlich in den *Heilberufekammergesetzen* (vgl. Bundesärztekammer o. J., o. S.). Diese Gesetze und Satzungen orientieren sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, auf welche im Folgenden Bezug genommen wird.

In Paragraph 1 der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer (2015b) heißt es:

Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung. (ebd.)

Der geregelte Erwerb von Kompetenzen wird dadurch sichergestellt, dass Weiterbildung nur unter verantwortlicher Leitung von zur Weiterbildung befähigten Ärzten durchgeführt werden darf. Deshalb muss sich der Facharztaspirant auf eine Stelle als Weiterbildungsassistent, an einem für das Fachgebiet weiterbildungsbefugtem Haus, bewerben. Erhält er die Stelle, findet die Facharzt Ausbildung während der praktisch-klinischen Tätigkeit statt und wird vergütet. Als Orientierung für das Einkommen von Assistenzärzten dienen die vom Marburger Bund – der Gewerkschaft für Ärzte – verhandelten Entgelte: Beispielsweise verdienen Assistenzärzte in kommunalen Krankenhäusern im ersten Jahr 4.286,07 Euro brutto pro Monat, ansteigend bis zum sechsten Jahr auf 5.509,44 Euro brutto (vgl. Marburger Bund 2016a, S.39). Für die Jahre 2017 und 2018 hat der Marburger Bund bereits weitere Erhöhungen der Entgelte für Ärzte durchgesetzt.

Die MWBO definiert das Gebiet der Chirurgie. Die Definition des Gebietes setzt zunächst die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Es ist gleichzusetzen mit einem Teil einer Fachrichtung.

Abbildung 1: Basisweiterbildungen im Gebiet der Chirurgie

Gebiet der Chirurgie	<u>Basisweiterbildung</u>
	FA Allgemeinchirurgie
	FA Gefäßchirurgie
	FA Herzchirurgie
	FA Kinderchirurgie
	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
	FA Plastische und Ästhetische
	FA Thoraxchirurgie
FA Viszeralchirurgie	

(Eigene Darstellung anhand Bundesärztekammer 2015b, S. 20)

Ein Gebiet wird als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. So werden, wie in Abbildung 1 abzulesen, acht verschiedene Facharztkompetenzen in dem Gebiet Chirurgie durch die MWBO differenziert (vgl. ebd., S. 20). FA steht als Kürzel innerhalb der Musterweiterbildungsordnung für *Facharzt* und laut Weiterbildungsordnung gibt es 51 verschiedene Facharzttrichtungen, die man nach dem Medizinstudium einschlagen kann (vgl. ebd., S. 20ff). Da die Möglichkeit besteht sich in einigen Fachgebieten noch weitere Schwerpunktkompetenzen anzueignen, ergibt sich eine Vielzahl an Karriereoptionen, aus denen Facharztanwärter nach ihrer Approbation wählen können.

Abbildung 2: Weiterbildungsinhalt Common Trunk der Chirurgie

<p><u>Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Erkennung, Klassifizierung, Behandlung und Nachsorge chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen der Indikationsstellung zur konservativen und operativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen,– der Risikoeinschätzung, der Aufklärung und der Dokumentation, den Prinzipien der perioperativen Diagnostik und Behandlung und operativen Eingriffen und Operationsschritten,– der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre, den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie, der Erkennung und Behandlung von Infektionen einschließlich epidemiologischer Grundlagen, den Hygienemaßnahmen,– der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild,– Analgesierungs- und Sedierungsmaßnahmen einschließlich der Behandlung akuter Schmerzzustände,– der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten, der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie,– der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung einschließlich der Grundlagen der Beatmungstechnik und intensivmedizinischer Basismaßnahmen und– der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen und der medikamentösen Thromboseprophylaxen. <p><u>Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren von</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Ultraschalluntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen,– Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich Legen von Drainagen und zentralvenösen Zugängen sowie der Gewinnung von Untersuchungsmaterial,– Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik, Lokal- und Regionalanästhesien, Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie und– erste Assistenzen bei Operationen und angeleitete Operationen.

(Eigene Darstellung anhand Bundesärztekammer 2015b, S. 34f.)

Die in der vorausstehenden Abbildung 2 genannten Ausbildungsinhalte, müssen die Assistenzärzte, zu Beginn einer chirurgischen Facharztausbildung ableisten. In der zweijährigen Basisausbildung, dem sogenannten *common trunk*, (Bauer 2007, S. 264) muss jeweils eine halbjährige Ausbildung in der Notfallaufnahme und Intensivmedizin und eine ganzjährige Ausbildung in der Chirurgie absolviert werden (vgl. Bundesärztekammer 2015b, S. 34). Während dieser Zeit müssen die Assistenzärzte, die in der MWBO genannten Weiterbildungsinhalte und Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die in der folgenden Darstellung beschrieben sind, erlernen.

Die Übergangsphase zwischen PJ im Medizinstudium und dem *common trunk* der Facharztausbildung, ist durch eine drastische Zunahme an Verantwortung geprägt, denn die vorher erworbenen kognitiven Inhalte, Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen zusammengeführt und am Patienten angewandt werden (vgl. Kadmon et al. 2013, S. 861). Auf den *common trunk* aufbauend, schließt sich der *special trunk* (Bauer 2007, S. 264) an, der je nach Facharztweiterbildung unterschiedliche und differenzierte Weiterbildungsinhalte und Untersuchungs- und Behandlungsverfahren bietet, und in allen Fachrichtungen weitere dreieinhalb Jahre dauert. Die in der MWBO genannten Weiterbildungszeiten sind Mindestanforderungen (vgl. Bundesärztekammer 2015b, S. 6). Allerdings können aufgrund der steigenden Spezialisierung im chirurgischen Bereich nicht mehr alle relevanten Inhalte – insbesondere hoch spezialisierte Leistungen – vermittelt werden, weshalb diese nicht mehr Gegenstand der Facharztweiterbildung sind und deshalb im Rahmen von Zusatzweiterbildungen erfolgen müssen (vgl. Bauer 2007, S. 264). Somit dauert die Facharztausbildung durchschnittlich zwischen fünf und sechs Jahre, abhängig vom Fachgebiet (Bundesärztekammer o. J., o. S.). Zum Ende kann die Anmeldung zur Facharztprüfung, welche in Form eines mündlichen Fachgesprächs erfolgt, bei der zuständigen Landesärztekammer vorgenommen werden. Der Prüfling erhält nach erfolgreichem Bestehen eine Anerkennungsurkunde, welche als „Qualitätssicherung der Patientenversorgung und Bürgerorientierung“ (Bundesärztekammer 2015b, S. 6) dienen soll. Jetzt hat er unter anderem die Möglichkeiten als Facharzt in einer Klinik zu arbeiten oder sich als Vertragsarzt der Gesetzlichen Krankenversicherungen niederzulassen.

2. 3 Die Chirurgie

Um dem Forschungsinteresse dieser Arbeit gerecht zu werden, wird in diesem Abschnitt der Fokus auf die Fachrichtung Chirurgie im Speziellen gelegt. Die Chirurgie ist ein Teilbereich der Medizin, der sich mit der (unter anderem operativen) Behandlung von Krankheiten und Verletzungen beschäftigt. In der Weiterbildungsordnung der Bun-

des Ärztekammer findet sich folgende ausführlichere Definition des Gebietes der Chirurgie:

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane und der onkologischen Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie. (Bundesärztekammer 2015b, S. 34)

Wichtige Entdeckungen, wie unter anderem die Narkose, brachten die Chirurgie, welche in der Antike von römischen und griechischen Kulturen erfunden und geprägt wurde (vgl. Eckart 2009, S. 20), weit voran, so dass sich bis heute viele neue Fachgebiete herauskristallisieren konnten. Heute wird der Begriff als zusammenfassende Bezeichnung für eine Vielzahl hochspezialisierter Fachgebiete verwendet.

Alle Facharzttrichtungen der Chirurgie haben gemeinsam, dass „handwerklich“ (Chirurgie = griech. Handwerk) am Patienten gearbeitet wird (vgl. Oubaid & Jähne 2013, S. 55). So lassen sich Gemeinsamkeiten über Jahrhunderte hinweg im Berufsbild eines Chirurgen finden: In De Medicina schreibt der Enzyklopädist Aulus Cornelius Celsus im 1. Jahrhundert nach Christus über den Chirurgen:

Der Chirurg soll ein Mann in den besten Jahren sein oder doch von diesem Alter nicht zu weit entfernt. Eine gelenke, feste Hand, die nie zittert, mit der linken so gewandt wie mit der rechten. Die Augen scharf und hell; im Gemüt unerschütterlich; gerade so viel Mitgefühl, dass er den, der zu ihm kommt, geheilt wissen will, dagegen sich nicht von seinem Geschrei drängen lässt, mehr als es die Umstände erfordern, sich zu beeilen oder weniger als nötig zu schneiden. Vielmehr soll er so handeln, wie wenn er durch das Wimmern des Kranken sich nicht rühren lassen könnte. (De Medicina, VII 4 in Eckart 2013, S. 24)

Diese Definition ist zwar schon 20 Jahrhunderte alt, dennoch finden sich in neuen Anforderungsanalysen über das Berufsbild des Chirurgen ähnliche Ansprüche an deren Konstitution und Persönlichkeit. So ermittelten Oubaid und Jähne im Jahr 2013 in ihrem Beitrag charakteristische Berufsanforderungen an Chirurgen, welche sie nach spezifischen Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften und interpersonalen Kompetenzen differenzierten. Zwar beschreiben Oubaid und Jähne die Anforderungen an Chirurgen nicht so allegorisch wie Celsus, dennoch lassen sich viele Gemeinsamkeiten erkennen. So lassen sich die von Celsus beschriebenen körperlichen Konstitutionen, auf die in Tabelle 2 aufgeführten kognitiven Fähigkeiten beziehen:

Tabelle 2: Spezifische Berufsanforderungen an Chirurgen

Spezifische kognitive Fähigkeiten	Persönlichkeitseigenschaften	Interpersonale Kompetenzen
Psychomotorische Akkuratheit	Gewissenhaftigkeit (genaues Arbeiten wird bevorzugt)	Führungskompetenz (inkl. Entscheidungsfindung)
Räumliche Orientierung und Visualisierung	Verantwortungsübernahme	Zuverlässigkeit und Regelorientierung
Multitasking/Mehrfacharbeit	Positives Selbstkonzept (auf eigene Fähigkeiten vertrauend)	Kommunikation
Fähigkeit zur Arbeit unter Zeitdruck	Emotionale Stabilität (Geduld, niedrige Ängstlichkeit)	Teamorientierung
Konzentrationsfähigkeit	Empathie und Selbstreflexion	Belastbarkeit (Umgang mit Arbeitslast)
Vigilanz (Daueraufmerksamkeit)	Flexibilität (unplanbare Arbeitstage, Operationsresultat etc.)	Situative Aufmerksamkeit

(Tabelle entnommen aus Oubaid & Jähne 2013, S. 55)

Psychomotorische Akkuratheit verlangt eine ruhige und „gewandte“ Hand und Vigilanz verlangt ein „unerschütterliches Gemüt“. Gerade angesichts der Arbeitsbelastungen von Chirurgen gelten die Persönlichkeitseigenschaften Stabilität und Gewissenhaftigkeit damals wie heute. Diese Belastungen sind geprägt von einer – für die Chirurgie typisch – erhöhten Arbeitszeit mit stetiger Arbeitsverdichtung und ökonomischem Druck, verbunden mit zunehmender Dokumentationspflicht (vgl. Rosta 2006; Ulsenheimer 2015; Bauer 2007). Bezogen auf die Arbeitsverdichtung lässt sich feststellen, dass laut Statistischem Bundesamt die Anzahl der chirurgischen Eingriffe von 2005 bis zum Jahr 2013 um über 30 Prozent auf 15,8 Millionen gestiegen sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2014, o. S.). Die Verdienstmöglichkeiten eines Chirurgen sind unterschiedlich, je nachdem ob er sich in einem Angestelltenverhältnis befindet oder selber ärztlich niedergelassen ist. Im ersten Jahr seiner Facharztzeit verdient ein Chirurg in deutschen Krankenhäusern 5.656,92 Euro brutto pro Monat. Dieses Gehalt steigt mit der Berufserfahrung, so dass er im 13. Jahr 7.264,92 Euro brutto erzielt (Marburger Bund 2016a, S.39). Ist er ärztlich niedergelassen und chirurgisch tätig, konnte er im Jahr 2013 durchschnittlich einen Reinertrag von 366.658 Euro, pro Monat also 30.555 Euro brutto, erwirtschaften. Im Gesamtvergleich von den niedergelassenen Fachgruppen der Ärzte, liegen Chirurgen im unteren Mittel der Einkommensskala (vgl. ZI 2014, S. 119). Allerdings sind die Einkommen der angestellten Ärzte in Krankenhäusern und die der niedergelassenen Ärzte nicht einfach miteinander zu vergleichen, da bei letzteren manche Aufwendungen, wie Kosten für eine Praxisübernahme oder private Beiträge für Krankenversicherungen, im obengenannten Reinertrag nicht enthalten sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S.10f.).

2. 3. 1 Arbeitskräfteangebot und -nachfrage

Der Arbeitsmarkt für Mediziner hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Ihre Beschäftigungsmöglichkeiten waren in der Vergangenheit knapper, als sie es jetzt sind. Dies belegen unter anderem die Arbeitslosenzahlen der Bundesagentur für Arbeit: Im Jahr 2005 waren noch 9.600 Mediziner arbeitslos gemeldet, zehn Jahre später sind es lediglich 5.700 (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2016, S. 79). Und für das Jahr 2030 prognostiziert das Bundesamt für Arbeit und Soziales sogar Engpässe in der Versorgung mit Arbeitskräften für den medizinischen Bereich (vgl. BMAS 2013, S. 27). Kommt es längerfristig zu Knappheit in der Versorgung mit Arbeitskräften, lässt sich von einem Fachkräftemangel sprechen. Als Fachkräfte lassen sich alle Personen definieren, die mindestens eine zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung erfolgreich absolviert haben (vgl. Bußmann 2015, S. 45). Knappheit entsteht, wenn Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt unausgeglichen sind – nämlich dann, wenn mehr Arbeitgeber Arbeitskraft nachfragen, als von Arbeitnehmerseite her angeboten werden kann.

Um beurteilen zu können, ob es an chirurgischen Fachkräften mangeln wird, müssen Faktoren berücksichtigt werden, welche das Angebot und die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt beeinflussen. Auf der Angebotsseite steht das Erwerbspersonenpotential – Personen im erwerbsfähigem Alter von 15 bis 74, die einer wirtschaftlichen Tätigkeit nachgehen oder eine suchen (vgl. Brussig 2015, S. 298). Seine Anzahl ist abhängig von demografischen und verhaltensbedingten Faktoren. Zu ihnen zählen Wanderungsbewegungen, Entwicklung der Bevölkerung bezogen auf Geburten- und Sterbefälle sowie Erwerbsbeteiligung von bestimmten Gruppen der Gesellschaft, beispielsweise von Frauen oder jüngeren Erwerbstätigen (vgl. Bäcker, Naegel, Bispinck, Hofemann & Neubauer 2010, S. 396).

Dagegen wirken auf den Bedarf an Arbeitskräften, welcher sich aus der Arbeitskräfte-nachfrage von Unternehmen und der des öffentlichen Sektors ergibt, drei wesentliche Faktoren, die voneinander abhängig sind: Veränderungen der Arbeitsproduktivität und Arbeitszeit und Wirtschaftswachstum, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (vgl. ebd., S. 399). Die Abhängigkeit drückt sich darin aus, dass es bei realem Wachstum nur zu einer Nachfrage nach Arbeitskräften kommt, wenn Produktivität und Arbeitszeiten unverändert bleiben. Für die tatsächliche Nachfrage spielt vor allem die Arbeitsproduktivität eine bestimmende Rolle. Diese kann unter anderem durch neue Erfindungen, Technologien oder geeignete Arbeitskräfte insofern beeinflusst werden, dass deren Einsatz die erforderliche Arbeitszeit für Produkte oder Dienstleistungen senkt, was unter Umständen zu einem Abbau von Arbeitsplätzen führen würde. Eine Erfindung, welche sich positiv auf die Arbeitsproduktivität in der Chirurgie ausgewirkt hat, ist die La-

paroskopie: Die Einführung von laparoskopisch durchgeführten Operationen in den 1990ern hat dazu geführt, dass die Rekonvaleszenz der Patienten schneller verläuft und so die Krankenhausaufenthaltsdauer der Patienten gesenkt werden konnte – was zu einer allgemeinen verbesserten Gesundheitsversorgung führte (vgl. Kissler & Settmacher 2016, S. 633). Dagegen sind die Wirkungen der technologischen Entwicklungen der Humanmedizin im Hinblick auf die Arbeitsproduktivität umstritten: Aktuell wird über die Vor- und Nachteile des Einsatzes von Robotertechnologie im Zusammenhang mit dem *da Vinci Medical Operationssystem* diskutiert. Dieses roboterassistiertes Chirurgie-System, entwickelt von der Firma Intuitive Surgical, wird weltweit für minimalinvasive Eingriffe verwendet (vgl. Intuitive Surgical 2017, o. S.). Zwar soll es Patienten und Operateur enorme Vorteile während und nach der Operation bieten (z. B. Verkürzung der Operationszeit, kürzere Phase der Rekonvaleszenz), diese werden jedoch in einigen Studien in Frage gestellt (Bublak & Römer 2012; EAES 2014). Außerdem sind die Anschaffungskosten des Roboters mit circa 1 bis 2,5 Mio. US-Dollar für Kliniken enorm hoch (vgl. O’Reilley 2010, S.711f; Turchetti, Palla, Pierotti & Cuschieri 2012, S. 598). Inwiefern der Einsatz der roboterassistierten Chirurgie die Arbeitsproduktivität verändert und sich somit auf die Arbeitszeiten auswirkt, bleibt aufgrund der unterschiedlichen Aussagen über Vor- und Nachteile des Roboters abzuwarten.

Inwieweit reales Wachstum der Wirtschaft fortschreitet oder stagniert und somit Auswirkungen auf die Nachfrage nach Chirurgen hat, ist ebenfalls schwer zu beurteilen, da Wirtschaftsprognosen für ein Folgejahr bereits mit großen Unsicherheiten behaftet sind (vgl. Döhrn & Schmidt 2007, S. 54). Allerdings muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass es bedingt durch den demografischen Wandel, zunehmend ältere Menschen geben, und somit die Zahl der stationären Fälle, anwachsen wird. Neben einem generellen Anstieg der Zahl der Operationen konnte für das Jahr 2012 festgestellt werden, dass 42 Prozent aller Operationen in Deutschland an der Patientengruppe der über 65-Jährigen durchgeführt wurden. In dieser Altersgruppe wurden am häufigsten Operationen am Darm, endoskopische Operationen an den Gallengängen und Implantationen von Endoprothesen am Hüftgelenk durchgeführt (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b, o. S.). In einer Auftragsstudie des GKV-Spitzenverbandes⁴ wurde herausgefunden, dass ein Teil des Anstiegs der Operationen ökonomisch motiviert ist. Dies hinge mit der Einführung der Fallpauschale zusammen, bei der nur einmalig von den Krankenkassen für einen Patienten bezahlt und nicht mehr nach seiner Verweildauer im Krankenhaus. Dementsprechend mussten sich die Kliniken dem Wettbewerb anpassen. Jedoch ließe sich ein Anteil von fast 40 Prozent der Operationen auf den demografischen Wandel zurückführen (vgl. RWI 2012, S. 21f). Gleichzeitig, so prognostiziert das

⁴ Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Statistische Bundesamt, werde der Anteil der über 65-Jährigen bis 2060 auf circa 23 Millionen ansteigen, womit jeder Dritte der deutschen Bevölkerung dieser Gruppe angehören würde. Im Jahre 2013 gehörte nur jeder Fünfte zu dieser Gruppe. So steigt das Durchschnittsalter der Mediziner auch immer weiter an: Von 1993 bis zum Jahre 2009 ist das Durchschnittsalter der Vertragsärzte von 47 auf 52 Jahre gestiegen, das der Krankenhausärzte im selben Zeitraum von 38 auf 41 Jahre (vgl. Kopetsch 2010, S. 21). Bedenkt man dabei, dass die Vererbungsquote (Kinder ergreifen den gleichen Beruf wie ihre Eltern) des Arztberufes im Vergleich zu anderen Berufsfeldern sehr hoch ist, spitzt sich die Lage zu (vgl. Jacob, Kopp & Schultz 2014, S. 26). Dies hat zur Folge, dass der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter sinken wird; das Erwerbspersonenpotential wird durch die Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung geschmälert (vgl. Brussig 2015, S. 299). In einer Projektion des Erwerbspersonenpotentials des Institutes für Arbeitsmarkt und Berufsforschung für den Zeitraum der Jahre 2008 bis 2050 wurde errechnet, dass es einen Rückgang des Arbeitskräfteangebotes um 18 Millionen Personen geben werde (vgl. Fuchs, Söhnlein, & Weber 2011, S.3).

Laut einer Auftragsstudie des Ministeriums für Gesundheit, ist der Anteil der ausländischen Ärzte seit 1991 kontinuierlich gestiegen. Lag der Anteil zu Beginn noch bei 3,6 Prozent, liegt er 23 Jahre später bei 8,2 Prozent (vgl. Prognos 2016, S. 4). Ob Zuwanderung das Erwerbspersonenpotential der Mediziner positiv beeinflussen kann wird in Fachkreisen stark bezweifelt: Zwar kamen im Jahr 2015 3.560 ausländische Ärzte nach Deutschland, jedoch sind in derselben Periode 2.143 Ärzte wieder abgewandert (vgl. Bundesärztekammer 2015c, o. S.; ebd. 2015d, o. S.). In den vorherigen Jahren gab es weniger Abwanderung von Medizinern ins Ausland: Im Jahr 2007 wanderten 2.439 Ärzte ab und im Jahr 2001 nur 1.437 (vgl. Kopetsch 2008, S. 716). So lässt sich ein Trend der Abwanderung deutscher Ärzte ausmachen, der nach den Ergebnissen einiger Studien (Bauer 2009, Buxel 2009) zu urteilen, vor allem dadurch motiviert ist, „(...) dass in den Zuwanderungsländern ein höheres Gehalt und bessere Arbeitsbedingungen (geregelter Arbeitszeiten, flachere Hierarchien) geboten werden“ (Kopetsch 2008, S. 719). Die Arbeitsbedingungen werden durch Stellenbesetzungsprobleme nochmals verschärft: Der Marburger Bund stellte in seinem Survey mit 2.400 befragten Ärzten in kommunalen Krankenhäusern fest, dass viele offene Stellen in den Kliniken unbesetzt bleiben.

Die Stellenprobleme im Ärztlichen Dienst wirken sich negativ auf die Arbeitsbedingungen der Ärzte aus, insbesondere auf die Arbeitszeitgestaltung. Im Durchschnitt arbeiten Ärztinnen und Ärzte in kommunalen Krankenhäusern 49 bis 59 Stunden pro Woche inklusive Überstunden und Bereitschaftsdienste. Ein Viertel der Befragten (23%) kommt sogar auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von mehr als 60 Stunden. Die überlangen Arbeitszeiten beeinträchtigen die Gesundheit der Ärzte. Schlafstörungen und häufige Müdigkeit machen 83 Prozent der Ärzte in kommunalen Krankenhäusern zu schaffen. (Marburger Bund 2016b, o. S.)

So lässt sich festhalten, dass der medizinische Sektor vor einer dreifachen Herausforderung steht: Zum einen steigt demografisch bedingt der Versorgungsbedarf, zum anderen werden diejenigen, die dort tätig sind, ebenfalls selber älter. Zusätzlich wird dem Sektor, aufgrund der Arbeitsbedingungen, ein Attraktivitätsproblem nachgesagt. Bezogen auf diese Herausforderungen stellt sich die Frage, wie sich der medizinische Nachwuchs, insbesondere der chirurgische, entwickelt. Um diese Frage beantworten zu können, soll im Folgenden ein tiefgehender Blick auf diese Gruppe geworfen werden.

2. 3. 2 Entwicklung des Nachwuchses

Aus der nachstehenden Tabelle lässt sich entnehmen, dass es aktuell 371.302 berufstätige Ärzte in Deutschland gibt, von denen 35.324 Personen im Bereich der Chirurgie tätig sind. Somit liegt die Beschäftigtenzahl dieses Fachbereichs an dritter Stelle, hinter der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin. Der Anteil von Chirurgen an der Summe der Ärzteschaft mit Gebietsbezeichnung beträgt 13,5 Prozent.

Tabelle 3: Berufstätige Ärztinnen/Ärzte nach Berufsgruppen 2015

Ärztinnen/Ärzte mit Gebietsbezeichnung 261.759	
Innere Medizin	50.834
Allgemeinmedizin	43.569
Chirurgie	35.324
Anästhesiologie	22.875
Frauen- und Geburtshilfe	17.994
Kinder- und Jugendmedizin	14.162
Psychiatrie u. Psychotherapie	10.450
Radiologie	7.969
Augenheilkunde	7.298
Andere	51.284

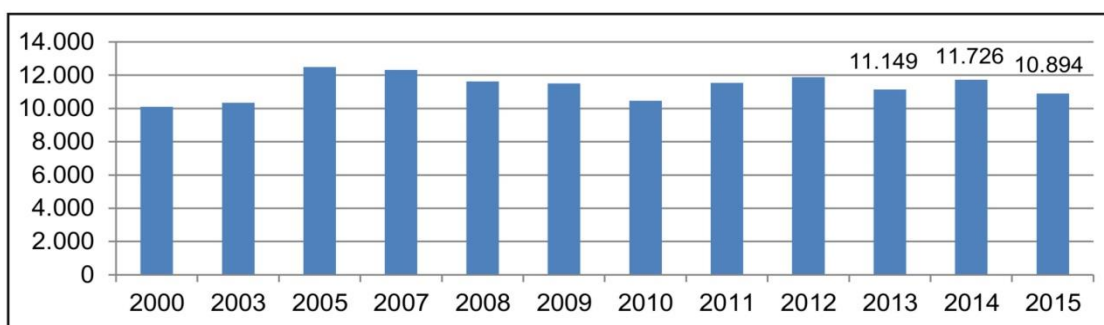
(Modifizierte Darstellung anhand Bundesärztekammer 2015c, o. S.)

Nicht alle der Personen, die ein Medizinstudium beginnen, beenden dieses auch. Und nicht alle derjenigen, die am Ende ihr Studium erfolgreich abschließen, beantragen ihre Approbation in Deutschland, entweder ins Ausland gehen oder nicht als Arzt tätig werden wollen. Mittlerweile werden Zahlen zur Approbation in Deutschland nicht mehr erhoben, da die statistischen Landesämter diese nicht mehr erfassen. Allerdings lässt sich für die Jahre 2003 bis 2008 feststellen, dass bei einer Gegenüberstellung der Absolventenzahlen mit der Anzahl der Erstmeldungen deutscher Ärzte bei einer deut-

schen Ärztekammer, 5.854 Personen ihre Approbation nicht erworben haben. Dies entspricht 11,6 Prozent der Gesamtab solventen (vgl. Kopetsch 2010, S. 43).

Wie viele von diesen Approbierten eine Weiterbildung in einem Facharztgebiet machen, kann jedoch nicht mehr festgestellt werden, da das Statistische Bundesamt diese Daten seit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung nicht mehr erhebt. Allerdings kann man als Proxy die Zahl der Facharztanerkennungen zu Rate ziehen, die in der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen sind. Dort ist erkennen, dass es in den letzten 16 Jahren immer mehr als 10.000 Facharztanerkennungen gegeben hat. Vergleicht man die Zahl der Studienanfänger pro Jahr (18.000 Personen, siehe Tabelle 1: Anzahl Studienbewerber je Studienplatz) ergibt sich daraus, dass rund 8.000 von ihnen keine Facharzt Karriere einschlagen.

Abbildung 3: Anzahl der Facharztanerkennungen 2000-2015



(Modifizierte Darstellung anhand Bundesärztekammer 2015a, o. S.)

Tabelle 4: Anerkennung von Facharztbezeichnungen

	2013		2014		2015	
	Anzahl insgesamt	Frauen	Anzahl insgesamt	Frauen	Anzahl insgesamt	Frauen
Orthopädie und Unfallchirurgie	840	168	793	180	922	221
Viszeralchirurgie	313	84	396	130	418	134
Allgemeine Chirurgie	318	117	301	110	279	103
Gefäßchirurgie	117	43	134	44	159	46
Plastische und ästhetische Chirurgie	90	28	80	28	87	22
Herzchirurgie	46	7	56	13	60	9
Thoraxchirurgie	35	6	41	8	45	4
Kinderchirurgie	34	17	36	15	46	22
Gesamter Fachbereich	1.793	470	1.837	528	2.016	561

(Eigene Darstellung anhand Bundesärztekammer 2015a, o. S.)

In der oben abgebildeten Tabelle 4 sind die Anzahlen der Anerkennungen von Facharztbezeichnungen in der Chirurgie, aus den Jahren 2013 bis 2015, abzulesen. Die Zahl der Anerkennungen ist seit dem Jahr 2013, von 1.793 auf 2.016 im Jahr 2015, angestiegen. Setzt man die Facharztanerkennungen des chirurgischen Fachbereichs

aus den Jahren 2013 bis 2015 aus (siehe Tabelle 4) in Relation zu den in Abbildung 3 abzulesenden Facharztanerkennungen derselben Jahre, ergibt sich für 2013 ein Anteil von 17 Prozent der chirurgischen Facharztanerkennungen an den Gesamtanerkennungen. Für das Jahr 2014 ein Anteil von 16 Prozent und im Jahr 2015 stieg der Anteil auf 19 Prozent an. Beliebteste Fächer sind die Orthopädie, Unfallchirurgie und die Viszeralchirurgie. Auffällig ist, dass in allen Fächern deutlich mehr Männer als Frauen repräsentiert sind, dennoch steigt die Zahl der Frauen, jedoch nicht ihr Anteil. Dies spiegelt den erhöhtem Frauenanteil von 65 Prozent im Medizinstudium (Jahr 2015) (vgl. Statistisches Bundesamt o. J., o. S.) nicht wieder, sondern lässt darauf deuten, dass der chirurgische Fachbereich für Frauen unattraktiver zu sein scheint, als für Männer. Als Grund für den zunehmenden Frauenanteil im Medizinstudium wird argumentiert, dass der Anteil der besseren Abschlüsse bei Frauen höher ist, und sie deswegen eher zum Studium zugelassen werden. Zum anderen scheinen sich Männer „zunehmend für andere Studienfächer mit besseren Verdienst- und Karrieremöglichkeiten bei eher geringerer Verantwortung und insbesondere auch kürzeren Ausbildungszeiten zu entscheiden“ (vgl. Jacob et al. 2014, S. 23).

2. 3. 3 Einschätzung zum Fachkräftemangel in der Chirurgie

Die Ergebnisse unterschiedlicher Studien zeigen, dass das Interesse an der Chirurgie zu Anfang des Studiums groß, jedoch kontinuierlich mit fortschreitender Anzahl der Semester abnimmt (vgl. Paulmann; Fischer, Dudzinska & Pabst 2014; Bauer 2007). Dies läge daran, dass Vorstellungen über künftige mögliche Tätigkeiten ausreifen und präziser werden. Vor allem die gemachten Erfahrungen im PJ würden die Entscheidung für eine Facharzttrichtung enorm beeinflussen (vgl. Bauer 2007, S. 269). Eine Studierendenbefragung mit 11.462 Teilnehmern konnte zeigen, dass für 11,4 Prozent der Medizinstudierenden, die sich im vorklinischen Teil ihrer medizinischen Ausbildung befanden, ein Facharzt in Chirurgie in Frage käme. Im Klinischen Teil ziehen dies nur noch sieben Prozent in Betracht und während des Praktischen Jahres sind es nur noch 5,6 Prozent (vgl. Jacob et al. 2014, S. 11). Heinz und Jacob fanden ähnliche Ergebnisse in Ihrer Studie zu Berufsperspektiven von Studierenden heraus: Im Vergleich zur Vorklinik verlor das Fach als mögliche Facharztoption 41 Prozent bis zum Praktischen Jahr, wobei sich Männer stärker für die chirurgische Fachrichtung interessieren (vgl. ebd. 2012). Letzteres deckt sich mit den Zahlen aus Tabelle 4, denen ein geringerer Frauenanteil an den Facharztanerkennungen zu entnehmen war.

Als mögliche Gründe für die unterschiedlichen Facharztpräferenzen von Männern und Frauen konnten Buddeberg-Fischer, Illés und Klaghofer (2002) in Fokusgruppeninter-

views mit Medizinstudierenden herausfinden, dass Einflüsse auf die Berufswahl generell geschlechterspezifisch verarbeitet werden, so dass Frauen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stärker als Männer antizipieren würden, selbst wenn Frauen keinen Wunsch nach Kindern angeben. Franzke und Jäger haben 2014 eine explorative Studie zum Genderwandel in der Medizin durchgeführt und sprechen von „geschlechterspezifischer Segregation“ entlang „weicher“ und „harter“ Fachrichtungen. Zu letzteren zählt die Chirurgie aufgrund des körperlichen Einsatzes, unregelmäßigen Arbeitszeiten und – im Vergleich zu anderen Fächern – geringerer Kommunikation mit dem Patienten. Fächer wie Gynäkologie oder Kindermedizin werden dagegen, aufgrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, mehr Kommunikation und regelmäßiger Arbeitszeit, als „weich“ eingestuft (vgl. ebd., S. 30). „Da Frauen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hoch gewichten und gleichzeitig die Rahmen- und Arbeitsbedingungen ‚harter‘ Fachrichtungen als unvereinbar mit persönlichen Zielen und familiären Aufgaben betrachten, schließen sie häufig die Chirurgie und Innere Medizin als spätere Tätigkeitsfelder aus“ (ebd., S. 41).

Weitere Gründe für die Abnahme der Attraktivität der Chirurgie als Fachrichtung fanden Heinz und Jacob (2012), in ihrer Studie zu Berufsperspektiven von Studierenden der Medizin mit über 12.000 Befragten, heraus. So wurde die als hoch wahrgenommene Arbeitsbelastung bemängelt und die damit verbundene Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Baur (2007) konnte ähnliches feststellen. Er bringt an, dass die mangelnde Attraktivität, der höheren Belastung im Vergleich zu anderen Fächern, geschuldet sei. So seien Studierende der Medizin nicht mehr bereit ihr Privatleben für eine erfolgreiche chirurgische Laufbahn aufzugeben. Im Berufsmonitoring 2014 stellten Jacob et al. fest, dass für die meisten dieser Studierenden die Familie wichtiger war, als Einkommen oder Prestige. Allerdings seien Frauen deutlich stärker als Männer an Familie interessiert. So wollten Frauen auch öfter als Männer lieber eine Stelle in Teilzeit annehmen (vgl. ebd.; Heinz & Jacob 2012). Wenn nun Frauen immer mehr in den chirurgischen Bereich vordrängen, wie es tendenziell der Fall ist, da Männer in „attraktivere“ Berufe abwandern, Frauen aber aufgrund des Wunsches der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine Arbeitszeitverkürzung präferieren, könnte dies zu einer Angebotsverknappung von Chirurgen führen.

Als Indiz für eine Angebotsverknappung könnten die Ergebnisse des Forschungsinstitutes Prognos dienen. In einer Auftragsstudie des GKV-Spitzenverbandes wurde herausgefunden, dass zwar die Zahl der Ärzte und Ärztinnen in Deutschland gestiegen, aber die Anzahl der geleisteten Wochenarbeitszeit von 42,6 auf 40,2 Stunden im Jahr 2014 gesunken ist (ebd. 2015, S. 13). Von einer Angebotsverknappung sei nach Angaben des wissenschaftlichen Institutes der AOK, jedoch nicht zu sprechen, sondern

von einem Verteilungsproblem, dass dadurch zustände käme, dass es in Deutschland Regionen gäbe, die unterschiedlich attraktiv seien, um sich dort als Arzt niederzulassen. Einige fachärztliche Bereiche sollen überversorgt sein, was anhand der Facharzt-dichte belegt wurde (vgl. ebd., S. 9). So konnte anhand von Daten für die Versorgungs-dichte von Ärzten in Deutschland für den chirurgischen Fachbereich einen Gesamtversorgungsgrad von 171,5 Prozent ermittelt werden. 2014 gäbe es demnach also 71,5 Prozent mehr niedergelassene Chirurgen, als laut Bedarfsplanung⁵ nötig gewesen wären. Allerdings äußern sich kritische Stimmen, dass es ungeeignet sei, die Ärztedichte als Indikator für den Versorgungsgrad einer Region oder eines Landes zu wählen, da sie ausblende, welche beruflichen Präferenzen jetzige Mediziner haben und deshalb das künftige Angebot nicht zuverlässig geschätzt werden könne (vgl. ebd., S. 245f).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass unter Anbetracht der anfangs geschilderten Faktoren, welche das Angebot und die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt beeinflussen, eine Vielzahl von Einflüssen und deren Entwicklung, bei der Beantwortung der Frage, ob sich ein Fachkräftemangel an chirurgischen Arbeitskräften ergeben wird, betrachtet werden muss. Es konnten negative Trends für die chirurgische Fachdisziplin ausgemacht werden, sowohl auf Mesoebene - im individuellen Wahlhandeln Medizinstudierender, für die eine Facharztweiterbildung im Laufe des Studiums unattraktiver zu werden scheint - als auch auf der Makroebene. Hier konnte gezeigt werden, dass durch den Demografischen Wandel bedingt, der Versorgungsbedarf der Bevölkerung steigen, aber zugleich das Erwerbspersonenpotential sinken wird. Deshalb kann aufgrund der Kombination der wirkenden Faktoren, ein Fachkräftemangel in der Chirurgie an dieser Stelle prognostiziert werden.

2. 4 Die Humankapitaltheorie

Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Frage, warum die Ausbildung zum OP Assistenten, die Studierenden in ihrer Berufswahl nicht bestätigen oder überzeugen konnte. Eine prominente Theorie, die die Teilnahmeentscheidung für solche Bildungsangebote erklären kann, ist die Humankapitaltheorie (HKT). Sie stammt aus der den Sozialwissenschaften angrenzenden Disziplin der Bildungsökonomie. Diese beschäftigt sich aus ökonomischer Sicht mit Wirkungen von Bildung auf den Menschen und das Wirtschaftswachstum. Die HKT als Kerntheorie der Bildungsökonomie, betrachtet Bildungsaktivitäten als Investitionen, welche dem Investor in Zukunft einen monetären

⁵ Planungsgrundlage sind gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses die Kreise und kreisfreien Städte.

Ertrag bringen sollen. Diese Annahme taucht bereits 1776 in Adams Smith's Werk *The Wealth of Nations* auf (vgl. Kloß 2016, S. 13). Doch die wichtigsten Beiträge wurden zwei Jahrhunderte später verfasst: Im Jahr 1957 griff Jacob Mincer diese Annahme in seiner Dissertation auf, in welcher er individuelle Unterschiede in der Beschäftigungsqualität, auf die unterschiedliche Dauer von Bildungsmaßnahmen zurückführte (vgl. ebd., S. 15). Vier Jahre später führte Theodore W. Schultz in seinem Beitrag *Investment in Human Capital* Einkommensunterschiede von Individuen auf bestimmte Merkmale, wie beispielsweise Ausbildung, Weiter- und Fortbildung oder sogar Gesundheitszustand, zurück. Dennoch war es der Wirtschaftswissenschaftler Gary S. Becker, der im Jahre 1964 den Begriff „Humankapital“ in seinem Werk *Human Capital* prägte (vgl. ebd., S. 18; Miebach 2017, S. 28). In diesem beschäftigt er sich hauptsächlich mit der Erklärung der individuellen Bildungsnachfrage, wobei er Humankapital als eigenständigen Produktionsfaktor begreift, der von Unternehmen zwecks Güterproduktion nachgefragt wird (vgl. Becker & Hadjar 2006, S. 161). So lautet der entscheidende Argumentationsstrang des humankapitaltheoretischen Ansatzes,

(...) dass Bildungs- und Qualifizierungsprozesse das Leistungsvermögen von Individuen erhöhen (Wirksamkeitsthese), diese gestiegene Leistungsfähigkeit zu einer erhöhten Arbeitsproduktivität, d.h. Arbeitsleistung pro Stunde führt (Produktivitätsthese) und die zusätzliche Arbeitsproduktivität über monetäre Erträge wie Einkommensnettozuwachs und über nichtmonetäre Nutzen wie z.B. erhöhte Arbeitsplatzzufriedenheit und gesteigener Optionszuwachs belohnt wird (Investitionsthese), wobei die Ertrags- und Nutzendimensionen die eingesetzten Kostendimensionen übersteigen [sollen]. (Hummelsheim & Timmermann 2010, S. 125)

An Hummelsheim und Timmermanns verwendeter Terminologie lässt sich erkennen, dass die Annahmen der HKT auf den Sichtweisen des neoklassischen Standardmodells fußen, welches hilfreiche Annahmen bereithält um Bildungsentscheidungen zu modellieren. Grundlegend in dem Modell ist, dass Märkte – mit einer Angebots- und Nachfrageseite – ein Gleichgewicht erreichen, in welchem genauso viel nachgefragt, wie angeboten wird. Diese Grundannahme lässt sich ebenso auf den Arbeitsmarkt beziehen, auf dem Personen ihre Arbeitskraft als Produktionsfaktor anbieten, der von den Unternehmen nachgefragt wird. Ist der Arbeitsmarkt im Gleichgewicht herrscht Vollbeschäftigung. Dies kann aber nur erreicht werden, wenn die folgenden idealtypischen Prämissen für Märkte erfüllt sind:

- Sie dürfen nicht mit Wettbewerbsbeschränkungen belegt werden (vollkommene Konkurrenz).
- Es herrscht Markttransparenz, was bedeutet, dass alle Marktteilnehmer über alle gegenwärtigen und künftigen Situationen vollkommen informiert sind.
- Die Marktteilnehmer sind mobil, also nicht ortsgebunden und können ihre Arbeitskraft dort anbieten, wo sie für sich die optimalen Arbeitsbedingungen finden.

Eine weitere Annahme der Neoklassik ist, dass Arbeitskraft homogen sei, also alle Anbieter von Arbeitskraft über dieselbe Produktivität verfügen (vgl. Sesselmeier & Blauermel 1998 S. 47f.) Mit dieser Prämisse bricht die HKT, denn laut ihren Ausführungen ist der Produktionsfaktor Arbeit inhomogen; die Anbieter von Arbeitskraft weisen voneinander verschiedene Produktivität auf, welche sich in unterschiedlich hohem Einkommen und Beschäftigungsqualität äußert, bedingt durch individuelle Bildungsinvestitionen.

Es sind die individuellen Entscheidungen der Wirtschaftssubjekte, die am Ende über den entsprechenden Output entscheiden. Je nach Präferenzordnung fallen die Entscheidungen unterschiedlich aus, weshalb Individuen unterschiedliche Investitionen in verschiedene Bildungsabschlüsse tätigen. Die *Rational-Choice-Theorie* als Handlungstheorie, kann anhand ihrer Annahmen solche Entscheidungen auf der Mikroebene erklären. Ihre Grundannahme ist, dass der individuelle Nutzen durch rationales Handeln maximiert werde. Aus einer Menge von Handlungsoptionen werde diejenige ausgewählt, welche dem Individuum den größtmöglichen Nutzen biete, wobei es auch Kostenaspekte in die Entscheidung miteinbeziehe (vgl. Green & Shapiro 1999, S. 24f). Mit Hilfe der Rational-Choice-Theorie lassen sich Bildungsentscheidungen als rationale Wahlhandlung erklären. Rational-Choice-Theoretiker bedienen sich dem theoretischen Menschenbild des *Homo oeconomicus*. Die individuelle Handlungstheorie beschreibt, wie er seine Entscheidungen fällt (vgl. Miebach 2014, S. 196): Der Homo oeconomicus ist ein rationaler Nutzenmaximierer. Er hat eine transitive Präferenzordnung und trifft seine Entscheidung unabhängig von anderen Marktteilnehmern unter vollständiger Information (vgl. Thielscher 2015, S. 101). Dabei wägt er zwischen den Kosten, also der Investition in die Bildungsentscheidung, und dem Nutzen dieser ab. Die so getroffenen Wahlhandlungen von Individuen orientieren sich dabei an dem Eigennutzenaxiom; Individuen handeln nur aus eigenem Interesse. Individuelle Wahlhandlungen führen auf der Mikroebene zum Optimum, und laut Theorie, gleichzeitig zu einem gesamtwirtschaftlichen Gleichgewicht (vgl. Hooß 2014, S. 61).

2. 4. 1 Forschungsstand zur Humankapitaltheorie

Die dargestellten Annahmen des Neoklassischen Modells konnten im Zeitverlauf entkräftet werden, insbesondere die Prämisse der vollständigen Information wurde häufig kritisiert. Es ist vielmehr so, dass Anbieter und Nachfrager ihre Entscheidungen auf den Märkten unter Unsicherheit treffen, denn viele Umwelteinflüsse sind kaum bis gar nicht kalkulierbar. Entschließt sich heute ein Studierender für eine chirurgische Facharztweiterbildung, wird er diese Entscheidung aufgrund des erwarteten Nutzens und

nicht aufgrund des tatsächlichen Nutzens treffen. Denn letzterer lässt sich erst im Nachhinein feststellen und bewerten. Das Individuum wird sich für eine Investition in Humankapital entscheiden, wenn es davon ausgeht, dass der erwartete Nutzen, die Kosten dieser Investition, übersteigt.

Inzwischen ist der Humankapitalansatz einer der etablierten Ansätze für die Erklärung von Bildungsangebot und -nachfrage und ein typischer Vertreter der individualistischen Handlungstheorie (vgl. Bergman, Hupka-Brunner, Meyer & Samuel 2012, S. 46). Doch wie wird Humankapital definiert? In einer älteren Definition werden Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungsbestände, die auf dem Arbeitsmarkt nützlich sind, als Humankapital beschrieben (vgl. Hummelsheim & Timmermann 2010a, S. 124; Jurt 2012, S. 28). Diese Sichtweise reduziert den Menschen auf seine Produktivität, er wird als ökonomische Größe im Produktionsprozess betrachtet. Jüngere Definitionen, wie die der OECD beschreiben Humankapital als „the knowledge, skills, competencies and attributes embodied in individuals that facilitate the creation of personal, social and economic well-being“ (OECD 2001, S. 18). Diese jüngere Definition betont nicht die betriebswirtschaftliche Komponente, sondern erweitert den Blick darauf, dass das personengebundene Humankapital dazu befähigt, persönliches, soziales und ökonomisches Wohlergehen zu bewirken; die Lebenszufriedenheit wird gesteigert. Des Weiteren werden auch persönliche Eigenschaften (*attributes*), wie psychische, mentale und emotionale Gesundheit als Humankapital definiert, wodurch das soziale Umfeld näher in das Blickfeld gerät (vgl. ebd.). Weiterhin zeigt die Personengebundenheit des Humankapitals, dass dieses – im Vergleich zu den klassischen Produktionsfaktoren, wie Arbeit, Boden und Kapital – nicht transferierbar ist (vgl. Litz 2012, S.65).

Die Veröffentlichungen von Becker, Mincer und Schulz folgten in den ersten Jahren zu einer Vielzahl an Artikeln im Gebiet der Arbeitsmarktökonomie. Mittlerweile gibt es ebenfalls mehrere Arbeiten, die der Disziplin der Bildungsökonomie zuzuordnen sind, wobei diese mehrere Berührungspunkte mit anderen Forschungsdisziplinen – wie beispielsweise den Sozialwissenschaften – hat (vgl. Wolter 2002, S. 150). So wurde die HKT mit verschiedenen anderen aufkommenden Theorien in Zusammenhang gesetzt und der Prüfung unterzogen. Sie erweist sich auch als anschlussfähig für verhaltens- und entscheidungstheoretische Ansätze, wie der Rational-Choice-Theorie, die Weiterbildung als subjektive, individuelle Bildungsentscheidung behandelt. Außerdem erweitert sie den ökonomischen Fokus reiner Investitionsentscheidungen um das soziale Umfeld und persönliche Einstellungsmuster (vgl. Kaufmann & Widany 2013, S. 33, 38). Weiterhin gibt bei Untersuchungen in denen gezeigt wurde, dass das soziale Kapital nach Pierre Bourdieu ein ausschlaggebender Faktor für die Akkumulation von Humankapital ist (Iellatchitch, Mayrhofer & Meyer 2003). Stocké, Blossfeld, Hoenig und Sixt

(2011) konnten nachweisen, dass sich eine hohe Ausstattung mit Sozialkapital positiv auf den Bildungs- und Arbeitsmarkterfolg auswirkt. Des Weiteren konnten Krekel und Walden (2007) zeigen, dass sich politisches oder soziales Engagement positiv auf die Teilnahme an Weiterbildung auswirkt, wohingegen sich eine privat-familiäre Einstellung als hinderlich für die Akkumulation von Humankapital erwies.

Bei der Entscheidung für eine Weiterbildung spielen Gelegenheitsstrukturen im Zusammenhang mit sozialem Kapital eine wichtige Rolle. Es existieren Beiträge, die davon ausgehen, dass diese die Teilnahme beeinflussen, wobei selbst- als auch fremd-selektive Prozesse berücksichtigt werden müssen: Kaufmann und Widany (2013) konnten nachweisen, dass bei individueller Weiterbildung persönliche Merkmale aber auch Merkmale des sozialen Umfeldes eine Rolle spielen, weshalb die Weiterbildungsaktivitäten von Freunden oder Kollegen als auch Erwartungshaltungen des sozialen Umfeldes berücksichtigt werden müssen. Als persönliche Einstellungsmerkmale benennen die Wissenschaftlerinnen Zufriedenheit mit der Arbeit und der finanziellen Situation, welche sich als förderlich für Weiterbildung erweisen (vgl. ebd., S. 44).

Eine weitere Kapitalform Bourdieus, welche ebenfalls anschlussfähig an die HKT ist, ist das kulturelle Kapital. Eine speziellere Form des kulturellen Kapitals ist das institutionalisierte Kulturkapital, welches in Form von Titeln erworben werden kann. Solche Titel dienen Arbeitgebern als Hilfe bei der Bewerberauswahl. Eine Erweiterung der HKT, die sogenannte *Signalingthese* beschreibt diese Annahme, indem sie davon ausgeht, dass sich Personen aufgrund ihrer inneren Fähigkeiten unterscheiden und diejenigen mit höheren Fähigkeiten, höhere Bildungsabschlüsse erreichen (vgl. Kühne 2009, S. 67). Diese Abschlüsse dienen dann den Arbeitgebern bei der Selektion von Bewerbern als Proxy für deren Produktivität, aber auch für informelle Charakteristiken (vgl. Becker 2011, S. 28). Generell konnte gezeigt werden, dass das individuelle Weiterbildungsverhalten durch Kosten-Nutzen-Überlegungen strukturiert wird. „Ein – in Relation zu den Kosten (im weitesten Sinne) – ausreichend hoher antizipierter Nutzen stellt dabei die Voraussetzung für eine Weiterbildungsteilnahme dar“ (Beicht & Walden 2006, S. 328). Nach Beicht und Walden (2006) werden der Geld- und Gebrauchswert von Entscheidungen für Weiterbildungen mit ins Kalkül gezogen, wobei die Entscheidung letztendlich von den individuellen Nutzenerwartungen abhängt. Dieser Nutzen kann sich in unterschiedlicher Art äußern, zum Beispiel soziale Kontakte zu knüpfen, sich persönlich zu entwickeln oder die berufliche Leistungsfähigkeit zu steigern (vgl. ebd., S. 328). Und je offensichtlicher der Nutzen einer Bildungsmaßnahme sichtbar gemacht wird, desto eher entscheiden sich Personen für eine Teilnahme daran (vgl. Bardeleben, Beicht, Hergert & Krekel 1996, S. 16). Ebenfalls positiv beeinflusst werden Weiterbil-

dungsentscheidungen von Nutzenbewertungen vergangener Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen (vgl. Kirsten 1999, S. 21).

2. 4. 2 Kritik an der Humankapitaltheorie

Fest steht, dass durch die HKT ein Paradigmenwechsel in der Wahrnehmung von Bildung vollzogen wurde: Bildung – Investitionen in Humankapital – wurde neben den klassischen Produktionsfaktoren als eigenständiger Faktor begriffen, der maßgeblich die Produktivität von Arbeitnehmern beeinflusst. Dennoch wurde die Theorie vielfach kritisiert. Kritik richtet sich zum einen gegen die theoretischen Annahmen und zum anderen gegen die Methodik der Messungen. Letztere bereitete Probleme, da Humankapital ebenfalls von Intelligenz und persönlichen Talenten und Fähigkeiten beeinflusst wird, und diese Merkmale schwierig zu erfassen sind. Ebenso sind Merkmale, die Einfluss auf die Aneignung von Humankapital haben, wie die soziale Einbindung, schwer zu operationalisieren (vgl. Hummelsheim & Timmermann 2010b, S. 97, 107).

Theorieprobleme wurden insbesondere im Zusammenhang mit dem Modell des vollkommenen Marktes ausgemacht. So sollten Individuen entsprechend der Theorie ihre rationale Entscheidung für eine Bildungsmaßnahme aufgrund von Kosten-Nutzen-Abwägungen bei perfekter Informiertheit fällen. Voraussetzung hierfür wäre, dass jeder Marktteilnehmer über alle Bildungsangebote des Arbeitsmarktes Bescheid wisse – doch praktisch ist dies nicht der Fall. So sei die Kalkulation von Bildungsrenditen immer Unsicherheiten und Risiken ausgesetzt (vgl. Hummelsheim & Timmermann 2010a, S. 128). Außerdem müssten Erträge von Bildungsrenditen abschätzbar sein, was nur bei einem stabilen Arbeitsmarkt mit vollständiger Transparenz der Fall wäre. Hinzukommend sei zu bemerken, dass die zeitlichen und/oder monetären Kosten sofort anfallen, wohingegen Erträge – wenn überhaupt – in der fernen Zukunft liegen. Außerdem ist es schwierig einen quantitativen oder qualitativen Nutzen einzuschätzen, wenn das Ausmaß des Ertrags unsicher ist (vgl. ebd.). Weiterhin hängt eine Beurteilung des Nutzens von der Erfüllung der Erwartungen ab (vgl. Beicht & Walden 2006, S. 330).

So wurde das Konzept der *bounded Rationality* eingeführt, welches eingesteht, dass menschliches Handeln vielschichtiger ist, als es die Abstraktion der Modellannahmen des vollkommenen Marktes und der Handlungslogiken des Homo oeconomicus für gewöhnlich suggeriert (vgl. Bögenhold 2015, S. 23). Ergänzt wurde die Theorie um weitere bildungssoziologische und wirtschaftswissenschaftliche Ansätze, da der unterstellte Zusammenhang der HKT, zwischen Höhe der Bildungsaktivitäten und dem monetären Ertrag, komplexer ist als angenommen. Weiterhin wird durch die rationalen Annahmen der Theorie Realität reduziert, wodurch ein verlässliches Fundament für

eine Hypothesengenerierung erreicht wird, so dass sich Erklärungen für alltägliche Probleme finden lassen (vgl. Eisenhardt 2012, S. 154). Die HKT liefert Antworten auf die Frage, warum Personen in unterschiedlicher Art und Weise in Bildung investieren, wobei das Individuum ein aktiv handelndes ist, welches vor jeder Handlung seine Entscheidung anhand von Kosten-Nutzen-Kalkülen trifft. „Vor allem die Abwägung von Kosten und Nutzen ist ein zentraler, empirisch überprüfbarer Mechanismus, der das Bildungsverhalten von Individuen bzw. Gruppen zu erklären vermag“ (Becker 2011, S. 23).

2. 5 Die Ausbildung zum „Studentischen OP Assistenten“

Das Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ ist eine, von der *Chirurgische[n] Arbeitsgemeinschaft Junge Chirurgen* und ihr hierarchisch übergeordneten *Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie*, im Jahre 2014 ins Leben gerufene Initiative, um Studierende der Medizin für die chirurgische Fachdisziplin zu begeistern. Es soll früh das Interesse am Fachgebiet wecken und idealerweise eine Entscheidung für eine chirurgische Laufbahn, als auch eine qualitative Verbesserung der chirurgischen Ausbildung herbeiführen. Optimalerweise soll das Bildungsangebot einen wichtigen Beitrag zum Ausgleich des Fachkräftemangels leisten.

Die Anmeldung für die Qualifizierung ist unkompliziert: Das Zertifikat kann von jedem Studierenden der Medizin kostenfrei erworben werden, der zuvor ein, auf dem Internetauftritt der DGAV, bereitgestelltes Formular ausgefüllt sowie eine aktuelle Studienbescheinigung und Lebenslauf bei der DGAV eingereicht hat. Bei der Anmeldung müssen Studierende aus einer von 19, durch die DGAV zertifizierten Kliniken, auswählen (Stand: 09.03.2017), in welcher sie den praktischen Teil der Ausbildung absolvieren möchten. Die Kontaktaufnahme erfolgt dann direkt über die Klinik.

Die Ausbildungsinhalte des Zertifikates gliedern sich in einen grundlegenden, einen theoretischen und einen praktischen Teil, deren Inhalte in der folgenden Abbildung zusammengestellt wurden. Neben der Theorievermittlung, erhalten Studierende im praktischen Teil die Möglichkeit, theoretisches Wissen in die Realität umzusetzen. Denn hier müssen die Teilnehmer mindestens 30 Mal im OP assistieren. Die Assistenzen werden in einem Formular nachgehalten, indem das OP-Verfahren, unter Angabe des Datums mit Stempel und Unterschrift des Operateurs, festgehalten wird. Nach erfolgreichem Absolvieren der Prüfung, welche die Inhalte des Kurses abfragt, wird eine Bescheinigung, in Form eines Zertifikates der DGAV, ausgehändigt.

Abbildung 4: Ausbildungsinhalte Studentischer OP Assistent

Ausbildungsinhalte <i>Studentischer OP Assistent</i>	
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> - OP Regeln: Wissen über Aufgabenverteilung der OP-Mitarbeiter (Anästhesist, Anästhesiepflege, OP Pflege, Chirurg) sowie deren Kompetenzen und Befugnisse. - Sterilität: Chirurgische Händewäsche, –desinfektion sowie das korrekte Verhalten am OP-Tisch. - Perioperativ: Mind. eine Patientenvorstellung (im Rahmen einer Besprechung oder Visite), die die Anamnese, Diagnostik, OP Indikation und den postoperativen Verlauf einbezieht.
Theorie Teil	<ul style="list-style-type: none"> - Operationen: Verlauf von mind. acht viszeralchirurgischen Operationen (z.B. Appendektomie, Cholecystektomie, Herniotomien , Schilddrüsenresektion). - Materialkunde: Grundlagen des in der Visceralmedizin eingesetzten Nahtmaterials (polyfiler, monofiler, resorbierbarer, nicht resorbierbarer Faden, traumatische, atraumatische Nadel) sowie exemplarische Einsatzgebiete, Wissen über gängige Instrumente (Overholt, Halsted-Klemmen, Scheren, Pinzetten), Wissen über die technischen Hilfsmittel der Visceralchirurgie (Stapler, Dissektionsgeräte)
Praktischer Teil	<ul style="list-style-type: none"> - Mind. zwei verschiedene Knotentechniken, - Maschinelles Knoten, - Mind. zwei Verschiedene Hautnähte und - Rutschknoten.
OP Ass.	<ul style="list-style-type: none"> - 15 laparoskopische Operationen und - 15 konventionelle Operationen (max. 5 aus nicht viszeralchirurgischem Spektrum).

(Eigene Darstellung anhand DGAV, o. J, S. 2f)

Da die Approbationsordnung berufspraktische Zeiten während des Medizinstudiums vorsieht, kann das Zertifikat während eines PJs, eines Praktikums oder während der vorgesehenen Famulatur erworben werden, wobei die hier erbrachten Leistungen für das Studium anerkannt werden und nicht zusätzlich abgeleistet werden müssen. So bietet die Qualifizierung viele Vorteile für Studierende, da sie so bereits im Laufe ihres Studiums erste wichtige Erfahrungen im Operationssaal sammeln können. Studierende erhalten damit direkten Zugang zu Kliniken, wo sie die Möglichkeit erhalten, sich beruflich zu positionieren und Grundsteine für die weitere berufliche Karriere zu legen. Außerdem können sie durch die Qualifizierung Humankapital aufbauen, welches sie attraktiver für potentielle Arbeitgeber macht, da durch das Zertifikat relevante Fähigkeiten bescheinigt werden. Weiterhin ist es aufgrund der Signalfunktion des Zertifikates, welche Arbeitskräften die passenden Stellen zuordnet, für Arbeitgeber leichter, sich für oder gegen den Bewerber zu entscheiden. Auch das Klinikpersonal kann sich einen ersten Eindruck über den Teilnehmer verschaffen und so einschätzen, ob dieser als potentieller Arbeitnehmer in Frage käme. Zusätzlich bietet die Kooperation zwischen teilnehmenden Kliniken und der DGAV den Vorteil, sich als Krankenhaus gegenüber den Studierenden, als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren.

2. 6 Forschungsstand zum „Studentischen OP Assistenten“

Zur Evaluierung der Zertifizierung SOA wurde ein Fragebogen durch eine Projektgruppe von Studierenden der Ruhr-Universität Bochum entworfen, welcher im Anschluss an die Qualifizierung an die Teilnehmenden ausgegeben wird. Dieser erfragt unter anderem ihre soziodemografischen Merkmale, ihre Bewertungen der einzelnen Ausbildungsinhalte des SOA und ihr Interesse an der chirurgischen Fachdisziplin. Letztes wurde durch die Frage erhoben, inwieweit der Berufswunsch Chirurg vor und nach dem SOA ausgeprägt war. So konnte die erste Evaluation mit 24 Befragten bereits zeigen, dass das Interesse für die Chirurgie durch die Teilnahme steigt. Es stieg nach um insgesamt 24 Prozent bei den Teilnehmern an und 30 Prozent der Befragten waren nach der Teilnahme noch unsicher, ob der Beruf Chirurg für sie in Frage käme (vgl. Ackerschott 2014, S. 32).

Der Fragebogen wurde mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse aus der ersten Evaluation, von einer weiteren studentischen Projektgruppe in methodischer Hinsicht überarbeitet, um eine Verbesserung der Qualität der zu erhebenden Daten zu gewährleisten. Außerdem wurden weitere Stichproben hinsichtlich der Qualität des Kurses ausgewertet und analysiert. Lente, Meyer und Sättele (2015) konnten bereits eine doppelt so große Stichprobe wie Ackerschott (2014) in ihren Analysen berücksichtigen. Sie fanden heraus, dass sich die Teilnehmenden „nach Abschluss des Kurses deutlich sicherer [sind], später einmal chirurgisch tätig sein zu wollen: vor Besuch des Kurses gaben 36,8% an, sich in ihrem Berufsziel sicher zu sein, nach dem Kurs erhöhte sich dieser Anteil auf 62,5%“ (ebd., S. 46). Dies entspricht einer Steigerung um circa 26 Prozent. 61 Prozent derer, die sich vorher unsicher waren, Chirurg zu werden, sind es danach noch immer (ebd., S. 27). Ähnliche Ergebnisse zeigte auch die letzte Evaluation im Jahr 2016: knapp Zweidrittel der unsicheren Befragten, sind hinterher noch immer unsicher bezüglich ihres Berufswunsches; 24 von 30 Personen dieser Gruppe konnten nicht überzeugt werden, Chirurg zu werden (vgl. Melcher & Müller 2016, S. 28).

Zwar zeigt sich in den Forschungsarbeiten durchgehend ein positiver Effekt der Teilnahme am SOA, auf den Wunsch später Chirurg werden zu wollen. Dennoch sagen diese Ergebnisse nichts über qualitative Aspekte dieses Wunsches der Studierenden aus. Zudem stellt sich die Frage, warum eine Gruppe von unsicheren Befragten, final nicht vom Berufsbild des Chirurgen überzeugt werden konnte. Um diese Frage zu beantworten, werden im Folgenden, anhand des zuvor geschilderten Forschungsstandes, Hypothesen aufgestellt.

2. 7 Hypothesenherleitung

Da die DGAV versucht dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, ist es wünschenswert, dass die Teilnahme am SOA genau diesen Effekt, durch eine Bindung der Studierenden an das chirurgische Fachgebiet, bewirkt. Da dennoch viele von ihnen, wie bereits dargelegt, nach der Teilnahme weiterhin unentschieden in Bezug auf ihre Berufswahl sind, werden im Folgenden Hypothesen anhand der zuvor erläuterten Theorie aufgestellt. Diese werden anschließend mithilfe des Forschungsdesigns überprüft, um die forschungsleitenden Fragen zu beantworten:

Das Medizinstudium bietet Einblicke in eine Vielzahl an Fachdisziplinen. Insbesondere im vorklinischen Teil werden die Studierenden mit einer großen Menge an neuen Informationen konfrontiert, die sie zunächst verarbeiten müssen. Wenn sie sich neben anderen wichtigen Entscheidungen überhaupt die Frage nach der für sie am besten geeigneten Fachrichtung stellen, können sie aus genügend anderen Optionen, als der Chirurgie wählen. Im Vorfeld einer Bildungsentscheidung wägen sie Kosten und Nutzen ab. So werden sie sich für das Fach entscheiden, welches ihnen persönlich den größtmöglichen Nutzen stiftet. Um ihre Entscheidung für ein Fach zu treffen, gehen Studierende auf Informationssuche. Wenn indifferente Studierende nach der Teilnahme am Kurs noch immer unentschieden sind, lässt sich vermuten, dass der Kurs ihnen nicht genügend Informationen, die die Bewertung des individuellen Nutzens in ausreichender Weise vergrößern würden, bietet. Deshalb wird folgende Hypothese aufgestellt: **H1** *Der Kurs bietet den Studierenden zu wenig Informationen für eine Entscheidungsfindung zu Gunsten der chirurgischen Fachdisziplin.*

Weiterhin ist vorstellbar, dass Studierende bestimmte Fächer in die engere Auswahl fassen und zwecks Entscheidungsfindung an der Zertifizierung teilnehmen, da diese die Kosten-Nutzen-Abwägung, durch die im Kurs gewonnenen Informationen, valider macht. Im Laufe des Kurses können die neuen Informationen erstens dazu führen, dass vorerst keine Entscheidung getroffen wird, wenn der Nutzen genauso hoch, wie der einer anderen Fachrichtung beurteilt wird, oder die Entscheidungsfindung vom Individuum nach Abschluss des Kurses nicht als abgeschlossen betrachtet wird. Zwar ist es möglich, dass der Kurs das Interesse der Studierenden fördert, dieses aber nicht ausreichend ist, damit sich Teilnehmer für diese Fachrichtung entscheiden, da andere Informationen, wie negative Erfahrungen mit dem Fach (negative Reputation des Fachs, da „arbeitsintensiv“ und „familienunfreundlich“) stärker bewertet werden. Daher folgt: **H2** *Der Kurs führt dazu, dass die Kosten-Nutzen-Bilanz der Medizinstudierenden ausgeglichen ist, weshalb sie keine Entscheidung fällen.*

Studierende werden nicht nur bei der Entscheidung für eine Fachrichtung die Kosten und Nutzen abwägen; sie tun dies auch bei der Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am SOA. Eine Person investiert dann in ihr Humankapital, wenn der Nutzen dieser Investition höher ist, als die Kosten, die diese verursacht hat. Die Frage ist, welchen Nutzen Studierende aus der Teilnahme am Kurs ziehen; welche Gründe für eine Teilnahme haben Sie? Bei Personen, die angesichts der Fülle der Fachgebiete und Spezialisierungsmöglichkeiten noch unentschieden bezüglich der Fächerwahl sind, liegt es nahe die Teilnahme am Zertifikat als Informationsgewinnung zu nutzen, da die Kosten der Informationsgewinnung relativ gering ausfallen (Anerkennung der Leistungen für das Studium, kostenlos, unkomplizierte Anmeldung). Darum wird vermutet, dass: **H3 Personen sehen den Kurs, neben weiteren Angeboten für andere Fachrichtungen, als eine Möglichkeit Informationen zu gewinnen.**

Es besteht die Möglichkeit, dass die Frage, ob Chirurgie ein potentiell Arbeitsfeld in Zukunft darstellt, bei indifferenten Studierenden bis zur Teilnahme am Kurs nicht Gegenstand der Reflexion wurde. So lässt sich vermuten, dass sich der individuelle Nutzen der Akteure nicht dadurch auszeichnet, sich zu vergewissern, ob der Fachbereich in Frage käme, sondern der Grund für die Teilnahme durch andere Faktoren bestimmt wird. Ein Beispiel für einen solchen Faktor wäre es, dass sie einen Einblick in die Praxis erlangen. Denn bevor Studierende der Medizin mit dem PJ beginnen, welches ab dem 11. Semester abzuleisten ist, haben sie lediglich während eines dreimonatigen Krankenpflegedienstes und der Famulatur von insgesamt vier Monaten, die Möglichkeit Praxiserfahrung zu sammeln. Wenn Personen aus diesem Grund teilnehmen und nicht, um sich eines Fachbereichs zu vergewissern, ließe sich erklären, warum so viele Studierende nach Beendigung des Kurses in ihrer Facharztwahl noch unentschieden sind.

Weiterhin ist es so, dass das Zertifikat von Studierenden aller Semester erlangt werden kann und sie sich dieses als Studienleistung anrechnen lassen können. Dieser Aspekt kann ebenfalls als möglicher Nutzen der Teilnahme am SOA betrachtet werden. Ebenfalls könnte das Zertifikat als solches schon nutzenstiftend sein, wenn dieses als Signal für den Bewerbungsprozess genutzt wird. Da laut HKT ein, in Vergleich zu den Kosten, höherer Nutzen in einer Teilnahme von Bildungsangeboten resultiert, soll herausgefunden werden, wodurch sich dieser bei den Befragten bestimmt. Da das Untersuchungsinstrument zusätzlich explorative Elemente zulässt und somit diese individuellen Nutzenaspekte erfragt werden können, lautet die Hypothese: **H4 Der Nutzen aus der Teilnahme am Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ definiert sich durch andere Faktoren, als durch eine Vergewisserung bezüglich des Berufswunsches Chirurg.**

3. Empirischer Teil

Die Darlegung des Forschungsstandes verdeutlicht, dass es bislang keine Studie gibt, welche die Teilnahmeentscheidung für das Zertifikat SOA in den Untersuchungsfokus rückt. In vorausgegangenen Arbeiten wurden Ergebnisse über den Forschungsgegenstand ausschließlich mit Hilfe quantitativer Methodik gewonnen, weshalb der Kenntnisstand in der vorliegenden Arbeit – durch Verwendung – eines qualitativen Designs – erweitert werden soll.

Als Messinstrument kommt ein Leitfaden zum Einsatz, mit dessen Hilfe Teilnehmer des Zertifikates SOA befragt werden. In dem quasi-experimentellen Design dieser Arbeit werden die befragten Personen anhand von Merkmalen einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugeordnet (vgl. Baur & Blasius 2014, S. 141). Das Merkmal welches die Zuordnung bestimmt, ist die Zertifikatsteilnahme. Es werden daher zum einen Studierende der Medizin befragt, welche das Zertifikat SOA erhalten haben, als auch Studierende, welche dieses Bildungsangebot nicht wahrgenommen haben. Durch die Bildung einer Kontrollgruppe, die sich einerseits in derselben Systemumwelt aufhält, andererseits aber nicht von dieser Bildungsmaßnahme betroffen ist, lassen sich aufschlussreiche Erkenntnisse über den Untersuchungsgegenstand gewinnen (vgl. Häder 2010, S. 365). Die transkribierten Informationen werden mithilfe einer, sowohl deduktiven, als auch zu gleich induktiven Kategorienbildung als Auswertungsmethode hinsichtlich der Hypothesen analysiert. Um den Forschungsprozess transparent zu gestalten, werden im Folgenden das Messinstrument, die Stichprobenauswahl und die Auswertungsmethode beleuchtet, um im Anschluss die so gewonnenen Ergebnisse zu präsentieren. Bei der Ergebnispräsentation wird zunächst auf die Experimentalgruppe und ihre Erfahrungen mit dem SOA eingegangen woraufhin die Ergebnisse der Kontrollgruppe vergleichend folgen.

3. 1 Messinstrument Leitfadeninterview

Für die Erhebung von qualitativer Daten im Hinblick auf die hier gestellte Forschungsfrage ist die Befragungstechnik des Leitfadeninterviews am besten geeignet: Ein Leitfaden dient als Gerüst für die Datenerhebung und verfügt über genügend Offenheit um „spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen [...]“ (Bortz & Döring, 2009, S. 314). Mit seiner Hilfe wird verhindert, dass bestimmte Themen, die für die Evaluation wichtig sind, vergessen werden oder die Befragung vom Thema abweicht. Der Leitfaden sollte nur Fragen enthalten, die für das Forschungsvorhaben relevant sind, wobei die Fragen so formuliert sein sollten, dass die

Befragten nicht einfach mit ja oder nein antworten können, sondern offen gestellt sind, so dass tiefgreifendere Informationen gewonnen werden können (vgl. Kuckartz, Dresing, Rädiker, Stefer, 2008, S. 21). So wurde der, für das Forschungsvorhaben benötigte Leitfaden, anhand der zuvor aufgestellten Hypothesen, in Verbindung mit dem hier dargelegten Forschungsstand, entwickelt. Dabei sollte sichergestellt sein, dass alle relevanten Aspekte, welche für eine angemessene Überprüfung der Hypothesen benötigt werden, valide erfragt werden.

Im Fokus lag weiterhin, die Befragung so aufzubauen, dass relevante Nutzenaspekte in Bezug auf die Teilnahme an Angeboten wie das der DGAV, geliefert werden. Um Unterschiede zwischen der Kontroll- und Experimentalgruppe ausmachen zu können, wird ein identischer Frageteil beiden Gruppen gestellt. Für die Experimentalgruppe wurde ein zusätzlicher Fragekomplex mit Themen zum Zertifikat entwickelt, den es zu beantworten gilt. Um die Befragung inhaltlich zu gliedern, wurde der Leitfaden in verschiedene, aufeinander aufbauende Frageabschnitte unterteilt⁶. Der erste Abschnitt beinhaltet Fragen, die sich auf das Medizinstudium und seine individuelle Wahrnehmung beziehen, als auch Fragen, die auf entscheidungsleitende Erlebnisse fokussieren. Gerade zum Anfang der Befragung sollten Fragen gestellt werden, die für Befragte einfach zu beantworten sind, damit diese in einen Erzählfluss gelangen. So lautet die Eisbrecherfrage: „Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren?“. Die weiteren Fragen dieses Blocks zielen darauf ab Informationen über vergangene und aktuelle Entscheidungen und Erfahrungen zu erheben. So haben die Teilnehmer zu Beginn die Möglichkeit sich auf das Thema einzustellen, ihre Rückerinnerung anzuregen und in einen Erzählfluss zu gelangen, bevor sie ihre Entscheidungen und Meinungen bezüglich des Kurses, durch die am Ende gestellten Fragen, reflektieren.

Im zweiten Abschnitt werden Informationen zur Formung des Berufswunsches erhoben und es wird erfragt, inwieweit Personen überhaupt Informationen, die diesen Wunsch im Vorfeld beeinflusst haben, erhalten haben. Der darauffolgende Teil widmet sich der Wahrnehmung des Images der Chirurgie, wobei nach individuell-subjektiver Meinung und der antizipierten Wahrnehmung anderer Gruppen differenziert wird. Der letzte Abschnitt für Kontroll- und Experimentalgruppe, beinhaltet Fragen zur Wahrnehmung praktischer Weiterbildungsangebote. Für die Kontrollgruppe, die nicht am Zertifikat SOA teilgenommen hat, endet hier die Befragung.

Der Experimentalgruppe wird eine Überleitungsfrage gestellt, die sie auf das nächste Thema – die Teilnahme am SOA – einstellt. Die Frage lautet: „Du hast am Zertifikat ‚Studentischer OP Assistent‘ teilgenommen. Was hat dich damals zu der Teilnahme bewegt?“ Die weiteren Fragen dieses Teils sollten ferner den Kurs in Erinnerung rufen,

⁶ Siehe Anhang A: Forschungstheoretische Herleitung des Leitfadens

um darauf aufbauend im folgenden Teil eine Bewertung seiner Inhalte und Lehrmethoden erfragen zu können. Abschließend werden die Zertifikatsteilnehmern darüber befragt, inwiefern der Kurs ihre Berufswahl beeinflusst hat⁷.

3. 2 Stichprobenauswahl und Datenerhebung

Zwecks qualitativen Datenerhebung wurden sieben Personen befragt, die der Experimentalgruppe zuzuordnen sind und sechs Personen, die der Kontrollgruppe angehören. Die Stichprobe der Experimentalgruppe wurde anhand von vorliegenden E-Mailadressen der Zertifikatsteilnehmer erhoben. Die Studierenden, die der Grundgesamtheit angehören und welche nicht am SOA teilgenommen haben, wurden über persönliche Kontakte unter Zuhilfenahme des Schneeballverfahrens rekrutiert. Bei der Auswahl der Fälle wurde bei beiden Gruppen darauf geachtet, dass die relevanten Merkmale, wie Anzahl der studierten Semester, Geschlecht und Studienort breit streuen, da durch die Maximierung von Unterschieden die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, Heterogenität im Untersuchungsfeld abzubilden, um ein möglichst differenziertes Bild zu erhalten. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 20. April bis zum 04. Mai 2017, in welchem die Teilnehmer einerseits – sofern dies aufgrund der geografischen Entfernung möglich war – persönlich befragt, als auch fernmündlich via Skype interviewt wurden. Die Interviews wurden aufgezeichnet, da es bei der qualitativen Sozialforschung besonders wichtig ist, den Forschungsprozess sichtbar zu machen. Im Vorfeld wurde von den Befragten ihr Einverständnis eingeholt. Nach einer kurzen Begrüßung wurde ihnen grob der Ablauf geschildert, und darauf hingewiesen, dass die gestellten Fragen nicht auf ihren Wissensbestand abzielen, sondern, dass das Erkenntnisinteresse in ihrem individuellen Erfahrungsschatz liegt. Die Grundhaltung während des Interviews war eine neugierige und offene, bei gleichzeitiger Gesprächsorientierung am Interviewleitfaden.

3. 3 Auswertungsmethode der qualitativen Interviews

Die geführten Interviews wurden mit einer Diktiergerät-App (Sound Recorder) aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Durch diese Fixierung der flüchtigen Sinneseindrücke, wird für die wissenschaftliche Analyse sichergestellt, diese möglichst voll-

⁷ Siehe Anhang B: Interviewleitfaden

ständig zu erfassen. Für die Transkription wurde ein einfaches Regelwerk verwendet, welches sich an Dresing & Pehl (2013) orientiert⁸.

Im Anschluss an die Anonymisierung der personenbezogenen Daten folgte eine inhaltliche Analyse der Transkripte⁹, hinsichtlich der Forschungsfrage. Damit Rückschlüsse von der schriftlich fixierten Kommunikation auf das Forschungsinteresse gezogen werden können, muss eine Inhaltsanalyse theorie- und regelgeleitet durchgeführt werden. Mithilfe von Kategorien, die im Zentrum der Analyse stehen, und ihr zentrales Instrument sind, wird die Komplexität vermindert. Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein System aus induktiver und deduktiver Kategorienbildung angewandt: Bei letzterer werden die Kategorien aus einem Interviewleitfaden oder einer bereits vorhandenen inhaltlichen Strukturierung hergeleitet (vgl. Kuckartz, 2010, S. 60). Dies bedeutet, dass die Kategorien bereits existierten, ehe sie an das Material herangetragen wurden, wie zum Beispiel, das „Interesse für die Chirurgie“ oder der „Kosten/Nutzen der Teilnahme“. Diese wurden nämlich bereits bei der bei Erstellung des Interviewleitfadens entwickelt. Nach Fixierung der Hauptkategorien, konnten durch weitere Durchgänge des Lesens, neue Kategorien¹⁰ wie „Arbeitsbedingungen Chirurgie“ oder „Faktoren der Berufswahl“ gebildet werden, die Vergleiche zwischen den einzelnen Befragten, aber auch zwischen der Kontroll- und Experimentalgruppe zulassen. Wenn nötig wurden noch Subkategorien gebildet, wie beispielsweise für die Kategorie „Image Chirurgie“. Diese wurde in drei weitere aufgeteilt (Image Chirurgie (persönlich), Image Chirurgie (Kommilitonen), Image Chirurgie (Bevölkerung)). Die Kategorien galt es möglichst präzise und ohne Überschneidung zu formulieren, damit diese die Kriterien disjunkt und erschöpfend erfüllen. Bei diesem Vorgehen war es wichtig zu beachten, dass vom Forscher versucht wird, die Perspektive des Anderen zu übernehmen, um „eine ‚Verdopplung‘ des eigenen Vorverständnisses zu verhindern“ (Mayring, 2010, S. 38).

Die so gewonnenen Ergebnisse werden im anschließenden Abschnitt präsentiert. Da aus datenschutztechnischen Gründen individuelle Merkmale der Befragten verändert oder ausgelassen werden müssen, werden anstelle der Namen der Befragten, Proxys angegeben, welche sich nach Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden. So steht „E“ für Experimentalgruppe und „K“ für die Kontrollgruppe. Weiterhin wird am Ende von direkten und indirekten Zitaten der Befragten, ihr Geschlecht und Alter angegeben.

⁸ Siehe Anhang C: Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing & Pehl (2003)

⁹ Siehe Anhang D: Transkripte der Interviews (in digitaler Version vorhanden).

¹⁰ Siehe Anhang E: Kategoriensystem mit Definitionen und Ankerbeispielen (in digitaler Version vorhanden).

3. 4 Ergebnisse

Insgesamt konnten für die Experimentalgruppe sieben Personen rekrutiert werden. E1, E3, E4 und E7 sind männlich und die anderen drei Befragten weiblich. Ihr Alter variiert zwischen 21 und 26 Lebensjahren, und ihr Fortschritt im Studium reicht von der Vorklinik, über die Klinik bis zum Praktischen Jahr. E1 (männlich, 21), E3 (männlich, 22) und E6 (weiblich, 23) haben das Zertifikat in derselben Klinik erworben. Alle anderen Befragten absolvierten den Kurs in unterschiedlichen Krankenhäusern. Weitere Variation bringen die Befragten E3 (männlich, 22) und E4 (männlich, 26) ins Feld: Letzterer hat den Kurs SOA als einziger nicht beendet, und E3 (männlich, 22) unterscheidet sich von den anderen dieser Gruppe dadurch, dass er der einzige ist, der im Ausland das Medizinstudium aufgenommen hat.

Zur Überprüfung der ersten Hypothese „Der Kurs bietet den Studierenden zu wenig Informationen für eine Entscheidungsfindung zu Gunsten der chirurgischen Fachrichtung“ wurden die Aussagen der Experimentalgruppe herangezogen und analysiert. Es wurde davon ausgegangen, dass der Personenkreis derer, die vor und auch nach dem Kurs indifferent darüber sind, eine chirurgische Fachkarriere einzuschlagen, durch den SOA zu wenig Informationen für eine Entscheidungsfindung erhalten haben. Zwei Personen (E1, männlich, 21 und E2, weiblich, 24) der Experimentalgruppe gaben ihre Unentschiedenheit auf dem Evaluationsbogen, direkt nach ihrer Teilnahme am SOA, an. Auffällig ist eine Divergenz der Angaben, die die beiden Befragten auf den Fragebögen der älteren Evaluationen und denen, die sie während des Interviews angesichts des Einflusses des Kurses machten. Auf die Frage, inwiefern der Kurs sein Interesse für die chirurgische Fachrichtung beeinflusst habe, antwortet E1 nämlich:

Auf jeden Fall positiv für die Chirurgie. (...) aber allgemeinchirurgische Fächer haben den Wunsch noch verstärkt, zumindest nicht gemindert. Also die Chirurgie kann sich glaube ich freuen (lacht), sie haben auf jeden Fall noch einen Chirurgieinteressenten mehr gefunden! (E1, männlich, 21)

Bei E2 (weiblich, 24) geht der Einfluss des Kurses, entgegen ihrer Angaben auf dem Evaluationsbogen, in die andere Richtung: „Also für MICH war es gut, dass ich das zwar gesehen habe, dass ich das spannend finde. Aber auch, dass ich das ausschließen kann. Das war für mich ein Vorteil (lachend)“ (E2, weiblich, 24). So ist sie auch der Meinung, dass der Kurs ihr genügend Einblicke in den chirurgischen Fachbereich geboten hat. E1 differenziert nach Facharzttrichtungen: „Also die komplette Chirurgie. Ich glaube nicht, dass man da überhaupt einen Überblick/ Das sind ja, was weiß ich? 20 verschiedene Subspezialisierungen – aber in dem Bereich der Allgemeinen Chirurgie, auf jeden Fall“ (ebd.).

E3, der den Kurs bereits während seines zweiten Semester absolvierte, sagt ein Jahr nach der Kursteilnahme, dass er findet, dass das Zertifikat nur einen „ganz, ganz kleine[n] Fleck von der Chirurgie“ (E3, männlich, 22) aufzeige. Diese Bewertung kann er vornehmen, da er zuvor „auch in dem Krankenhaus als Hakenhalter¹¹ in den anderen Abteilungen gearbeitet“ hat. Trotzdem findet er, dass er bezogen auf die Viszeralchirurgie „einen tieferen Einblick bekommt, als wenn man immer nur Haken hält, oder was Ähnliches macht (...) und das war schon gut“ (ebd.). So wurde sein Wunsch Chirurg werden zu wollen, durch den Kurs verstärkt:

Ja wieder positiv weil (...) man hatte dann Patientenkon/ Patientenkontakt/ Man hatte sowohl vor der Operation, als auch nach der Operation den Bezug zu den Patienten und man konnte halt in den meisten Fällen sofort sehen, dass es den Patienten besser geht. Und das hat auf jeden Fall meine Meinung zur Chirurgie verstärkt. (...) Oder mein Interesse. (ebd.)

Allerdings sagt er, dass im Laufe des vergangenen Jahres, neue Inhalte des Studiums zur Folge hatten, dass der Wunsch Chirurg zu werden, wieder „abgeschwächt“ wurde: „(...) da man ganz viele andere Dinge halt auch sieht, weil vorher kannte ich halt nur die klassischen Sachen, wie Anästhesiologie und Chirurgie, Innere Medizin. (...), wo man dann schon überlegt, ob das nicht auch vielleicht was für einen wäre“ (ebd.). So sei er mittlerweile offen für „alles“.

Genauso hatte E7 (männlich, 22) vor Beginn des Kurses, welchen er in seinem sechsten Semester machte, den Wunsch Chirurg zu werden. Dieser wurde durch seine Teilnahme verstärkt: „Persönlichen Nutzen? Also ich weiß auf jeden Fall jetzt, dass das FACH auf jeden Fall was für mich ist“ (E7, männlich, 22). Diese Einschätzung begründet er mit dem Abgleich seiner Erwartungen über eine chirurgische Tätigkeit und seinen Erlebnissen, die er während des Kurses machte:

Und ja, da ich GENERELL schon Bock habe Chirurg zu werden, war es halt echt gut, dass man dann auch mal viel Zeit im OP verbracht hat. Weiß wie das so ist. Da läuft das ja alles etwas anders, als wenn man viel auf Station ist, oder in Ambulanzen oder so. Da verbringt man einfach viel ZEIT im OP und merkt dann auch: ‚Okay ist das was für einen? Kann ich jetzt irgendwie da DREI, vier Stunden am Tisch stehen und ja quasi mich wenig bewegen? Oder dann auch die ganze Zeit die Konzentration aufrechterhalten? Und ja/ Und ist es wirklich so abwechslungsreich, wie ich mir das vorstelle?‘ Und das war es auf jeden Fall! (ebd.)

Im Gegensatz zu E3 wurde diese Idee über die letzten zwei Semester bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Frage gestellt: „Ich weiß schon recht genau, dass ich schon in den chirurgischen Bereich rein will. Aber ich weiß noch nicht, (...) ob ich Allgemeinchirurg, Unfallchirurg, oder ob ich eher Orthopäde werde; ob ich mich vielleicht auf ein kleineres Fach spezialisiere (...)“ (E7, männlich, 22). Insgesamt gefällt ihm an

¹¹ Umgangssprachlich. Damit ist das Assistieren während Operationen gemeint, bei welchem die Haken und Greifer gehalten und angereicht werden, damit der Operateur sich auf das OP-Gebiet konzentrieren kann.

der chirurgischen Tätigkeit, dass man auch „praktisch“ arbeiten kann. Er glaubt, dass Chirurgen im Gegensatz zu Internisten, in der Bevölkerung gut angesehen seien. Der Grund dafür sei, dass Personen öfter mit Chirurgen in Berührung kämen und sie ihnen schnell helfen würden: „dass sie Unfälle haben und nicht so oft zum Internisten gehen, Oft mit dem Chirurgen zu tun- und dadurch, dass sie denen geholfen haben, ist das Image wahrscheinlich gut“ (ebd.). Studierende würden dies anders sehen, unter ihnen „ist es [das Image] nicht ganz so gut, aber ich glaube nicht, dass die Internisten da besser dran sind“ (ebd.). Generell sei es so, dass jeder Fachbereich von sich eine hohe Meinung habe und alle anderen Fachbereiche deshalb weniger gut wahrgenommen werden würden (vgl. E7, männlich, 22).

E5 (weiblich, 24) und E6 (weiblich, 23) waren sich beide unsicher, ob diese Fachrichtung zu ihnen passe, da beide vorher noch nie im OP gearbeitet hatten. Jedoch wurden sie laut Evaluationsbogen von der Chirurgie überzeugt. E5 sagt, dass sie sich vor dem Kurs „nicht so in der Chirurgie gesehen hätte“, aber mittlerweile gerne etwas Chirurgisches – am besten in einem „kleinerem Fach“, wie „Augenheilkunde“ – machen möchte. Die 30 Operationen, die man während des Kurses macht, seien mehr, als man je im Studium sehen könne – stellt die Befragte, die sich mittlerweile im 12. Semester befindet, fest. Die Tätigkeit als erste Assistenz, der man im Kurs nachgeht, sei etwas Besonderes (vgl. E5, weiblich, 24). Die wahrgenommenen Arbeitsbedingungen während der Zeit als OP Assistent-Anwärterin haben ihre beruflichen Pläne beeinflusst: „Oder mir macht die Chirurgie ja voll viel Spaß. Auch Allgemeinchirurgie. Aber ich kann mir halt aufgrund der Arbeitsbedingungen, das nicht vorstellen, die ich aber letztendlich auch darüber halt kennengelernt habe“ (ebd.). Zu den Arbeitsbedingungen, die sie dort kennengelernt hat sagt sie:

Weil man relativ stark in Rufdienste eingegliedert ist, also mehr als in einem konservativen Fach, ist ja klar! Oder in Bereitschaftsdienste. Weil ich glaube, dass trotzdem relativ viele Männer in der Chirurgie arbeiten, denen das vielleicht gar nicht mal so wichtig ist. Und ich glaube/ ODER die Frauen, die da auch arbeiten in dem Krankenhaus, die Ärztinnen, die haben schon Probleme Familie (lachend) und Kinder unter einen Hut zu bringen. Und knipsen dann mit Teilzeit rum und kriegen ihren Facharzt nicht fertig. Und irgendwie gibt es relativ wenige Kontakte so, was ich jetzt mitbekommen habe, dass man das gut hinkriegt. (ebd.)

E6 (weiblich, 23 Jahre) lässt sich von den Arbeitsbedingungen nicht abschrecken: „Ich nehme dafür gerne in Kauf, dass ich halt wahrscheinlich wenig Freizeit haben werde, aber ich finde es einfach, dass es das ist, was mich am meisten erfüllt. Oder wofür ich mich am meisten begeistere“ (E6, weiblich, 23). Sie hat den Kurs während des vorklinischen Teils ihres Medizinstudiums belegt, und konnte sich zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellen Chirurgin zu werden: „Ja aber ich war ja nach wie vor noch damals völlig davon überzeugt: ‚Chirurgie niemals!‘“ (ebd.). Vor der Teilnahme am SOA war sie noch

nie im OP und kann nach Beendigung des Kurses sagen, dass sie einen vielseitigen Einblick in die Arbeitsweise erhalten hat:

Aber ich finde man hat halt einfach das ARBEITEN kennengelernt. Man hat die Komplikationen mitbekommen. Man hat gesehen, wie es läuft. Wenn es gut läuft. Man hat aber auch mitbekommen, wenn mal ein schwieriger Patient dort lag. Wenn es mal hektisch wurde. Wenn der Chef mal nicht mehr so gute Sprüche auf Lager hatte (überlegt). Weil man/ Also weil ich halt einfach gesehen habe, wie das so abläuft, wie anstrengend das auch sein kann. (ebd.)

Vorher konnte sie sich „unter Chirurgie kaum was vorstellen“: „Ich wusste nicht, was man da macht. Oder wie das so vonstattengeht. Ich war zuvor ja niemals im OP. Und es hat mich nicht verstört, sondern im Gegenteil, einfach nur fasziniert und ich glaube da kann man einfach nur glücklich drüber sein“, „(...) hätte ich da nicht dran teilgenommen, hätte ich womöglich eine ganz andere Richtung eingeschlagen, weil ich mich da einfach nie dran getraut hätte. Sondern eher immer gedacht hätte: ‚Ist bestimmt scheiße‘“ (ebd.). Die Teilnahme am Kurs beeinflusste sie sogar soweit, dass sie ihre Pläne für die Zukunft, die sie bis dahin gemacht hatte, verwarf. Zuvor wollte sie „möglichst früh ein Haus bauen (lachend) und eine Familie gründen“ und jetzt – nach dem Kurs – will sie eine chirurgische Karriere anstreben. Sie empfahl den Kurs weiter: „Ich KANN es nur jedem wärmstens weiter empfehlen. Habe ich auch an der Uni“ (ebd.). Außerdem konnte sie das Zertifikat bereits für Bewerbungen nutzen: „Ich konnte mich auch mit diesem Zertifikat schon mal häufig gut bewerben. Das sieht immer gut aus. Und (überlegt). Also wie gesagt, ich habe da einen Profit von. Deswegen. Also ich finde es nur genial, dass es sowas gibt“ (ebd.).

Im Gegensatz zu E6s euphorischer Schilderung ihrer Kursteilnahme lassen sich die Erfahrungen, die E4 während seiner Teilnahme am SOA vor sieben Semestern machte, als enttäuschend beschreiben. Bei der Evaluation hatte er die Frage nach dem Berufswunsch Chirurg nicht beantwortet. Er ist der einzige innerhalb der Experimentalgruppe, der den Kurs nicht beenden konnte, da er die praktischen Anforderungen nicht erfüllte. Im Interview erzählt er, dass der Kurs sein Interesse für das Fachgebiet abgeschwächt habe, was auf seine persönlichen Erfahrungen zurückzuführen ist, da er ihn als Fehlinvestition betrachtet: „Und es hat nicht funktioniert und das ist schon was frustrierend wenn man da Monate in Führungszeichen investiert, um dieses Zertifikat zu bekommen und letztendlich das nicht bekommt“ (E4, männlich, 26). Dennoch habe er durch den Kurs erkannt, dass ihm Nähen Spaß mache. Außerdem war er begeistert von den Dozenten, die sehr bemüht waren, den Studierenden eine gute und vernünftige Lehre zu bieten. Im Interview sagt E4, dass er was Chirurgisches machen möchte; am liebsten etwas mit kurzen OP-Zeiten wie HNO, aber letzten Endes sei er auch offen für andere chirurgische Fächer. Je nach dem was ihm von Arbeitgeberseite nach dem PJ, in welchem er sich gerade befindet, angeboten werde. So erwähnt er auf die Frage

nach Einflüssen auf seine Berufswahl die Aussage einer Fachärztin: „Also eine Fachärztin hat mir vor kurzem gesagt, man entscheidet sich für das, wo man dann die besten Lehrer hatte (lacht), weil die Lehrer sozu/ Also/ Ärzte, die dann am besten gelehrt haben, weil die halt letztendlich, die dann dazu führen das Fach beliebt zu machen“ (ebd.).

Je nach Fachabteilung gäbe „es immer unterschiedlichen Schlag Mensch, der dann auch meistens dort arbeitet“ (ebd.). Über Mediziner, die in der Unfallchirurgie arbeiten, erzählt er:

(...) so coolere Leute halt, die dann halt (...) eben (überlegt) ja mehr das Studium auf die LEICHTE Schulter nehmen. Sozusagen mehr Freizeit genießen. Also in dem Sinne aber auch lockerer sind. Sind nicht so verkrampft dann in diesem Beruf sind. Ja so irgendwie ist das Image, glaube ich. Und wie ich es dann jetzt auch erlebt habe (...) also ich find die auch relativ locker, aber es ist halt so. (ebd.)

Seine Kommilitonen hätten ein ähnliches Bild vom Image der Chirurgie und sogar die Eltern seiner Freundin wollten ihn aufgrund ihrer Auffassung über Chirurgen, von diesem Fachbereich abhalten: „Und die meinten dann, dass ich doch gar nicht in die Chirurgie soll, das sind dann halt eben solche Frauenhelden und solche Leute, die dann halt eben nicht (...) so in dem Sinne dann so standfest sind“ (ebd.).

Um H2 *„Der Kurs führt dazu, dass die Kosten-Nutzen-Bilanz der Medizinstudierenden ausgeglichen ist, weshalb sie keine Entscheidung fällen“* überprüfen zu können, werden im Folgenden näher die persönlichen Präferenzen für eine Fachrichtung, als auch die individuellen Erfahrungen der Befragten, beleuchtet: E1 kann zwei Präferenzen für sich als Facharzt ausmachen: „Also da schwanke ich noch zwischen chirurgischen Fächern und Narkosearzt. Dabei wägt er Kosten und Nutzen der Arbeitsumstände der Fachdisziplinen für sich persönlich ab:

Die Chirurgie ist eigentlich interessant weil man da viel mit den Händen machen kann und auch den Patienten geht es sofort besser, ne? Also man hat sich das Bein gebrochen und man flickt es wieder zusammen und ihm geht es gut. Also so denkbar einfach und man hat den Erfolg quasi direkt. Beim Narkosearzt sind es eher die Arbeitszeiten. Also für Familienplanung, da muss man nicht bis tief in die Nacht arbeiten. Ist also eher so der Hintergrund. (...) Aber man muss ja auch ein bisschen weiter denken: Man wird dann ja auch irgendwann mal alt und kann dann nicht mehr so lange arbeiten. Das ist dann schon so ein Ding. (E1, männlich, 21)

Wenn er sich zwischen diesen beiden Fachdisziplinen entscheiden müsse, würde er seine Facharztwahl von der Arbeitsatmosphäre in den zur auswahlstehenden Krankenhäusern abhängig machen. Er findet, dass hinter der chirurgischen Fachdisziplin mehr stecke als „nur Geschneide“, was jedoch die Ärzteschaft anders sehe: „Und innerhalb der Ärzteschaft sind die Chirurgen die eher so, die Metzger. Ich sag mal so, die sind schon die Beliebten, aber immer so ein bisschen belächelt“ (ebd.). Auf die Frage, was er gedacht habe, was ihn in dem Kurs erwartet, erwähnt er: „Davor war ich in einer

Narkoseabteilung und ich hatte ehrlich gesagt keine Ahnung“ (ebd.). Weiterhin besuchte er den Kurs sehr früh, bereits im dritten Semester der Vorklinik.

E2, die während des Interviews einen anderen Effekt des Kurses beschreibt, als sie damals auf dem Fragebogen angab, hat den SOA während ihres sechsten Semesters besucht. Sie könne Chirurgie, aufgrund der Arbeitsbedingungen und der eigenen persönlichen Einschätzung, mittlerweile ausschließen:

Also es ist doch sehr viel Arbeitsaufwand. Das habe ich gesehen. (...). Da hat eigentlich jeder, jeden Tag Überstunden gemacht. (...) aber das ist nicht so unbedingt das, wo ich hin will, weil das war doch schon sehr (...) ja (...) schon sehr karriereorientiert und das ist einfach nicht, nicht mein Ziel. (E2, weiblich, 24)

Weiterhin empfindet sie die Arbeitsbedingungen als „nicht familienfreundlich“, da sie davon ausgeht, dass eine Reduzierung der Arbeitszeit unter Chirurgen nicht gerne gesehen werde. In den ersten zwei Semestern sei es ihr schwer gefallen, sich für ein Fach zu entscheiden. Jedoch sagt sie, dass ihre Lieblingsfächer in dieser Zeit abhängig von den jeweiligen Dozenten waren: „Dann hatten wir irgendeinen neuen Dozenten und dann dachte ich: ‚Das hat der so schön erklärt‘ und dann hatte man richtig Lust das auch zu machen (schwärmend). Keine Ahnung, das hat mich dann irgendwie alles so, so begeistert“ (ebd.). Sie findet, dass es nicht grundsätzlich „schlechte“ Fächer gäbe, sondern diese so wahrgenommen werden, da ihr Inhalt von Dozenten “(...) einfach nicht gut vermittelt wird in dem Unterricht“ (ebd.).

Aktuell schwanke sie zwischen Neurologie, Anästhesie und Allgemeinmedizin. Auf Anästhesie sei sie zufällig gekommen, da sie ihr Wahlfach während der Studienzeit in dieser Fachrichtung belegte („Das war vorher so gar nicht bei mir auf dem Schirm“). Die dort gesammelten Erfahrungen, wie der Umgang mit den Patienten und die Arbeitsweise, haben sie in ihren Bann gezogen (vgl. ebd.). Auch ihre Famulaturen in Neurologie und Allgemeinmedizin fand sie „spannend“ und „toll“. Auf der neurologischen Station sei das Team „super nett“ gewesen und die „komplexen Krankheitsbilder“ mit vielen „Unklarheiten“ findet sie reizvoll. Der Allgemeinmediziner, bei dem sie famulierte sei „ein Hausarzt, wie er sein sollte (lachend)“ (ebd.). Bei ihm sei ihr viel erklärt und beigebracht worden. Auch wenn ihre Facharztpräferenzen weg von der Chirurgie geht, fand sie den Kurs SOA „richtig gut“. Sie erzählt insbesondere von einem Nachtdienst, in welchem ihr die verantwortliche Oberärztin „alles erklärt und alles gezeigt“ habe, was sie „richtig cool“ fand. Und die Betreuung während des Kurses empfand sie als sehr gut, aber auf der anderen Seite lernte sie die, für sie abschreckenden Arbeitsbedingungen, kennen.

E3 hat zwar zum Zeitpunkt der Kursteilnahme angegeben, vorher und nachher sicher gewesen zu sein, Chirurg werden zu wollen, dennoch revidiert er diese klare Präferenz, wie weiter oben bereits beschrieben, ein Jahr später während des Interviews. Der

Grund dafür sei, dass er im Verlaufe des Studiums neue Fachbereiche kennengelernt habe. Jedoch fasziniere ihn an der Chirurgie, dass man „den Erfolg eigentlich sofort unmittelbar nach der Operation sieht“ (E3, männlich, 22). So sagt er, dass Chirurgen „generell immer ein hohes Ansehen“ haben, da ihre Patienten ihnen – nachdem sie eine Operation benötigten – dankbar seien. Auch würden seine Kommilitonen in Ungarn zum chirurgischen Fachbereich tendieren. Über die Facharztrichtungen hatte er zum Zeitpunkt der Befragung „kaum einen Überblick“ (ebd.). Jedoch sagt er, dass ihm eine Wahl zwischen den Weiterbildungsmöglichkeiten einfacher fallen würde, wenn „für die gewisse Fachrichtung ein lockerer, cooler Dozent da auftritt und einem das Fachgebiet halt schmackhaft macht“ (ebd.).

E7, der ebenfalls angab, vor und nach Teilnahme sicher zu sein, Chirurg werden zu wollen, unterscheidet sich zu E3 darin, dass er sich zum Zeitpunkt des Interviews immer noch sicher sei, diese Fachrichtung zu wählen. Jedoch sagt auch E7, dass sein Berufswunsch schwankte, je nach dem „was man jetzt so gerade im Studium hatte“ und von der Art und Weise der Lehre abhing: „Wenn die was über ihr Fach erzählen und dann auch echt gut das rüberbringen, dann habe ich immer das Gefühl: ‚Okay, ja das könnte dich auch erfüllen dieses Fach. Das ist bestimmt geil, wenn du das MACHST‘“ (E7, männlich, 22). Er führt weiter aus: „Also so, weil DAS, was man jetzt gerade so gelernt hat, was frisch ist, da denkt man sich dann: (...) So, über dieses Fach würdest du gerne mehr erfahren“. Und habe mich dann für eine Famulatur beworben“ (ebd.). Doch scheint ihm bisher die Chirurgie am besten gefallen zu haben. Er sagt, dass das, was er vom Fach erwartet habe, auch erfüllt wurde. Jedoch sei seine finale Wahl „am Ende vom Studium jetzt noch nicht fertig gereift“ (ebd.).

E5 und E6 wurden beide, laut Evaluationsbogen, durch den Kurs überzeugt was Chirurgisches machen zu wollen. Wobei E6, die im Modellstudiengang studiert, sich ihren Aussagen zur Folge, sehr sicher zu sein scheint: Zwar hat sie im Gegensatz zu E5, die bereits seit mindestens 1,5 Jahren regelmäßig im Rufdienst in einer chirurgischen Abteilung arbeitet, keine berufliche Erfahrung in diesem Bereich. Jedoch gibt sie an, sich weiter nach Besuch des Kurses SOA über das Fachgebiet informiert zu haben. Zum einen habe sie am Angebot der Kampagne „Nur Mut zur Chirurgie“ teilgenommen und zum anderen Chirurgie im Wahlfach belegt: „Ich habe mich in diesem Bereich auch – würde ich sagen – noch weiterentwickelt“, „Also jetzt am Wochenende hatte ich wieder Chirurgiewahlfach an der Uni und habe daraus wieder profitiert“ (E6, weiblich, 23).

Beide Studentinnen erwähnen im Interview, dass die eigene Wahrnehmung der persönlichen körperlichen Konstitution, ihre Einstellung gegenüber der chirurgische Fachdisziplin beeinflusst hat:

Ja, ich wollte schon Orthopädin werden. (überlegt) Und (...) ich bin jetzt zu dem Entschluss gekommen, dass ich dafür nicht die Kraft habe (lacht). (...) Also man kann das als Frau auch gut durchziehen, aber ich bin (...) kein so (...) kräftiges Mädels und ich komme da schon im OP an meine Grenzen. Und ich denke mal, das/ oder ich kam zu dem Schluss (...), dass (...) da einige stärkere Frauen (lacht) oder Männer, da ein bisschen besser aufgehoben sind. (E5, weiblich, 24)

E6 sagt: „Ich habe mir irgendwie das nie zugetraut. Ich dachte immer so: ‚Sowas wirst du niemals können. Du kannst nicht so lange am OP-Tisch stehen. Du hast gar nicht die Kraft dazu‘“ (E6, weiblich, 23). Selbst E4, der sehr sportiv ist (er hatte neben seinem Medizinstudium wegen einem bestandenen Sporttest die Option auf Lehramt zu studieren) reflektiert seine Präferenz für eine Fachrichtung mit kurzen OP-Zeiten – neben dem Wunsch ein „cooles“ Team, das zu ihm passt – so:

(...) dass ich auch gemerkt habe, dass ich dann auch eventuell das gar nicht körperlich nicht schaffe. Mit Rückenschmerzen und alles Drum und Dran, was da auf einen zu kommt, deswegen/ deswegen überlege ich dann halt auch, dass ich dann wenn ich ÄLTER werde, also Ü40 oder so dann, dass ich dann eine Option habe (überlegt), ein Beruf auszuüben, der ja, der eben gesundheitsschonender ist. (E4 männlich, 26)

Um H3: *Personen sehen den Kurs, neben weiteren Angeboten für andere Fachrichtungen, als eine Möglichkeit Informationen zu gewinnen* zu überprüfen, werden folgend die wahrgenommenen Angebote und die Einstellungen der Befragten zu diesen herausgearbeitet. Dazu diente die Kategorie „Einstellung zu praktischen Angeboten“.

E1 kennt fakultätsspezifische Angebote, welche man zusätzlich zu den normalen Pflichtkursen belegen kann, jedoch müsse man sich „selbst drum kümmern“. Dabei sei außerdem die Zeit „ein limitierender Faktor“ (E1, männlich, 21). Dennoch hat er selber bereits an solch einem Angebot teilgenommen. Den SOA der DGAV hat er während der Vorklinik, die er bisher als anstrengendste Studienphase empfand, absolviert. E2 sagt ebenfalls, dass der zeitliche Aufwand, neben ausreichendem Interesse, für die Wahrnehmung eines weiteren Angebotes, ausschlaggebend sei. Sie kenne Summerschools und Kongresse, bei denen man sich weitere Fähigkeiten aneignen könne. E5 beschreibt in ihrer Aussage das Dilemma zwischen dem Wunsch nach mehr Praxiserfahrung und der zeitlichen Restriktionen während des Studiums für die Wahrnehmung solcher praktischen Angebote:

Weil ich nicht glaube, dass das Studium/ Also was ich eben gesagt habe, eigentlich kann einem das Studium nicht so viel Praxis bieten und würde einen dann zeitlich einschränken. Dann fände ich es auch wieder blöd, wenn man dann Pflichttermine hätte (lachend). Aber eigentlich finde ich es ganz cool, dass man so ein bisschen in ein Team reinwächst, gerade wenn man vorher gar keine Ahnung hatte, wie es in einem Krankenhaus abläuft. Finde ich das schon ganz sinnvoll. (E5, weiblich, 24)

Die meisten der Befragten (E1, E2, E6 und E7) würden an einem praktischen Angebot teilnehmen, wenn es sie thematisch interessieren würde. Weitere Anreize, die von den Befragten genannt werden, sind die Aneignung von neuem Wissen und Erfahrungen.

Des Weiteren sollte das Angebot kostenfrei und in der Nähe der Studierenden sein. E4 schlägt vor, mehr praktische Angebote in das Medizinstudium zu integrieren, wobei er sich zusätzlich mehr Wahlfreiheit wünsche (vgl. E4, männlich, 26). Ähnlich sieht das auch E6, die den Standpunkt vertritt, dass, „mehr Freiräume, so dass man seinen persönlichen Interessen im Studium nachgehen kann“ (E6, weiblich, 23) geschaffen werden sollten.

Auffällig ist, dass nur eine der Befragten, nämlich E6, an einem außeruniversitären, praktischen Angebot teilgenommen hat, obwohl alle Teilnehmer der Experimentalgruppe praktische Erfahrung als notwendig für die spätere Berufsausübung betrachten und sich mehr Berufspraxis während des Studiums wünschen: „Einfach generell Praxiserfahrung ist super wichtig. Das ist ja so das, was dir wirklich mal einen Einblick darin gibt, wie du später arbeiten wirst“ (E2, weiblich, 24). Der Befragte E1 äußert sich zur Berufspraxis: „Ja weil das was ist, was man – glaube ich – also theoretisch, in der Uni einfach nicht lernt. Das/ das gibt es nicht als Lehre. Das wird irgendwann einfach vorausgesetzt und man muss das irgendwie machen. Und zweitens, weil man viel Übung braucht. Und ich glaube im Rahmen von so einem Kurs kann man da eben viel Routine reinbringen“ (ebd. männlich, 21). E5 fühlt sich durch die universitäre Lehre nicht bereit für ihr späteres Berufsleben: „Finde ich schon, dass man unter dem Strich besser vorbereitet werden könnte durch die Uni. Aber vielleicht ändert sich das aber im PJ, ne?“ (E5, weiblich, 24). Trotzdem könnte die Art der Lehre sich auf die Wahl der Facharzt-richtung auswirken: „Ich glaube auch, dass man je nachdem, wie ein Fach in der Uni behandelt wurde, eher darin seinen Facharzt machen will, als in anderen Fächern. Also ich glaube schon, dass das ziemlich relevant ist“ (E5, weiblich, 24). E6 findet, dass die Lehre an der Universität im Gegensatz zu der des SOA schlechter sei: „Gerade im Vergleich zur Uni, wo man ja denken würde: ‚Okay hier ist eigentlich/ hier sollte die Lehre sehr gut sein‘ da war es halt in der Klinik um Welten besser. Also ich hab da viel mehr gelernt, als ich hier im Studentenunterricht lernen würde“ (E6, weiblich, 23). Sie wurde bereits auf ihre Nähfertigkeiten, die sie im Kurs erlernt hat, angesprochen: „Mich hat sogar hier der Chef angesprochen, weil ich mal irgendwie/ Also/ Hier an der Uni im OP mit dem war. Und er so meinte: ‚Wievieltes Semester? Wieso können sie nähen?‘ Dann hab ich das halt erzählt“ (ebd.). So könne man sich bei schlechter Lehre, den Kurs von vornherein sparen, findet E7:

(...) dass man vielleicht auch sich Gedanken macht, wer die Lehre überhaupt macht. Mal manchmal hat man Leute da stehen, die JA, die wurden dazu befohlen die Lehre zu machen, und das merkt man dann auch. Also, dann KANN MAN auch die Veranstaltung SEIN lassen (...). Dann finde ich es ist immer verschwendete Zeit. (E7, männlich, 22)

Der Befragte, der sein Studium in Ungarn begonnen hat, wo das Medizinstudium anders strukturiert ist, als Hierzulande, bemängelte: „Ich fände es schöner, wenn man in

der Vorklinik ein bisschen mehr eingebunden würde in die Klinik“ (E3 männlich, 22). E4 sieht dies genauso, da er findet, „dass man am Anfang gar nicht unbedingt wirklich weiß, ob der Arztberuf irgendwas (...) ist für einen“ (männlich, 26) und durch praktische Anteile zu Beginn des Studiums könne man dies schneller herausfinden. E6, die als Einzige der Experimentalgruppe die den Modellstudiengang belegt hat, beschreibt, dass sie durch die frühe Verknüpfung von praktischen Anteilen mit der entsprechenden Theorie dahinter, die Krankheitsbilder besser erlernen kann (vgl. weiblich, 23). So wünscht sie sich noch mehr praktische Erfahrung: „Ich würde mir sogar noch wünschen, dass ich persönlich halt noch VIEL mehr lernen könnte. Dass ich es häufiger wiederholen könnte unter Aufsicht“ (E6, weiblich, 23). Hierzu lässt sich ergänzend E7 zitieren: „Ja ich glaube zu einem Job gehört auch viel mehr, als nur das Medizinisch-Fachliche, aber das ist halt schwierig zu vermitteln“ (E7, männlich, 22).

Auffällig ist, dass fast alle der Befragten, die in Deutschland studieren, die Arbeitsbelastung durch das Studium – vor allem im vorklinischen Teil – als hoch empfinden: „Ja also in den ersten vier Semester, also bis Physikum, ist es schon sehr viel Studium“ (E1, männlich, 21), „(...) die Vorklinik war nicht so toll. Das war ein bisschen anstrengend und sehr theoretisch und sehr viel lernen, und sehr viel Druck“ (E2, weiblich, 24), „Als ich das Physikum geschrieben habe, war es nicht ganz so einfach (...)“ (E7, männlich, 22). E4 beschreibt seinen Studienalltag während der ersten vier Semester so: „(...) war jetzt teilweise schon anstrengend, weil da war man wirklich von acht bis zwei drei Uhr Vorlesung hatte. Ist dann nach Hause gegangen und hat dann bis acht Uhr weitergelernt. Bis acht Uhr mindestens und meistens auch länger (lacht)“ (E4, männlich, 26). Auch E5, die als Kind einen Krankheitsfall in der Familie hatte und deswegen das Medizinstudium aufnahm, war während der Vorklinik „ein bisschen gestresster“ und musste ihr „Privatleben ein bisschen mehr einschränken“ (E5, weiblich, 24). E6 erzählt: „Also ganz ehrlich gesagt (lacht), bis zum sechsten Semester fand ich es sehr anstrengend und auch nicht alles super interessant“ (E6, weiblich, 23). Lediglich E3, der in Ungarn studiert, hat ein anderes Empfinden:

(...) dass ich gedacht hätte dass es [das Studium] schwieriger sei, weil man am Anfang immer (überlegt) Angst gemacht bekommt (...) Die meisten Ärzte sagen, die würden nie wieder Medizin studieren, wegen des Lernaufwandes. Und da hat man da am Anfang, wenn man noch nicht Erfahrung gemacht hat in dem Studium, dann denkt mal das wirklich. So sehr anstrengend, dass man halt wirklich von MORGENS bis abends lernen muss, aber so empfinde ich das selber halt nicht.
(E3, männlich, 22)

Um H4: *Der Nutzen aus der Teilnahme am Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ definiert sich durch andere Faktoren, als durch eine Vergewisserung bezüglich des Berufswunsches Chirurg* überprüfen zu können, soll ein Blick auf die Teilnahmeentscheidung der Befragten geworfen werden:

Die Befragten E2, E4 und E6 haben von dem Kurs aus ihrem sozialen Umfeld erfahren; entweder von Kommilitonen oder Freunden: E2 nahm am Kurs teil, da sie von einem Freund, der bereits zuvor das Zertifikat erlangte, gehört hatte, dass „die Betreuung da sehr gut ist. Dass man anhand von diesen PLAN einfach so feste OP-Zeiten erfüllen muss und dadurch eben viel machen kann und viel sieht und auch wirklich drauf geachtet wird, dass die Studenten was machen, und was lernen“ (E2, weiblich, 24). Weiter erzählt sie: „Weil ich finde es ist trotzdem wichtig und man sollte – und jeder Mediziner sollte sich damit ein bisschen auskennen, auch wenn er das Fach jetzt später nicht machen will – anständig nähen können. Und sowas ist trotzdem nicht verkehrt“ (ebd.). Als Gründe für ihre Teilnahme nennt sie weiterhin „Ja ich fand es einfach gut, dass es ein bisschen strukturiert ist und ich hatte eigentlich auch den Plan gehabt, dass ich das dann vielleicht als Nebenjob weiterführen kann“ (ebd.). E2, deren große Schwester Fachärztin für Pädiatrie ist, kann Chirurgie für sich selber ausschließen. Über Mediziner, die im chirurgischen Bereich tätig sind, sagt sie: „Also die Chirurgen sind Arbeitstiere und JA (...). Und sind meistens auch sehr überzeugt von sich selbst und von dem was sie tun (schmunzelnd) und (...) ja. Das Image der Chirurgie ist nicht immer so ein schönes und es ist sehr LAUT und die Hierarchie ist sehr streng“ (E2, weiblich, 24). Mitstudierende würden dies ähnlich beurteilen.

Der Befragte E4 hat bereits während seiner Schulzeit ein Praktikum im Krankenhaus gemacht und sein Bruder, der damals bereits Medizin studierte nahm ihn mit zu seinen Präparationskursen. Seitdem war E4 fasziniert von der Anatomie des Menschen. Als Auslöser für die Anmeldung zum Kurs nennt er mehrere Gründe: Zum einen wurde ihm der SOA durch eine Kommilitonin empfohlen, die ihm alle relevanten Informationen zur Anmeldung gab, was ihm zu Gute kam, da er sich selber nicht als „der Motivierteste“ beschreibt. Zum anderen erhoffte er, mithilfe seiner Teilnahme einen Nebenjob zu erhalten, da sein Stipendium zu diesem Zeitpunkt auslief, und er deshalb weniger Geld zur Verfügung hatte. Weiterhin habe er gedacht: „Ja, kann man mal machen. Mich interessiert die Chirurgie und sieht ja nicht schlecht aus wenn man ein Zertifikat hat“, „(...) dass ich das Zertifikat dann für später irgendwie brauche, dass das halt für die Bewerbung oder so ja ganz nett aussieht, wenn man halt irgendwie Engagement zeigt“ (E4, männlich, 26). Außerdem sei das praktische, chirurgische Arbeiten ein Anreiz, am Kurs teilzunehmen: „Das ist das, was die Studenten am MEISTEN reizt: wenn die Operation dann halt letztendlich um ist, und man lange den Haken gehalten hat, dann letztendlich die Wunde auch zunähen darf“ (ebd.). E6 hatte während der Schulzeit einen Freund, der vor ihr das Medizinstudium begonnen hat, weshalb sie begann sich mit dessen Inhalten auseinanderzusetzen. So kam es, dass sie ein Schulpraktikum bei einem Hausarzt machte. Als sie dann im vierten Semester von ihrem Lebenspartner, der

ebenfalls auch Mediziner ist, von dem Kurs hörte, meldete sie sich an. Dies ist verwunderlich, da sie vorher kein positives Bild über diese Fachrichtung hatte:

Ich hatte immer gedacht: ‚Chirurgie, das ist was für Leute, die keinen Bock auf Freizeit haben. Und (überlegt) warum sollte ich das machen? Da habe ich ja nichts mehr vom Leben. Und ich finde es sowieso blöd. Ich glaube, ich kann nicht im OP stehen. Und ich werde das eh nie lernen können‘. So, das war meine ja Meinung dazu – was man halt so eher mitbekommen hat von den höheren Semestern oder von anderen Leuten. (E6, weiblich, 23)

Mittlerweile ist ihr Bild über die Fachrichtung fundierter geworden. Die oftmals negativ dargestellten Arbeitsbedingungen lassen sich ihrer Meinung nach angesichts der Arbeitsinhalte erklären:

Also ICH persönlich habe die Erfahrung gemacht, dass man von auch älteren Chefärzten, die garantiert noch genau diese Hierarchie hatten und auch so diesen typischen harten Ton erlernt haben, super viel lernen kann (...). Dass es natürlich einen rauen Ton teilweise gibt. Aber ich kann mit dem irgendwie umgehen, weil man sich bewusst sein muss: Okay, da geht es jetzt mal auch um Leben und Tod, oder was auch immer. Was natürlich klar ist. (ebd.)

E3 und E5 haben durch ihre berufliche Tätigkeit von dem Zertifikat erfahren: E3, der als Motivation für sein Studium sagt, dass es die passendste Berufung für ihn sei und seine Eltern (Mutter OP-Schwester und Vater Arzt) als „Vorbilder“ bezeichnet, hat bereits während seines Abiturs ein Schulpraktikum im OP gemacht. Grund dafür sei gewesen, dass ihn die Anatomie des Menschen schon immer interessierte. Danach arbeitete er weiterhin während der Schulferien in dem Krankenhaus als „Hakenhalter“, wo er Medizinstudierende antraf, die am SOA teilnahmen:

(...) dort waren dann immer die Studenten, wobei ich immer schon eine gewisse Eifersucht hatte, weil ich ja auch studieren möchte/ wollte. Und da hab ich halt immer gesagt, wenn ich dann später auch mal studiere, dann werde ich das auf jeden Fall machen, weil es halt schon was Schönes ist. Weil man dann einen tiefen Einblick bekommt, als wenn man nur immer also immer nur Haken hält oder was Ähnliches macht (...). (E3, männlich, 22)

Weiterhin erwähnt er, dass er sich durch das Zertifikat erhoffe in Deutschland eher einen Studienplatz zu erlangen und in einem Krankenhaus als „Hofassistent arbeiten“ zu können. Nach der Teilnahme wurde ihm seitens der entsprechenden Klinik eine Stelle angeboten, die er aber aufgrund der Distanz zu seinem Studienort in Ungarn, nicht antreten konnte. Dagegen arbeitet E5 nach wie vor in der Klinik, durch die sie vom Kurs erfahren hatte: E5, die sich selber als „nicht der krasse Karrieremensch“ beschreibt, hat ihre Famulatur in einer chirurgischen Abteilung gemacht. Sie wurde von dem Vater einer Freundin gefragt, der dort leitender Oberarzt ist, ob sie im Anschluss an die Famulatur, im Rufdienst dieses Krankenhauses weiterarbeiten möchte. „Ich habe damals auch überlegt, ob ich das jetzt überhaupt machen will, weil ich habe mich davor nicht so in der Chirurgie gesehen hätte“ (E5, weiblich, 24). Über Chirurgen dachte sie:

Also, ich habe mir die früher immer machohaft vorgestellt und es hat sich auch teilweise bestätigt (...). Das sind schon oft auch spezielle Charaktere, nicht jeder (...) nicht jedem würde ich jetzt zuschreiben, dass er irgendwie in die Chirurgie passt, weil man sich da schon ein bisschen durchkämpfen muss. Aber ich glaube das sind schon sehr selbstbewusste Menschen unter dem Strich. (ebd.)

Diese Erfahrung hätten ebenfalls ihre Kommilitonen gemacht: „Die Pflichtpraktika, die wir machen MUSSTEN, ja da haben die meisten nicht so gute Erfahrungen gemacht. Von daher ist das unter dem Strich nicht so gut. (...) Mega die Machos, gerade gegenüber Frauen“ (ebd.). Dennoch glaubt sie, dass Chirurgen von der Gesellschaft hoch angesehen werden, und erzählt von ihrer Mutter, die „hat immer gesagt: ‚Chirurgie ist die Königsdisziplin!‘, obwohl sie davon gar keine Ahnung hat“ (ebd.). Der Grund für diese Glorifizierung läge an der Unwissenheit der Menschen und der medialen Präsentation dieses Berufes „was mehr Eindruck macht, als zum Beispiel ein Hausarzt, zu dem man sehr viel Kontakt hat und bei dem man einigermaßen einschätzen kann, was der so den ganzen Tag macht“ (ebd.). Trotz des negativen Bildes über die Fachdisziplin trat sie die ihr offerierte Stelle in dem Krankenhaus an. Einige Zeit später wurde sie durch Verantwortliche im Krankenhaus gefragt, ob sie dort den SOA absolvieren möchte. Viel Aufwand musste sie dafür nicht mehr betreiben denn sie „hatte den OP-Katalog quasi schon fertig“, welchen sie erfüllen musste. Außerdem fand sie es „ganz cool, dass man sowas am Schluss schriftlich hat“ (ebd.). E1 (männlich, 21), dessen Eltern ebenfalls im medizinischen Sektor als Zahnmediziner und Krankenschwester tätig sind, hat vom SOA in der Zeitung gelesen und sich daraufhin, während seines dritten Semesters, angemeldet. Er sagt, er habe bereits in seiner Schulzeit ein Praktikum in der Chirurgie-Abteilung eines Krankenhauses gemacht. Rückblickend sagt er, dass er froh sei, dieses Zertifikat gemacht zu haben, denn viele Kommilitonen, die nun auch im achten Semester sind „haben im OP noch nie nähen dürfen“. „Und in einer Uniklinik oder wenn man wo anderes im OP steht, dann wird man nur gefragt: ‚Kann man das oder kann man das nicht?‘ Und wenn man das nicht kann, dann kriegt man das auch nicht beigebracht“ (E1, männlich, 21). So habe er „nicht nur die OP-Fertigkeiten gelernt, sondern auch das Verhalten im OP. Was eben viel Übung und Routine eigentlich braucht“ (ebd.).

Während eines Kurses zur Viszeral- und Thoraxchirurgie wurde E7 gefragt, ob er im Rahmen einer Famulatur am Zertifikat teilnehmen wolle. Er erhoffte sich von der Teilnahme, dass er vielen Operationen beiwohnen könne und den Stationsalltag miterlebe, weshalb er sich zur Teilnahme entschloss. Außerdem habe er sich „auch schon recht früh für den chirurgischen Bereich interessiert, weil ich fand es immer schön, diese Abwechslung im Beruf“ (E7, männlich, 22). Weiterhin erzählt er, dass er als Kind viel Zeit im Krankenhaus verbringen musste, und er „fand es halt immer eigentlich ganz cool, so was die da geleistet haben“ (E7, männlich, 22). Deshalb vermutet er reflexiv,

dass dies den Gedanken, überhaupt Medizin zu studieren, begünstigt habe (vgl. E7, männlich, 22).

Inwiefern sich der Klinikstandort auf den Wunsch Chirurg zu werden auswirkt ist schwer zu beurteilen, da die Befragten E1, E3 und E6 unterschiedliche Aussagen über die Zeit während des SOA machen. Festzuhalten sei an dieser Stelle, dass für alle drei eine chirurgische Fachdisziplin in Frage käme.

Im Gegensatz zu der gerade behandelten Gruppe der Befragten, hat die Kontrollgruppe am Kurs SOA nie teilgenommen. Für die Kontrollgruppe konnten sechs Personen befragt werden. Zwei von ihnen sind weiblich (K1 und K6) und die anderen vier Befragten männlich. Auch innerhalb dieser Gruppe variiert der Studienfortschritt. K1 (weiblich, 27) und K2 (männlich, 29) befinden sich in der Vorklinik, wohingegen K4 (männlich, 25), K5 (männlich, 31) und K6 (weiblich, 32) bereits im Praktischen Jahr sind. K3 (männlich, 25) ist im zehnten Fachsemester, somit im klinischen Teil der ärztlichen Ausbildung. Auch in der Kontrollgruppe gibt es einen Befragten (K2, männlich, 29), der das Studium im Ausland aufgenommen hat. Die Präferenzordnung dieser Befragtengruppe für bestimmte Facharzttrichtungen, welche sie nach erfolgreichem Abschluss des Studiums wählen können, wurde nicht durch den SOA beeinflusst. Deshalb wird im Folgenden näher beleuchtet, welche Fachbereiche für die Befragten der Kontrollgruppe in Frage kommen und welche Gründe dies hat, um daraus aufschlussreiche Erkenntnisse über Faktoren, die die Facharztwahl beeinflussen, zu erlangen. Außerdem ist es hilfreich die Einstellung zu praktischen Angeboten während der Studienzeit näher zu beleuchten, um daraus hilfreiche Schlüsse für das Angebot des SOA der DGAV abzuleiten.

K3 (männlich, 25) und K4 (männlich, 25) sind die einzigen Teilnehmer der Kontrollgruppe, die im unmittelbaren Anschluss an das Abitur mit dem Medizinstudium begannen. Die Entscheidung, das Medizinstudium aufzunehmen, begründet K3 mit seinen guten Noten und seinem Interesse für den menschlichen Körper. Weiterhin erwähnt er seinen Nachbarn, der Arzt war und ihm interessante Sachen erzählt habe und nennt als weiteren Grund für diese Bildungsentscheidung Arztfernsehserien (Dr. House, Emergency Room, Scrubs), die er „schon immer ganz cool“ fand (K3, männlich, 25). Er findet, dass man „praktische Sachen nicht so gut“ an der Universität lerne, da die Lehre dort „sehr schulisch, sehr theoretisch ist“. Und deshalb müsse man selber Elan mitbringen um Berufspraxis zu sammeln. Jedoch waren ihm Angebote der Universität, die das praktische Arbeiten fokussieren „zu zeitaufwendig“. Dennoch macht er sich keine Gedanken darüber, ob seine praktischen Kenntnisse später im Berufsleben ausreichen werden: „Ja, learning by doing halt, ne? Und ich denke, dass das im Endeffekt, wenn

man ans Arbeiten mal ankommt/ Ja das hat man das tausend Mal gemacht. Dann wird man richtig gut. Dann sticht man auch damit hervor“ (ebd.).

Der Student befindet sich mittlerweile im zehnten Semester. Zwar sagt er, dass er einen „wirklich sehr guten Überblick“ über die Fachbereiche habe, jedoch sei er sich kurz vor dem Praktischen Jahr „noch nicht ganz hundertprozentig sicher“, welcher Facharzt für ihn in Frage käme. Aktuell sei sein Favorit die Innere Medizin, wobei er auch Onkologie mit in die engere Auswahl ziehen würde. An der Inneren Medizin mag er das „Detektiv-Spielen“, was er mit dem „Arztsein“ verbinde. Zu Onkologie sagt er: „Ich habe da Famulatur für vier Wochen in einem Krankenhaus gemacht. Bin ich auf die onkologische Station gekommen und das war gar nicht so schlimm, wie ich gedacht hatte. Und ganz im Gegenteil, es hat mir sehr viel Spaß gemacht“ (ebd.). Sein Berufswunsch sei, je nach Studienschwerpunkten, geschwankt: „Dann fand man Dermatologie ganz toll, fand man die Urologie ganz toll und dann kommen auch wieder andere Fächer hinzu, wo man merkt, das ist doch nicht ganz so toll. Und dann/ Also eigentlich war der Berufswunsch bei mir/ war relativ stark im Wandel“ (ebd.). Seine finale Entscheidung wird er wahrscheinlich erst nach dem PJ treffen können, „(...) wenn man dann wirklich vier Monate am Stück in einer Abteilung arbeitet und so erfährt: ‚Ist das was für mich oder nicht?‘“ Er würde dann sogar einen Facharzt in Chirurgie nicht ausschließen, obwohl seine persönlichen Erfahrungen, die er in Famulaturen und während seines Nebenjobs als Pflegekraft in der Herzthoraxchirurgie machte, negativ sind:

Also bisher bin ich wenig Chirurgen begegnet, die wirklich sehr sympathisch waren. Immer wenn ich in der Chirurgie selber arbeiten musste, war das eine sehr, sehr strenge Hierarchieordnung, noch wie vor dreißig Jahren. Und ein/ einem wird/ Also so sehr rauer Umgangston. Also da fühlte ich mich bisher noch nie gut aufgehoben. (ebd.)

Seine Kommilitonen würden das Image der Chirurgie ähnlich wahrnehmen, und zwischen Internisten als „Schreibtischhocker[n]“ und „machomäßigeren“ Chirurgen unterscheiden. Im Gegensatz zu Medizinern würde die Bevölkerung, die keine Berührungspunkte mit diesem Fachbereich hat, das Image positiv beurteilen: „Ich glaube das Image in der Allgemeinbevölkerung ist eigentlich eher gut von Chirurgen, weil die arbeiten an einem, und man ist halt direkt geheilt, im besten Fall. (...) die sehen sehr schnell einen Erfolg“ (ebd.).

K4, der sich zum Zeitpunkt der Befragung im PJ befand und nebenher noch als Werkstudent in einer Notaufnahme eines Krankenhauses arbeitet, hat eine ähnliche Meinung, wie K3, über die Arbeitsbedingungen in der Chirurgie:

Weil da noch sehr hierarchische Strukturen herrschen – in denn aller meisten Kliniken zumindest. Und weil da noch/ Also da ist einfach sehr, sehr viel Stress, den man sich gerne antun kann, aber/ Also ich glaube das sind auch die Fachrichtungen, wo die meisten Leute rauchen (lachend) – habe ich das Gefühl – um da ir-

gendwie den Stress abzubauen. Und da herrscht auch ein etwas rauerer Ton. (K4, männlich, 25)

Ähnlich wie die Begründung von K3, Internist werden zu wollen, trifft K4 folgende Aussage: „Dass man halt als Chirurg, Chirurg ist; und nicht Arzt. Als Internist ist man Arzt, gefühlt. Also das ist auch so gefühlt die einzige Fachrichtung, wo man richtiger Arzt ist, weil er sich das Ganze anschaut“ (männlich, 25). K4 ist der Meinung, dass seine Kommilitonen das Image der Chirurgie ähnlich wahrnehmen würden, wohingegen Nichtmediziner das Image unterschiedlich – je nach Grad der Urbanität – empfinden würden. So würden Personen die in städtischen Regionen wohnen, weniger Vertrauen gegenüber Chirurgen empfinden, als Personen in ländlicheren Regionen. K4 hat einen Nebenjob in der Notaufnahme eines Krankenhauses, weshalb er der Überzeugung ist, dass er nach dem PJ mit „einigen an praktische[r] Erfahrung in den Job“ starten würde. Diese Erfahrung bewertet er positiv: „doch die praktischen Erfahrungen bringen mir extrem viel für das weitere/ für das weitere Berufsleben“ (ebd.). Vor allem sei Praxis im chirurgischen Sektor unerlässlich: „Weil Chirurgie ist eines der Fächer, wo man einfach stunden-, tage-, wochen-, monate-, jahrelang üben, üben, üben muss. Und jede Möglichkeit, die sich einem ergibt, finde ich gut zu nutzen“ (ebd.). Nutzen würde er solche Angebote außerdem, wenn diese nicht zu teuer seien und er etwas Neues lernen könne.

Mit seinem Studiengang ist er zufrieden, da er bereits während des dritten Semester praktische Anteile im Studium hatte, welche ihm mehr gelegen hätten, als die theoretischen (ebd.). Allerdings sei auch in dem Modellstudiengang die Arbeitsbelastung vor dem ersten Staatsexamen groß: „(...) das erste Staatsexamen. Weil das ist so strukturiert, dass man nicht so ganz festgelegt hat, was man dafür können muss. Sondern, dass ufert einfach aus. Und man kann in der Zeit niemals alles lernen, weil alles kriegt man sowieso nicht rein“ (ebd.). Mittlerweile hat sich bei ihm Urologie als erste Facharztpräferenz herausgebildet. Argumente dafür seien, dass er in diesem Fach Patientenkontakt habe, die Option sich niederzulassen und das Arbeitsumfeld bisher das Beste sei. „Ich habe bis jetzt noch nie ein so gutes Umfeld erlebt. Also wie in urologischen Kliniken. Und das zieht sich durch. Ich war schon in mehreren Urologien. Ich habe nur entspannte, nette Assistenzärzte gesehen und in der Regel sind auch die Patienten gut drauf“ (ebd.). Weiterhin sei dies auch eine Fachrichtung, die „besser mit einem familiärem Alltag, mit Freunden vereinbar ist, als diverse andere Fächer“ (ebd.). Falls er keine Stelle als Assistenzarzt in diesem Fach finden wird, macht er seine Berufswahl von den „Team[s]“ in den jeweiligen Krankenhäusern abhängig:

Also ich habe jetzt auch im PJ gemerkt, dass mir Innere wesentlich mehr Spaß macht, als ich es vorher gedacht hätte. Und ich muss auch sagen, wenn ich jetzt widererwarten nirgendwo eine Urologiestelle finden würde, würde ich auch überlegen in der Inneren anzufangen, weil das Team hier ist cool. (ebd.)

Eine universitäre Karriere könne er ausschließen, da er bei seiner Ex-Freundin gesehen habe, dass diese mit hoher Arbeitszeit verbunden sei: „Im ersten Jahr ist die morgens um sieben aus dem Haus gekommen und ist abends irgendwann zwischen halb elf und ein Uhr zurückgekommen“ (ebd.).

Zum Verlauf seines Berufswunsches während seines Studiums sagt er: „Am Anfang, als ich noch keine Ahnung hatte, wusste ich nur, dass ich was Chirurgisches machen wollte“ (ebd.). Er begründet dies mit seinen taktilen und haptischen Fähigkeiten. Er führt aus, dass der Berufswunsch davon abhängig sei, welche Erfahrungen man im Laufe des Studiums in den Kliniken durch Praktika, Famulaturen und im PJ mache „und wo man zufällig hingerrät“ (ebd.) Eine konkretere Einschätzung gibt er über den Berufswunsch von Personen ab, die vorher in einem bestimmten Bereich gearbeitet haben:

Also, was ich glaube ich durchzieht ist, dass die Leute, die vorher im Rettungsdienst oder in der Anästhesie oder auf der Intensivmedizin vor dem Studium waren, die werden in der Regel alle Anästhesie machen. Also das sieht man ganz, ganz häufig. Daraus akquiriert gefühlt die Anästhesie einen Großteil ihrer Pat/ ihrer Assistenzärzte. (ebd.)

Diese Aussage wird von K1's Facharztpräferenz gestützt, denn sie zieht unter anderem diesen Fachbereich vor. Die Studentin, die sich mit ihren 27 Jahren gerade im zweiten Semester befindet, machte vor ihrem Studium, neben einem Freiwilligen Sozialen Jahr in der Anästhesie, eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin. Dort hatte sie „einen richtig tollen Mentor“, der sie „an die Hand genommen“ und hinter ihr gestanden habe (vgl. K1, weiblich, 17). Während der Ausbildung fühlte sie sich sehr wohl in ihrem Team, was sie nochmals betont:

Und die Sicherheit, den Teamgedanken, den man dann entwickelt. Die tollen Kollegen, die man dann hat. Das war wirklich so, dass man, ja, im Team gearbeitet hat und aufeinander zählen musste. Weil in der Notfallsituation geht es halt nicht, dass da einer nicht mitmacht. Und das war vom Gefühl zum Team dazuzugehören. (ebd.)

Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung hat sie noch weitere drei Jahre in ihrem Beruf, in der Anästhesie, gearbeitet. Über diese Zeit mit viel praktischer Berufserfahrung, sagt sie bezogen auf ihr zweites Fachsemester, in welchem sie sich gerade befindet: „Momentan ist es so, dass es viele Sachen sind, die mich anstrengen. Weil das einfach nicht praxisbezogen ist“ (ebd.).

Über die Anästhesie erzählt sie: „Das ist ja da, wo ich groß geworden bin im Krankenhaus quasi. Super spannend.“, „Anästhesie ist ein Fach, das super vielfältig ist. (...) Das hat mich sehr daran fasziniert, dass es so vielseitig war“ (ebd.). Für Endokrinologie interessiert sie sich auch, da sie es „wahnsinnig spannend“ und es „so ein bisschen wie Detektivarbeit“ findet und es „nicht so viele Experten“ mit dieser Fachrichtung gäbe

(ebd.). Bezogen auf diese zwei Facharztpräferenzen räumt sie ein, dass sie jedoch längst nicht alle Fakultäten und das, was sie interessiere, gesehen habe, weshalb ihre finale Facharztwahl noch ausstehe (vgl. ebd.): „Also ich bin da trotzdem noch offen. Vielleicht gehe ich in die Kinderonkologie, das ist zwar wahnsinnig (...) toll in dem Team und das beeinflusst mich dann, dass ich denke: ‚Okay, vielleicht ist es das‘. Ich weiß es nicht. Also ich habe noch längst nicht alles gesehen“ (ebd.). Sie forcieren keine Entscheidung für einen Karriereweg: „Weil das einfach noch so weit weg ist, dass wenn man halt fertiger Arzt ist. Also eine grobe Richtung hat man natürlich. Aber die Angebote sind da, sich zu informieren, das auf jeden Fall“ (ebd.). Dennoch kann sie eine chirurgische Facharztkarriere ausschließen, da sie bereits sechs Jahre lang im Krankenhaus gearbeitet hat:

Ich war ja in einem besonderen Bereich, der mich sehr interessiert und wo ich dann sagen kann: ‚Okay, Chirurgie wird es nicht sein für mich‘. Das ist einfach zu sehr Ellenbogengesellschaft und ja. Ich habe einfach auch nicht so das Interesse daran zu schneiden. Für mich ist es jetzt nicht so interessant, wie der Chirurg, der sagt: ‚Jemand kommt mit einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus. Ich operiere ihn und er kann wieder gehen. Ich habe das vollbracht‘. Also das interessiert mich nicht. (ebd.)

Weiterhin erwähnt sie, dass sie „dieses Hierarchische: Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt, Hakenhalter“ abschreckend fand und sie die Arbeit aufgrund vieler Rezidiv-OP's¹² als frustrierend empfand (vgl. K1, weiblich, 27). Außerdem wolle sie nicht so werden wie die kinderlosen Chirurginnen, die sie kennt. Sie würde bei ihrer Meinung über den Fachbereich, zwar differenziert nach Personen beurteilen, jedoch würde es dennoch Leute in dieser Fachrichtung geben, „die ebenso ein bisschen nazistisch den Götterkomplex wirklich noch, ja, mit der Muttermilch aufgesogen haben, weil der Vater auch schon Chefarzt war. So würde unter ihren Kommilitonen, „oft schon von dem ja Götterkomplex-Chefarzt geredet. (...) Der FACHLICH vielleicht auch richtig gut ist; und Soziale Kompetenz SECHS oder so“ (ebd.). Bezogen auf das wahrgenommene Image der Chirurgen in der Bevölkerung, differenziert sie ähnlich wie K4, nach zwei Kriterien: So meint die Befragte, dass die ältere Generation den Chirurgen größeres Vertrauen entgegen brächte, wohingegen jüngere Menschen eher Google, hinsichtlich einer Diagnose, vertrauen würden (vgl. ebd.). Für das Medizinstudium habe sich die Stipendiatin entschlossen, nachdem sie Vor- und Nachteile einer Fachweiterbildung zur Intensiv- und Anästhesiekrankenschwester abwog:

Und ja, das ist schon recht viel Geld, was man da reinsteckt (überlegt) und im Endeffekt nicht wieder rauskriegt. Also da war für mich (...) die ZEIT noch ein bisschen zu warten, bis ich einen Medizinstudienplatz bekomme, attraktiver, als zu wissen: ich stecke 10.000 Euro rein und kriege pro Monat 80 Euro netto wieder. Kann man sich ja ausrechnen, wie lange das dauert, bis sich das rentiert. (ebd.)

¹² Folge-Operationen, welche durchgeführt werden, da das selbe Symptom nach vorrausgegangener Operation wieder auftritt.

Zwar habe sie sich vorher Gedanken darüber gemacht, ob sie nicht bereits zu alt für ein Medizinstudium sei, aber im Gegensatz zu „den Leuten, die direkt vom Abi kommen“, habe sie den „klinischen Blick, wie es heißt, den man nicht im Studium lernen kann“ (ebd.).

K6, die vor Beginn ihres Studiums genau wie K1 eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin machte, findet auch, dass das Studium einem nicht das mitgäbe, was man später im Beruf benötige: „(...) dass man NICHT von dem Studentenstatus direkt in den Assistenzarztstatus reingeworfen wird. Weil DAFÜR werden wir im PJ einfach zu sehr ausgenutzt und du kriegst GAR NICHT das mit, was du wirklich nachher brauchst“ (K6, weiblich, 32). Im Gegensatz zu K1, ist ihre Meinung über die chirurgischen Fachbereiche so: „ICH bin Chirurgie-Schwester. Ich liebe die Chirurgie! (...) Also bin in der Chirurgie groß geworden und ich liebe die Chirurgie! Ich mag das total, dass (...) da KLARE st/ strikte Anweisungen gegeben werden ohne viel Drumherum-Gepuffe, und ja“ (ebd.). Dennoch findet sie, dass der Fachbereich was die Arbeitszeiten angeht, angesichts des Frauenanteils, flexibler werden müsse (vgl. ebd.). Ob man mit den Arbeitsbedingungen dort klar käme, läge daran, was man selber für einen Charakter hätte (vgl. ebd.). Deshalb könne man nicht alle Chirurgen über einen Kamm scheren:

Ich würde die Chirurgie nicht in einen Topf werfen. Es gibt ganz tolle Chirurgen. Es gibt richtige Arschlöcher (lachend) und ja. Wer hat Bock für ein Arschloch zu arbeiten? Keiner! Ob die jetzt Internisten sind, oder Chirurgen. (...) Also ich habe viel schlimmere Internisten jetzt kennengelernt, als ich Chirurgen kennengelernt habe. (K6, weiblich, 32)

Die Frage nach dem Image in der Allgemeinbevölkerung verstand die Befragte falsch, wahrscheinlich aufgrund eines Halo-Effektes¹³: Sie erwähnte in ihrer Antwort auf die davor gestellte Frage, dass sie kürzlich einen Chirurgen-Kongress besuchte auf dem das Thema, wie man für weiblichen, chirurgischen Nachwuchs sorgen könne, behandelt wurde – und bezieht nun die aktuelle Frage auf Frauen in der Chirurgie:

Arbeitstiere, keine Zeit für Freizeit. (überlegt) Mannsweiber. (überlegt) Ja es ist eigentlich ziemlich traurig. (...) Ja. Hat die Chirurgie nicht verdient, meiner Meinung nach. Weil ich habe richtig tolle FRAUEN als Chirurgen kennengelernt, und die haben genau so gute Arbeit geleistet. Und in manchen Sachen sogar echt besser, so dass ich gesagt habe: ‚Boah, wenn ich Patient wäre, will ich von der operiert werden‘. Frauen bringen da ganz andere Qualitäten mit. Nicht besser, aber anders. (ebd.)

Eine präferierte Fachrichtung kann die PJ-lerin mit berufspraktischer Auslandserfahrung nicht benennen. Als Begründung führt sie an:

Ah, das liegt an meinem Alter. Das liegt an der Beziehung, die ich mit meinem Partner habe und weil ich noch nicht weiß, was ich will. (...) Ich möchte GELD haben. Also ich möchte nicht umsonst arbeiten (...). Also dafür habe ich schon meine

¹³ Fragen strahlen auf andere Fragen aus (Fragereiheneffekt) (vgl. Diekmann 2001, S.464f).

Ausbildung gemacht und dafür habe ich jetzt ein anderes System kennengelernt, wo ich gesehen habe: Das muss nicht so sein. (...) Und Deutschland ist ja so gut' – sehe ich halt nicht so. Ich habe ja den Vergleich. (ebd.)

Da ihr die Kranken- und Gesundheitspflegeausbildung nicht ausreichte und ihr NC vorerst zu schlecht für einen Studienplatz in Deutschland war, ging sie vorübergehend nach Schottland, um dort in ihrem Ausbildungsberuf zu arbeiten. Neben dem PJ arbeitete sie noch als Hilfskraft in einem Krankenhaus. Für diesen Job sei sie damals von höheren Semestern angeworben worden. Obwohl sie sehr weit in ihrem Studium fortgeschritten ist, empfindet die Befragte nicht, dass sie gut über verschiedene Berufsmöglichkeiten informiert sei. Außerdem wünsche sie sich ansprechende Werbung der Facharzttrichtungen und gut strukturierte und geregelte Ausbildungspläne.

Auch ihre fachärztlichen Präferenzen haben sich im Laufe des Studiums oft, je nach Erfahrungen in den Praktika, verändert: „Also bei mir ist das total teamabhängig. Also dann werde ich so angefixt. Für mich ist das Team eigentlich das Wichtigste und die Fachrichtung doch schon, so das, was hinten dran steht“ (ebd.). Ziemlich genauso sieht dies auch K5: „(...)und wenn ich dann dort feststelle, dass zum Beispiel das Team echt scheiße ist. Und dann ist für mich klar: Da gehe ich nicht hin! Weil das ist Das WICHTIGTSE an er ganzen Arbeit“ (männlich, 31). Bei der Entscheidung für eine Facharzttrichtung möchte er das Maximum an Nutzen für sich herausholen:

(...) das Team eben. Das war super! Ja? Das war wahrscheinlich das, warum ich es so cool fand. Und warum ich sagen würde, das [chirurgischer Facharzt] käme für mich in Frage, weil das TEAM so super war. Und (...) das einfach SPAß gemacht hat; da. Aber ich habe gemerkt, es gibt erstens vielleicht sogar noch coolere Teams. Und zweitens, wenn das Team cool ist und die Arbeit sogar noch cooler ist, dann werde ich doch eben lieber Nephrologe, zum Beispiel. (ebd.)

Unter der Konstanthaltung der Bedingung „cooles Team“ würde K5 den Facharzt für Nephrologie favorisieren:

Also viele glaube ich wollen kein Nephrologe werden, weil das eben so kompliziert ist. Aber ich finde das gerade deswegen sehr interessant. Und zum anderen kenne ich jetzt auch durch das PJ – da einen GROßTEIL, oder den größten Teil (...) des Personals, von der nephrologischen Klink hier, – und das ist ein total nettes Team und eine sehr angenehme Arbeitsatmosphäre. Und das ist auf jeden Fall mit ein Grund, warum ich sagen würde: ‚Ich würde in die Nephrologie gehen‘. (ebd.)

Seine zweite Wahl wäre Gynäkologie, denn eigentlich würde er „auch ein bisschen was operierendes machen aber,“ er „will halt kein CHIRURG werden“, „Weil da verdummt man dann doch schon ziemlich, wenn man den ganzen Tag im OP steht“ (ebd.). Er stuft die einzelnen chirurgischen Facharzttrichtungen nach Anforderungsgrad ab: Der Unfallchirurg müsse „überhaupt nicht nachdenken (...). Und dasselbe gilt für (...) Gefäßchirurgie (...) und um plastische Chirurgie zu machen (...), kann man sich alles im VHS-Kurs selber beibringen“ (ebd.). Lediglich der Allgemein- und der Víszeralchirurg seien richtige Mediziner. Medizinstudierende würden dies ähnlich, aber „nicht ganz so

drastisch“ sehen wie er, und man müsse anerkennen, dass auch „viele Medizinstudenten Chirurgen WERDEN“ (ebd.). Entgegengesetzt seiner Meinung über Chirurgen, sei die der Bevölkerung wesentlich besser: „Das sind die richtigen Ärzte. (...) Die flicken einen zusammen, die HEILEN natürlich direkt“ (ebd.). Weiterhin glaubt er, dass die Bevölkerung die anspruchsvolle Leistung anderer Ärzte nicht anerkenne. Insbesondere nennt er den Hausarzt: „(...) wenn man sagt, ich will Hausarzt werden, ist ja schon fast ein Schimpfwort. Wobei der Hausarzt ja einer der wichtigsten Ärzte, wenn nicht der wichtigste Arzt im deutschen Gesundheitswesen ist“ (ebd.). Zwar hat er nicht mehr die höchste Meinung von Chirurgen, jedoch wollte er – bevor er Fächer mit klinischer Relevanz im Studium belegte – selber Chirurg werden: „Ich bin gelernter Zimmermann. Und als ich angefangen habe zu studieren habe ich gedacht: Ich werde auf JEDEN Fall Orthopäde oder Unfallchirurg. Schön sägen und bohren. Das ist mein Ding!“ (ebd.). Danach schwankte sein Berufswunsch einige Male hin und her: „Aber, das hat sich auch immer Laufe meines Studiums bestimmt fünf Mal geändert“. Je nach Studienschwerpunkt beschäftigte er sich mit der Fachwahl, wobei der Nephrologe bis zum Schluss sein Favorit blieb.

K5 kennt „so speziell quasi serielle Fortbildungen für Medizinstudenten. Die so ein paar Mal im Jahr, gibt es sowas, zum Beispiel, für Chirurgen, das nennt sich dann irgendwie so (...) ‚Chirurgie traue dich‘, oder irgendwie so. Also ich meine da spielen die ja schon damit, dass sie ein schlechtes Image haben“ (K5, männlich, 31). Der Befragte schildert als Voraussetzung, um an einem solchen Angebot teilzunehmen, dass die Fortbildung „herausragend“ und „hochinteressant“ sein müsse. Jedoch denkt er, dass die meisten Studierenden zwar den Wunsch nach mehr Praxiserfahrung haben, bevor sie in den Job gehen, aber dennoch kein Interesse an solchen Angeboten hätten: „Aber freiwillig dann noch mehr Stunden zu machen und die einzige Freizeit quasi die sie noch haben, zu opfern, das glaube ich, da sind die wenigsten bereit für“ (ebd.).

K2, der nach seinem sozialwissenschaftlichen Bachelorabschluss das Studium der Medizin in Rumänien aufgenommen hat, da er in Deutschland keinen Studienplatz bekam, befindet sich zum Zeitpunkt der Befragung im vierten Semester. Zu seiner Motivation ein weiteres Grundstudium – ohne vorher jemals berufspraktische Erfahrungen im medizinischen Sektor gemacht zu haben – aufzunehmen, sagt er:

Ja, erst mal mündet das in einem klaren Job (...) am Ende des Studiums. Was Anderes, als bei den Sozialwissenschaften, wo es viel darum ging Praktika zu machen. Und am Ende hat man nur einen Abschluss, aber nicht wirklich eine inhaltliche Qualifikation. Aber dann halt ganz klar, dass man (...) ja etwas tut, wo man direkt einen Effekt sieht, auch in der Gesellschaft direkt; bei den Menschen. (K2, männlich, 29)

Weiterhin habe er in seinem sozialen Umfeld Personen, die ihn von diesem Studium überzeugten und bei denen er sich vorher über dessen Inhalte informiert habe. So ha-

be er erkannt, dass die Inhalte des Medizinstudiums keine „Raketenwissenschaften“ seien, sondern solche mit denen man nur mit Interesse am Gegenstand, Selbstorganisation und Fleiß zurechtkomme. Er findet, dass ein Medizinstudium „vom STOFF sehr viel“ ist (vgl. ebd.). Zwar benötige man später im Beruf vieles von dem, was man gelernt habe, nicht mehr, dennoch erlange man im Studium die Grundlagen, um später den Beruf ausüben zu können. Ganz im Gegensatz zu seinem ersten Grundstudium: Aber generell baut alles schon aufeinander auf. Deshalb ist das/ (...) Ja (...). Also vergleich doch einfach nur mal den sozialwissenschaftlichen/ mega interessant, aber später auf der Arbeit fragt keiner nach (...) Kant oder/ (...) oder Hobbes“ (ebd.).

Einen Nebenjob hat der Befragte nicht, da dies „zeitlich (...) nicht drin“ sei, und so würde er auch nur an praktischen Angeboten teilnehmen „wenn es die Zeit zulässt“ (ebd.). Da er noch am Anfang seines Studiums steht, ähnlich wie K1, habe er noch keine Facharztrichtung, die er favorisiere. Außerdem würde man im Laufe des Studiums feststellen, wo das eigene Interesse und Können liege. Allerdings käme der chirurgische Bereich für ihn in Frage, da er aufgrund einer Verletzung während seiner „Sportlerzeit“, mit diesem in Berührung kam. Deshalb findet er es „toll“ Menschen schnell helfen zu können: „Den Leuten da schnellstmöglich zu helfen, wenn da in ihrem Inneren was kaputt geht, von außen darauf einzuwirken, ne? Also operativ“ (ebd.). Auch das eigens wahrgenommene Image von Chirurgen empfindet er als gut, da er der Meinung ist, dass sie talentierte Menschen seien. Dennoch glaubt er, dass Menschen, die beruflich mit dieser Personengruppe zu tun haben, ebenso wie Studierende der Medizin, das Image schlechter wahrnehmen würden. Die allgemeine Bevölkerung dagegen, würde das Image eher positiv bewerten.

4. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, qualitative Aspekte über die Entscheidung zur Teilnahme am SOA und ihren Einfluss auf die Facharztwahl zu erfragen, um erklären zu können, warum sich manche Studierende am Ende der Teilnahme noch immer unsicher sind, ob für sie eine chirurgische Facharztweiterbildung in Frage käme.

Wie im theoretischen Teil beschrieben, wurde die Approbationsordnung mehrere Male reformiert: Unter anderem wurde die Zahl der Staatsprüfungen reduziert, um eine stärkere Verknüpfung von Theorie und Praxis zu erreichen. Dennoch zeigte sich, dass die Studierenden immer noch einen starken Wunsch nach praxisbezogenen Angeboten haben. Bezogen auf die stärkere Verknüpfung von Theorie und Praxis, bemängeln viele der Studierenden, dass es gerade in der Anfangsphase des Studiums an praktischen Anteilen fehle. Die Wichtigkeit von praktischen Anteilen im Studium begründen die Befragten damit, dass man so eher herausfinden könne, ob der Arztberuf etwas für einen sei und durch Arbeitspraxis besser auf das Arztsein vorbereitet werde. Letzteres sollte eigentlich durch das Studium, laut Approbationsordnung gewährleistet sein, da in ihr festgehalten steht, dass das Ziel der ärztlichen Ausbildung unter anderem die selbstständige, ärztliche Berufsausübung sein soll.

So schlagen sich die strengen Vorgaben der Approbationsordnung zur Fächerwahl, in den Aussagen der Befragten nieder: Viele wünschen sich während des Studiums mehr Wahlfreiheit, um ihren Interessen nachgehen zu können, Berufspraxis zu sammeln und sich gegebenenfalls spezialisieren zu können. Die Befragten meinen, dass man nur durch praktische Erfahrung Routine und sowas wie einen „klinischen Blick“, wie K1 es nannte, entwickeln könne. So ist es nicht verwunderlich, dass gerade der praktische Teil des SOA, der in den Klinken absolviert wird, von der Experimentalgruppe gelobt wurde. Selbst Teilnehmer, die danach nicht von der chirurgischen Fachdisziplin überzeugt wurden, sind der Meinung, dass der Kurs dennoch bereichernd sei, da man so – insbesondere durch die Abarbeitung des OP-Kataloges – die handwerklichen Fertigkeiten und das Verhalten im OP-Saal erlerne.

Es zeigte sich, dass alle – bis auf eine Befragte – eine ärztliche Karriere ins Auge fassen, parallel zu den Forschungsergebnissen von Renner, die davon ausgeht, dass eine ärztliche Karriere aufgrund studienbedingter Opportunitätskosten als wahrscheinlich erscheint. Zusätzlich lässt sich bezogen auf die Vererbungsquote des Berufs Mediziner feststellen, dass die meisten der Befragten, Personen mit medizinischem Beruf, in ihrem nahen sozialen Umfeld haben, die sie außerdem maßgeblich in der Entscheidung für ein Medizinstudium beeinflussten. So ließ sich zeigen, dass Einbettung der Befragten in soziale Netzwerke, eine wichtige Rolle für die Akkumulation von Humankapital

zu spielen scheint. Im Hinblick soziale Netzwerke konnte festgestellt werden, dass drei von sieben Befragten, durch Kommilitonen von dem Kurs erfuhren. Dies führt zu der Annahme, dass der Kurs einen Teil seiner Teilnehmer über persönliche Empfehlungen zu rekrutieren scheint.

Wie im Forschungsstand erläutert wurde attestieren Untersuchungen, über Motive zur Fächerwahl von Studierenden, der Chirurgie eine abnehmende Attraktivität im Laufe des Studiums. Gründe dafür seien unattraktivere Arbeitsbedingungen, die gerade auf Studierende abschreckend wirken würden. Dies bestätigen die Ergebnisse dieser Untersuchung ebenfalls: Aus den Aussagen der Befragten lässt sich ein hierarchisches, karriereorientierteres Arbeiten, mit rauem Umgangston – im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen – heraushören. Weiterhin seien die Arbeitszeiten aufgrund von Rufdiensten und Personalknappheit nicht familienfreundlich. Inwieweit sich die Arbeitsbedingungen je Klinik in der die Befragten am Kurs teilnahmen unterscheiden ist schwer einzuschätzen. Zwar haben E1, E3 und E6 den praktischen Teil des SOA in derselben Klinik absolviert, dennoch sind ihre Äußerungen bezüglich der Arbeitsbedingungen nicht eindeutig der Klinik zuzuordnen, in welcher der Kurs absolviert wurde, und könnten ebenfalls auf andere Praxiserfahrungen (Famulaturen, PJ) bezogen sein. Weiterhin lassen sich keine Schlüsse daraus ziehen, wie die Arbeitsbedingungen je chirurgischem Fachgebiet von den Befragten wahrgenommen werden, denn oft sprachen sie allgemein von „der Chirurgie“ und differenzierten nicht eindeutig.

Parallel zum Forschungsstand konnte festgestellt werden, dass das Fach ein von Männern dominiertes ist. Eine Erklärung für die karriereorientierte Männerdominanz in der Chirurgie könnte das Image sein: So wurde das Image der Chirurgie als „machohaft“ beschrieben; Chirurgen seien „Frauenhelden“. Außerdem seien Personen in der Chirurgie stärker karriereorientiert, was oftmals längere Erwerbsunterbrechungen Beruf, wie eine Schwangerschaft, ausschließt. Auffallend oft sprachen die Befragten von „den Chirurgen“, anstatt von „den Chirurginnen“, von „den Chefärzten“, anstatt „den Chefärztinnen“. Lediglich eine Befragte der Kontrollgruppe erwähnte, dass „Chirurginnen“ andere Qualitäten mit ins Spiel brächten als Männer. Eine weitere Erklärung für diese geschlechterspezifische Segregation wäre die unterschiedliche physische Konstitution von Mann und Frau. Weibliche Befragte zweifelten daran, ob sie dieses Handwerk körperlich überhaupt ausführen könnten. Sogar ein sportlicher, männlicher Befragter bezweifelte angesichts seiner zukünftigen Gesundheit, ob er immer so lange am OP-Tisch stehen könne. So erhält die Beschreibung von Aulus Cornelius Celsus viele Jahrhunderte später, dass „Der Chirurg ein Mann in den besten Jahren sein soll“ hinsichtlich der körperlichen Konstitution noch immer Relevanz, aber Diskussionsbedarfs hinsichtlich des Geschlechts. Franzke und Jäger (2014) führen die geschlechtsspezifische

sche Segregation auf weiche und harte Spezifika der Fachrichtungen zurück. So ordneten sie die Chirurgie in ihrer Studie zu Genderwahl in der Medizin den „harten Fachrichtungen“ zu. Sie begründeten dies mit der, im Vergleich zu anderen Fachrichtungen, unregelmäßigeren Arbeitszeiten, geringeren Kommunikation und Vereinbarkeit von Beruf und Familie, und argumentieren, dass dieses Fach deshalb für Frauen weniger attraktiv sei. Zwar stimmt es, dass weibliche Befragte dieses Fach öfter für sich ausschließen, als männliche da sie meinen den Arbeitsbedingungen nicht gewachsen zu sein. Jedoch zeigte sich erstens, dass auch männliche Studierende das Fach gar nicht – wie K3 aufgrund der Arbeitsbedingungen – oder nur mit Einschränkungen – wie K4 aus familiären Gründen – in Betracht ziehen würden. Zweitens zeigen die Aussagen der Befragten E5 und E6, dass sich sehr wohl auch Frauen für die Chirurgie begeistern können. Obwohl E6 zuvor ein sehr negatives Bild über den chirurgischen Fachbereich hatte, entschloss sie sich zur Teilnahme und wurde durch das Zertifikat SOA von dieser Disziplin überzeugt. So scheint der Befund von geschlechtsspezifischer Segregation entlang harter und weicher Fachrichtungen, für die vorliegende Arbeit nur mit Einschränkungen zu gelten. Es scheinen andere Faktoren bei der Facharztwahl eine Rolle zu spielen, als allein das Geschlecht.

Es stellte sich heraus, dass neben der körperlichen Konstitution, persönliche Eigenschaften, wie Interessen und Talente, die Wahl des präferierten Fachgebietes strukturieren. So schließen die Befragten Fachgebiete aus, weil sie sich diesen persönlichkeitsbedingt, oder intellektuell nicht gewachsen fühlen: E5, die von sich sagt, nicht karriereorientiert zu sein, nimmt Chirurgie als ein solches karriereorientiertes Fach wahr, und schließt es für sich aus. Oder wie E2, die selbiges von sich behauptet und deswegen nur ein kleines Fachgebiet für sich in Betracht zieht. Von den Studierenden werden Facharzttrichtungen in Erwägung gezogen, wenn sie den persönlichen Talenten entsprechen: E4 sagt, dass er aufgrund seiner haptischen und taktilen Fertigkeiten gerne chirurgisch Arbeiten würde. Oder wie der wissbegierige K5, der Nephrologie als Präferenz angab, weil „das eben so kompliziert ist“ (ebd. Männlich, 31). Oder E3, dem Handwerk viel Spaß macht und deshalb die Chirurgie bevorzugt. Diese Ergebnisse stehen im Einklagen mit den Forschungsergebnissen von Kaufmann und Widany (2013), die ebenfalls herausfanden, dass sich Weiterbildungsentscheidungen anhand persönlicher Eigenschaften strukturieren. In welchem Ausmaß persönliche Eigenschaften als Erklärung für die Facharztwahl dienen ist jedoch fraglich, wie sich an K5 zeigen ließ: Er, der vor seiner medizinischen Ausbildung den Beruf Zimmermann erlernte und wegen seiner Affinität zum Handwerk, zunächst Chirurg werden wollte, findet diese Fachrichtung nun nicht mehr optimal für sich. So kann bislang festgehalten werden, dass sich die Entscheidung für eine Fachrichtung als multifaktoriell darstellt: Persönliche Merkmale, wie Interessen und körperliche Konstitution nehmen Einfluss auf den

Berufswunsch, wobei außerdem die gemachten praktischen Erfahrungen vor allem in Bezug auf die die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen von Bedeutung sind.

Es zeigte sich, dass die meisten der Befragten einer hohen Studienbelastung ausgesetzt sind. Sie nahmen die Arbeitsbelastung während der ersten Semester – insbesondere im vorklinischen Teil – als hoch wahr. Gründe dafür sind die hohe Anzahl an Pflichtkursen und die Menge des Lernstoffes. Die Studierenden mussten sich in dieser Phase des Studiums einschränken, so dass weniger Zeit für Hobbies, Freunde oder andere Aktivitäten blieb. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass die Befragten, bis auf E1, den SOA im Rahmen von Famulaturen machten. Dies erscheint, nach der eben geschilderten Studienbelastung in der Vorklinik, logisch: So sind in diesem Zeitraum die Kosten einer Teilnahme höher, da dadurch noch mehr Freizeit neben dem Lernstress verloren ginge. Im Rahmen einer Famulatur bietet sich eine Kursteilnahme an, da die Studierenden zum einen das theoretische Pflichtprogramm der Approbationsordnung für die Vorklinik abgeleistet haben, und sie sich zum anderen nach Abschluss dieser theoretischen Studienphase nach mehr praktischer Erfahrung sehnen. Unter Anbetracht dieser Umstände kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Gelegenheitsstrukturen für die Entscheidung einer Teilnahme am Kurs von Bedeutung sind.

Lediglich E1 besuchte den Kurs während des klinischen Teils seines Studiums. Genau wie er, war auch E2 vor und nach Beginn des Kurses, indifferent, gab aber im Interview davon divergierende Äußerungen von sich. E1 gab in dieser Befragung an, den Beruf des Chirurgen, neben dem des Anästhesisten, in Betrachtung zu ziehen. Wohingegen E2 nun sicher ist, Chirurgie für sich ausschließen zu können. Deshalb stellt sich die Frage, wieso sich die Präferenzordnung bezüglich der Chirurgie bei beiden, in den mehr als zwei vergangenen Jahren, verändert hat. Dazu lässt sich zunächst festhalten, dass E2s Verlauf des Berufswunsches mit dem bisherigen Forschungsstand korrespondiert, der besagt, dass das Interesse an der chirurgischen Fachdisziplin, aus den oben genannten Gründen, im Laufe des Studiums nachlässt. Ebenso ließ sich dieser Effekt bei E3 beobachten, der sogar vor und nach der Teilnahme angab, sicher war, Chirurg werden zu wollen. Auch E5 war sich nach der Teilnahme sicher, Chirurgin werden zu wollen, aber mittlerweile bevorzugt sie nur noch die chirurgische Teildisziplin Ophthalmologie, ähnlich wie E4. Sogar E1 der schon vor seinem Studium im OP arbeitete gibt an, nun auch andere Fächer in seine Auswahl einzubeziehen. Des Weiteren ist zu erkennen, dass die Berufswünsche der Studierenden während des Studiums volatil sind. Die Studierenden schildern, dass ihr Interesse je nach Studienschwerpunkten geschwankt habe. Maßgeblich für ihre Präferenzordnung seien – neben dem individuellen Interesse für ein Fach – Lehrpersonen, Dozenten oder Mentoren gewesen.

So machen die Befragten eine Reihe von Aussagen, in denen sie angaben, dass sie ihr bevorzugtes Fach von den Dozenten abhängig machten oder machen würden, da diese es bei adäquater Lehre schaffen könnten, sie für ein bestimmtes Fach zu begeistern.

Die Volatilität der Präferenzordnung lässt sich als ständiger Prozess des Abgleichs von Nutzen und Kosten beschreiben, bei dem das Fach, welches bestimmte Eigenschaften aufweist, bevorzugt wird. Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich jedoch keine bestimmte Facharztweiterbildung herauskristallisieren, die von allen gleichsam bevorzugt wird, da die Präferenzen der Befragten von Chirurg, über Urologe, bis hin zum Nephrologen äußerst unterschiedlich ausgeprägt, bis widersprüchlich sind: K5, der sonst nichts Positives an der Chirurgie findet, würde dieses Fach dennoch für eine Weiterbildung in Betracht ziehen. Auch K3 erzählt, er habe bisher kaum einen sympathischen Chirurgen getroffen, würde dieses Fach aber nicht ausschließen. E4 sagt, er sei offen für alles. Oder K6, die aussagt, dass sie die Chirurgie liebe, aber trotzdem nicht weiß, welche Fachrichtung sie überhaupt präferiert. Daher liegt der Schluss nahe, dass übergeordnete Faktoren und Qualitäten, bei der Fächerwahl, eine größere Rolle spielen, als die Charakteristika der einzelnen Fachrichtungen selber.

Gemeinsamkeiten zeigen sich in einigen Aussagen der Befragten: Es fällt auf, dass die Befragten das Team, mit dem sie in Zukunft zusammenarbeiten werden, als besonders wichtig empfinden. Zwar haben die Studierenden bestimmte Präferenzen bezüglich ihres Facharztwunsches, dennoch würden sie sich immer für die Fachrichtung entscheiden, von der sie das Gefühl haben, dass sie dort das passendste Team für sich finden. Am deutlichsten wird dies bei E5, der einerseits die Aussage trifft niemals Chirurg werden zu wollen, aber andererseits diese Fachrichtung wählen würde, sofern das Team passe. Ein weiteres Beispiel für die hohe Bewertung eines passenden Teams, lässt sich bei K1 finden, die zwar onkologische Fächer schlimm findet, aber im Falle eines tollen Teams in der Kinderonkologie arbeiten würde. Den Teamgedanken sieht man auch bei E4, der zwar gerne operiert, aber in der Unfallchirurgie ein bestimmter Schlag Mensch arbeite, der ihn daran zweifeln lasse, ob er mit ihm zusammenarbeiten könne. So lässt sich auch erklären warum E5, die die chirurgische Tätigkeit mag, dieses Feld aber für sich ausschließt: Sie empfindet Chirurgen als machohaft und als Charaktere, mit denen nicht jeder könne. Anzunehmen ist, dass sie sich aufgrund der Eigenschaften solcher Charaktere, in solch einem Team unwohl fühlen würde. Dies könnte erklären, warum Frauen dieses Fach eher für sich ausschließen. Darauf bezogen konnte gezeigt werden, dass vorgefasste Meinungen über eine Fachrichtung die Entscheidung für Bildungsinvestitionen beeinflussen. Hätte E6s Lebenspartner ihr nicht von dem Zertifikat erzählt, hätte sie nie teilgenommen, weil sie, wie sie sagte, nie ge-

dacht hätte, dass Chirurgie etwas für sie sei. Da sie vorher noch nie Berührungspunkte mit dem Fach hatte, ist denkbar, dass sich ihre Meinung über die Fachdisziplin anhand des negativ wahrgenommenen Images bildete und sie ebenfalls für sich antizipierte, dass sie in solch einem Team bei entsprechenden Arbeitsbedingungen nicht zurecht käme. Auch andere Studierende gaben an, dass sie Fachrichtungen früher anders eingeschätzt hatten, als sie es jetzt tun: K3 hätte zu Anfangs nicht gedacht, dass Onkologie für ihn in Frage käme, da er sich die Arbeit dort viel schlimmer vorgestellt habe. Oder E4, der eigentlich lieber operativ tätig sein wollte, stellte nach seinem Pflichttutor in der Inneren Medizin fest, dass ihm dieses Gebiet mehr Spaß mache, als er gedacht habe.

So lässt sich festhalten, dass neben den persönlichen Merkmalen und den Erfahrungen, welche Studierende mit der Fachdisziplin Chirurgie machten, weitere Faktoren auf die Facharztwahl wirken. Es konnte gezeigt werden, dass Gelegenheitsstrukturen bei der Wahrnehmung von Bildungsangeboten eine wichtige Rolle spielen. Aufgrund der volatilen Facharztpräferenzen der Studierenden, scheint Dozenten, die für ihr Fach begeistern können, eine große Bedeutung zuzukommen. Außerdem ließ sich feststellen, dass sich der Wunsch in einem tollen Team arbeiten zu dürfen, als der Facharztpräferenz übergeordnet erweist. So lässt sich anhand der gewonnenen Erkenntnisse die Entscheidung für eine bestimmte fachärztliche Weiterbildung als Prozess beschreiben: Personen sind aufgrund ihrer Gene verschieden physisch ausgestattet, was in unterschiedlicher Konstitution resultiert. Durch Sozialisation formen sich bereits Handlungs-, Wahrnehmungs-, Bewertungsdispositionen in Bezug auf die Fächerwahl heraus. Diesen, durch ihre genetische Ausstattung und Sozialisation bedingten, Interessen gehen die künftigen Mediziner im Studium nach. Dabei werden sie insbesondere durch ihr soziales Umfeld und Lehrpersonen beeinflusst. Neben persönlichen Erfahrungen in und mit den einzelnen Fachdisziplinen, spielen Sekundärerfahrungen für die Formung des Berufswunsches eine wichtige Rolle, denn in ihnen schlägt sich das Image der Fachdisziplin Chirurgie nieder. Die Wahl der Facharztweiterbildung kann bis zum Ende des Studiums andauern. Denn selbst Befragte, die sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits im PJ befanden, wussten noch nicht, welche fachärztliche Weiterbildung sie nur einige Monate später, nach Bestehen der ärztlichen Abschlussprüfung, wählen wollen. Und selbst wenn eine Entscheidung für eine Fachrichtung gefallen ist, können sich, vor und während der finalen Suche nach einer geeigneten Assistenzarztstelle, weiterhin Gelegenheitsstrukturen ergeben, die die Facharztwahl beeinflussen.

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die anfänglich aufgestellten Hypothesen? H1 wird abgelehnt, denn die Befragten empfinden, dass der Kurs ihnen genügend Einblicke – insbesondere aufgrund der Erfüllung des OP-Kataloges – in die Berufspraxis von

Chirurgen gewährte und ihnen somit genügend Informationen über die chirurgische Fachdisziplin lieferte. Außerdem fällt beim Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe auf, dass die Meinung Chirurg werden zu wollen oder nicht, in der Experimentalgruppe klarer waren, dadurch dass E2 und E5 die Fachrichtung für sich ausschließen und E6 diese definitiv als Weiterbildung für sich in Betracht zieht. Somit bietet der Kurs eine solide Informationsgrundlage, vor allem in Bezug auf die spätere Berufspraxis. Allerdings stellte sich heraus, dass aufgrund der Diversität an Einflussfaktoren auf die Facharztwahl, keine klare Aussage darüber getroffen werden kann, ob die gelieferten Informationen, den Studierenden auch noch bis zur finalen Facharztwahl ausreichen. Denn wie gezeigt werden konnte, änderte sich bei einigen Befragten seit der Teilnahme am Kurs die damals, in der Evaluation angegebene, Präferenzordnung. Und auch in der Kontrollgruppe gab es durchgängig Aussagen, die eine Volatilität des Berufswunsches stützen.

E1 und E2 waren vor und nach dem Kurs indifferent, jedoch konnte entlang ihrer Aussagen festgestellt werden, dass sie mit dem Informationsgrad und den praktischen Anteilen des Kurses zufrieden waren. Weiterhin konnten sie einen persönlichen Nutzen aus dem Kurs ziehen, weshalb ihre Kosten-Nutzen-Bilanz nach Abschluss des Kurses, zu Gunsten der Habenseite, nicht mehr ausgeglichen ist und H2, *Der Kurs führt dazu, dass die Kosten-Nutzen-Bilanz der Medizinstudierenden ausgeglichen ist, weshalb sie keine Entscheidung fällen*, abgelehnt wird. Bezogen auf die Kosten-Nutzen-Bilanz der beiden Befragten konnte gezeigt werden, dass sie mittlerweile nicht mehr unentschieden sind, ob Chirurg als Facharzt für sie in Frage käme. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass im Zeitverlauf neue Erfahrungen die Bilanz beeinflussen. Beide Befragten hatten vor ihrer Teilnahme, im Vergleich zu den anderen Befragten, weniger Informationen über das chirurgische Arbeiten. E1 befand sich während der Teilnahme erst im dritten Semester der Vorklinik. Und E2 war selber zuvor noch nie in der Chirurgie tätig. In dem Zeitraum von der Teilnahme am SOA bis heute scheinen die Befragten das Fach mit anderen Fächern hinsichtlich ihrer persönlichen Präferenzen zu vergleichen. So entstehen Aussagen von E2 wie: „Ist – glaube ich – nochmal schwieriger, als in den anderen Fachärzten (...), „chirurgischen Stationen karriereorientierter als an anderen“ (weiblich, 24). E1 vergleicht Chirurgie mit Anästhesie: „Also so denkbar einfach und man hat den Erfolg quasi direkt. Beim Narkosearzt sind es eher die Arbeitszeiten. Also für Familienplanung, da muss man nicht bis tief in die Nacht arbeiten“ (männlich, 21).

So beeinflussen neue Informationen stetig die Kosten-Nutzen-Bilanz der Individuen, hinsichtlich der einzelnen Fächer, und somit auch deren Rangfolge bezogen auf die Facharztwahl. So lässt sich auch erklären warum E3 sicher war Chirurg werden zu wollen, es aber jetzt nicht mehr ist. Es ist denkbar, dass seine Erfahrungen, die er be-

reits in seinem Job als „Hakenhalter“ gemacht hat, sein Interesse für die Chirurgie zunächst positiv beeinflusst haben. Durch Voranschreiten des Studiums lernte er, genau wie die anderen Studierenden, neue Fachärzte kennen oder wurde durch charismatische Dozenten für ein Fach begeistert. Auf die Art und Weise wurden ihm neue Handlungsoptionen aufgezeigt, die er anhand seiner persönlichen Präferenzen einordnete. So kann zwar sein persönlicher Nutzen Chirurg zu werden höher sein als die Kosten, jedoch hat sich mittlerweile der antizipierte Nutzen anderer Fächer, entlang der individuellen Präferenzordnung, als mindestens genauso hoch erwiesen. So gilt für E6, für die ein Facharzt in Chirurgie bis zur Teilnahme am Kurs, nicht in Frage gekommen wäre, dass diese Erfahrung ihr eine neue Handlungsoptionen eröffnete. So steht das Fach Chirurgie, aufgrund der Kosten-Nutzen-Abwägung entlang ihrer individuellen Präferenzen, nun an erster Stelle. Im Ganzen konnte gezeigt werden, dass die Befragten nach Abschluss des Kurses weitere Erfahrungen machen und Informationen sammeln. So bieten sich ihnen neue Handlungsoptionen dar, welche sich so auf Kosten-Nutzen-Bilanz auswirken, weshalb der Kurs bisher eine kurzzeitige Wirkung auf den Berufswunsch Chirurg zu haben scheint.

Die durch den Kurs gewonnenen Informationen, bieten den Befragten eine Möglichkeit festzustellen, ob einem chirurgisches Arbeiten – das Handwerk, welches man nur durch Praktische Erfahrung erlernen kann – überhaupt liegt. Die Befragten konnten während des Praktischen Teils des SOA die Arbeitsverhältnisse und das Arbeitsumfeld in der Chirurgie kennenlernen und dieses anhand ihrer persönlichen Präferenzen bewerten. Außerdem ziehen sie Vergleiche zu ihrem Studium, von denen sie sagen, dass sie die Inhalte und deren Vermittlung, dort so nicht erleben würden. Manche der Befragten haben vorher bereits gehört, dass es einen OP-Katalog zu erfüllen gibt, was von ihnen als positiv und hilfreich für die Berufspraxis bewertet wurde. Dennoch wird H3, *Personen sehen den Kurs, neben weiteren Angeboten für andere Fachrichtungen, als eine Möglichkeit Informationen zu gewinnen*, abgelehnt. Es scheint nämlich so, dass es neben dem Kurs SOA keine Angebote anderer Fachrichtungen gibt, die den Befragten bekannt sind. Nur E6 berichtet von der einer Kampagne, an der sie teilgenommen hat und von der auch K4 und K5 bereits gehört haben. Hierbei handelt es sich um ein Angebot aus derselben Fachrichtung. Dieses bietet der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V., in Form eines eintägigen Workshops an: *Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen* „wendet sich an Medizinstudierende mit Interesse an der Chirurgie. Hier wird den Studierenden ermöglicht, sich praktisch beim Nähen, Knoten, in minimal-invasiver Chirurgie, in der Thoraxchirurgie sowie in der Osteosynthese auszuprobieren“ (BDC, 2017, o. S.). Die Teilnahme kostet 25 Euro (vgl. ebd.). Im Vergleich dazu, scheint der SOA attraktiver, da dieser zum einen kostenlos ist und zum anderen kann eine Teilnahme innerhalb der Studienordnung erfolgen. Außerdem ist in Zusammen-

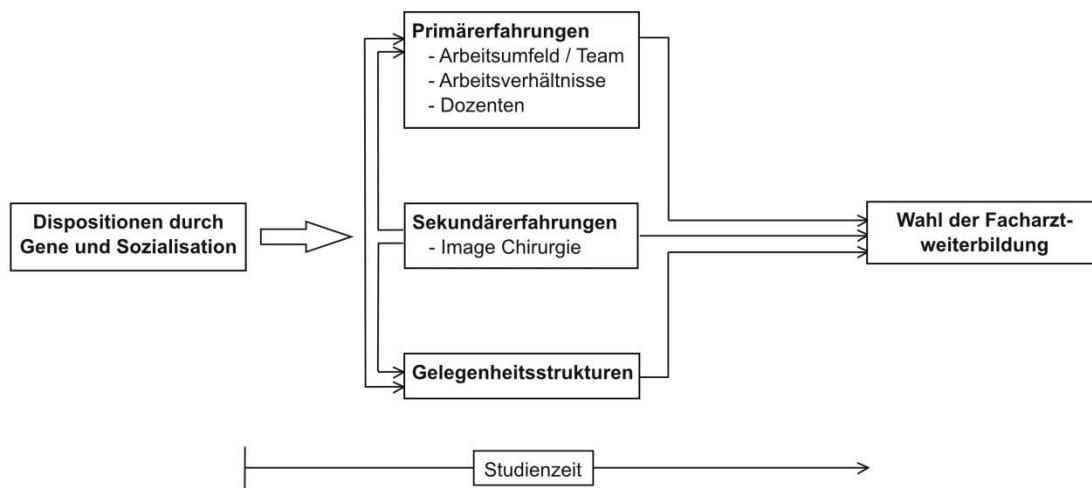
hang mit der Ablehnung von H3 die hohe Studienbelastung zu nennen, die die Studierenden aufgrund eines Zeitproblems vermutlich davon abhalten würde, in andere Angebote zu investieren.

So scheint sich H4 zu bestätigen. Der Kurs wird aufgrund anderer Nutzenaspekte belegt. Wie bereits beschrieben, sehnen sich die Studierenden nach praktischer Erfahrung, die sie durch die festgelegten 30 Operationen erhalten. Da viele der Befragten vorher durch Personen in ihrem Umfeld oder wie E3 oder E5 in dem Krankenhaus arbeiteten, in welchem sie den Kurs belegten, wussten sie im Vorfeld, dass berufspraktische Anteile in der Ausbildung zum SOA enthalten sind. So ist, wie vermutet Berufspraxis als antizipierter Nutzenaspekt zu nennen und kann als Motiv für die Teilnahme gesehen werden. Die Studierenden erhalten für ihre Teilnahme eine gesonderte Bescheinigung, als Nachweis der Qualifizierung zum SOA. Dieses nehmen viele der Befragten bereits vor Beginn des Kurses als Nutzen wahr, denn laut ihren Aussagen wollten sie sich mit dem Zertifikat bewerben. Oder sie werden zumindest einen Nachweis über die Qualifikation erhalten, was bei anderen Famulaturen nicht der Fall sei. So ist der Erhalt des Zertifikates, welches die Befragten als Signal im Bewerbungsprozess für sich nutzen möchten, ein weiterer Nutzenaspekt des SOA. Konform der HKT drücken sich die, durch das Zertifikat bescheinigten, Fähigkeiten in der, zu anderen Studierenden unterschiedlich hohem Leistungsvermögen aus. Denn die Aussagen der Befragten zeigten, dass diese sich, im Vergleich zu ihren Kommilitonen, sicherer im OP fühlen. Ein weiterer Nutzenaspekt der ermittelt werden konnte, war wie vermutet, dass der Kurs als Studienleistung anrechenbar ist. Dies erscheint aufgrund der Studienbelastung als logisch, und gleichzeitig als Alleinstellungsmerkmal des SOA im Vergleich zu den, den Studierenden bekannten, anderen Ausbildungsangeboten.

5. Empfehlungen

Abschließend lassen sich die hier präsentierten und diskutierten Ergebnisse in einem Schaubild zur Wahl der Facharztweiterbildung darstellen. Da in diesem, Bildungsentscheidungen von Personen mit ähnlichen Systemumwelten erklärt werden, lässt sich dieses auch auf die Teilnahmeentscheidung am SOA anwenden. In dem Schaubild sind die, in der Diskussion herausgearbeiteten, Faktoren enthalten. Diese sollen in Bezug auf die Relevanz für den chirurgischen Fachbereich kurz beleuchtet werden, um direkt im Anschluss Empfehlungen für die DGAV, hinsichtlich der Rekrutierung neuer Chirurgen, abzuleiten:

Abbildung 5: Einflussfaktoren auf die Wahl der Facharztweiterbildung



(eigene Darstellung)

Vor dem Studium werden die Grundsteine für die Facharztwahl gelegt. Im Studium selbst machen die Befragten Primärerfahrungen in und mit den einzelnen Fachrichtungen. Dabei scheint es von hoher Wichtigkeit für die Facharztwahl zu sein, wie die Arbeitsverhältnisse und das -umfeld bewertet werden. Insbesondere wünschen sich Studierende ein tolles Team, mit welchem sie später – als Assistenzarzt – zusammenarbeiten.

Weiterhin haben Sekundärerfahrungen Einfluss auf die Wahl der Facharztweiterbildung. Diese Erfahrungen, die von anderen übernommen werden, wirken sich auf die persönliche Wahrnehmung der einzelnen Fachrichtungen aus. So ist es möglich, dass je nach Einstellung des sozialen Umfeldes zur Chirurgie, die eigene Meinung positiv oder negativ beeinflusst wird. Ebenfalls können sich Sichtweisen und Erwartungshaltungen des sozialen Umfeldes im eigenen Verhalten niederschlagen: Je nach Einstellung gegenüber dem chirurgischen Fachbereich werden Studierende Zeit investieren

und neue Primärerfahrung während Famulaturen, im PJ oder in der Ausbildung zum SOA, sammeln. Ferner beeinflussen Primär- und Sekundärerfahrung die Wahrnehmung von Gelegenheitsstrukturen insofern, dass diese die Teilnahme lenken: So ist es fraglich inwieweit Personen, die ein schlechtes Bild von der Chirurgie haben oder sich nicht dafür interessieren, dieses Angebot aufgrund von Selbstselektionsprozessen überhaupt wahrgenommen und somit Erwägung gezogen haben.

Es wurde gezeigt, dass das Zertifikat als Auslöser dienen kann, eine chirurgische Facharztweiterbildung zu favorisieren. Gleichwohl konnte belegt werden, dass sich die spätere Berufswahl anhand übergeordneter Faktoren, wie Gelegenheitsstrukturen oder der Wunsch nach einem guten Team, strukturiert, anstatt an einer speziellen Fachrichtung selbst. Dies scheint in Anbetracht der geschilderten Arbeitsverhältnisse der Chirurgie als herausfordernd. Denn fraglich ist, wie ein gutes Team, welches Studierende bei der Facharztwahl stark gewichten, bei rauem Umgangston und starken Hierarchien entstehen kann. Weiterhin wirkt sich das Image der Chirurgie, welches unter den Befragten größtenteils negativ bewertet wurde und sich in Sekundärerfahrungen niederschlägt, auf die Facharztwahl aus.

Aber was kann die DGAV tun um Nachwuchs für ihren Fachbereich zu rekrutieren? Es wurde gezeigt, dass sich die Begeisterung der Dozenten für Ihr Fach auf die Studierenden überträgt. Darum sollte sichergestellt werden, dass enthusiastische Dozenten mit didaktischen Qualifikationen eingesetzt werden, die eine gute Lehre gewährleisten, um Studierende für die eigene Fachrichtung zu begeistern. So kann weiterhin gewährleistet werden, dass der Kurs über persönliche Empfehlungen neue Teilnehmer rekrutiert. Persönliche Empfehlungen haben gegenüber kommerziellen Werbebotschaften den Vorteil, glaubwürdiger zu sein. So könnten sich selbst Personen für die Teilnahme entschließen, die aufgrund negativer Erfahrungen oder Meinungen, ansonsten nicht am Kurs teilgenommen hätten. Zwar sind die Arbeitsbedingungen aufgrund der Berufsanforderungen an Chirurgen, wie Rufdienste und lange Arbeitszeiten, nicht änderbar, aber dennoch sollte darauf geachtet werden, dass die Studierenden in den Kliniken, in denen der Kurs angeboten wird, gut betreut werden. Dabei sollen sie dennoch die realen Arbeitsverhältnisse und -bedingungen kennenlernen, um sich so eigenständig einen Eindruck über die Berufspraxis als Chirurg verschaffen zu können.

Als idealen Zeitpunkt, um Anreizstrukturen für Studierende zur Kursteilnahme zu schaffen, hat sich der Beginn des Klinischen Teils der ärztlichen erwiesen. Zum einen haben hier die Studierenden die theoretische und lernintensive Phase ihres Studiums bewältigt und sehen sich nach praktischem Arbeiten. Außerdem können sie die Teilnahme am SOA in dieser Studienphase mit einer Famulatur verbinden und nebenbei einen schriftlichen Nachweis dieser Qualifikation erhalten, den sie für ihre berufliche Karriere

nutzen können. Laut Forschungsergebnis von Bardeleben et al. (1996) wird eine Teilnahme an einem Bildungsangebot umso wahrscheinlicher, je offensichtlicher ihr Nutzen sichtbar gemacht wird. Daher sollte bei der Ansprache durch die DGAV darauf geachtet werden, dass sowohl die praktischen Anteile des SOA im Bezug zur Berufspraxis als Nutzen betont werden, als auch deutlich gemacht werden, dass die Teilnahme durch ein Zertifikat nachgewiesen wird, um so Interesse bei den Studierenden zu wecken. Weiterhin scheint sich der einfache Zugang zum SOA (unkomplizierte Anmeldung, kostenlos) als positiv auszuwirken, denn so werden Investitionshürden bei den Studierenden gemindert. Diese Kriterien sollten demzufolge weiterhin bestehen bleiben. Als Anreizstruktur zur Teilnahme können Werbekampagnen im universitären Umfeld dienen, oder die Ansprache durch die Dozenten.

Da sich der Facharztwunsch als volatil erwiesen hat, ist es sinnvoll zu versuchen die Studierenden langfristig an die chirurgische Fachdisziplin zu binden. So wäre die Konzeption von Mentorenprogrammen oder eines Kurses, der auf dem SOA aufbaut, denkbar. Zwar bedeuten diese Empfehlungen zeitliches Engagement seitens der Mitglieder der DGAV, aber wenn die erhoffte Wirkung eintritt sind die Studierenden von heute, die Kollegen von morgen, die es gilt von der eigenen Fachdisziplin zu überzeugen.

6. Resümee

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigte sich mit der Frage, inwiefern die Teilnahme am Zertifikat SOA der DGAV, die Entscheidung für eine chirurgische Facharztweiterbildung beeinflusst. Insbesondere sollte untersucht werden, warum Indifferente nach der Teilnahme noch immer unentschieden bezüglich ihrer Facharztwahl sind. Angesichts dieser Frage wurden zunächst die theoretischen Grundlagen der ärztlichen Ausbildung beleuchtet. Dabei zeigte sich, dass die Studierenden – bedingt durch die Approbationsordnung – kaum Freiheiten in ihrer Fächerwahl haben und vor allem zu Beginn ihres Studiums, ein hohes Pensum an Pflichtkursen und Prüfungen ableisten müssen. Haben sie erfolgreich das zweite Staatsexamen bestanden, bietet sich den Studierenden eine Fülle an Facharztweiterbildungen, aus denen sie auswählen können. Um den Forschungsgegenstand angemessen zu beleuchten, wurde daraufhin der Beruf des Chirurgen, inklusive der Berufsanforderungen und Arbeitsbedingungen dargestellt. Dabei zeichneten sich Arbeitsbelastungen, bedingt durch erhöhte Arbeitszeit und Arbeitsverdichtung ab, denen die Personengruppe charakterlich gewachsen sein muss. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass immer mehr Frauen – auch bedingt durch den gestiegenen Frauenanteil im Medizinstudium – die Chirurgie als fachärztliche Weiterbildung wählen.

Die Darlegungen der Abschnitte des Fachkräftemangels inbegriffen des Forschungsstandes zur Wahl der Facharztweiterbildung von Studierenden im Hinblick auf die Chirurgie konnten zeigen, dass das hier bearbeitete Forschungsthema seiner Relevanz gerecht wird: Die Faktoren, welche Einfluss auf Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt nehmen, deuteten darauf hin, dass es künftig weniger Chirurgen geben werde, als für eine zufriedenstellende medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung nötig wären. Nach Ausführungen zu aktuellen Erkenntnissen, wie dem abnehmenden Interesse an der Chirurgie im Laufe des Studiums, verschärfte sich die Prognose eines Fachkräftemangels innerhalb der chirurgischen Fachdisziplin.

Die HKT, welche aufgrund ihrer Eignung zur Erklärung von Bildungsentscheidungen in dieser Forschungsarbeit verwendet wurde, diente als theoretisches Gerüst für die Herleitung der aufgestellten Hypothesen. Zwar stellte sich innerhalb des Abschnittes zur Kritik an der Theorie heraus, dass manche ihrer Annahmen entkräftet werden konnten, die Theorie jedoch im Zeitverlauf verbessert und erweitert wurde und sie, wie der Forschungsstand zur HKT zeigte, anschlussfähig für weitere theoretische Ansätze ist. So konnte herausgearbeitet werden, dass neben dem erwarteten Nutzen einer Bildungsmaßnahme, ebenfalls soziales Kapital, Gelegenheitsstrukturen und persönliche und fremde Einstellungsmuster, eine wichtige Rolle bei der Erklärung von Bildungsinvestitionen, einnehmen.

Um zu verstehen mit welchen Bildungsentscheidungen sich diese Arbeit im Speziellen beschäftigt, wurde das Angebot der DGAV – das Zertifikat SOA – näher vorgestellt und der Forschungsstand zu diesem Bildungsangebot skizziert. Anhand der Darlegung der quantitativen Studien, konnte dem Kurs ein positiver Effekt auf den Berufswunsch Chirurg, nach Abschluss des Kurses, bescheinigt werden; jedoch blieb offen, wieso ein Teil der Studierenden, nach Besuch des Kurses, weiterhin unentschieden bezüglich der Facharztwahl war. Hier setzte das qualitative Untersuchungsdesign dieser Arbeit an. Um diesem Forschungsinteresse gerecht zu werden, wurden anhand der erörterten Theorie forschungsleitende Hypothesen aufgestellt, die mithilfe eines adäquaten Untersuchungsdesigns überprüft wurden. Mithilfe eines Leitfadens wurden zum einem Studierende, die an besagtem Bildungsangebot teilnahmen, und zum anderen Medizinstudierende, denen dieses Angebot nicht bekannt war, befragt. Durch Kategorienbildung, sowohl vorab anhand des Interviewleitfadens, als auch entlang der Transkripte, wurde das Datenmaterial geordnet und so präsentierbare Ergebnisse gewonnen. Zwar sind diese aufgrund des qualitativen Untersuchungsdesigns nicht verallgemeinerbar, dennoch konnten aufschlussreiche Erkenntnisse über den Untersuchungsgegenstand gewonnen werden.

Insgesamt war die Heterogenität der relevanten Merkmale der Befragten, wie Geschlecht, Studienort und Studienfortschritt, relativ groß. Zwar befand sich die Hälfte der Befragten der Kontrollgruppe bereits im PJ, aber dies stellte sich als sinnvoll für das Forschungsthema heraus. Denn so konnte herausgefunden werden, dass die Facharztwahl selbst bei weitem Fortschritt im Studium, noch nicht abgeschlossen ist und weiterhin Gelegenheitsstrukturen Einfluss auf die Wahl der Facharzttrichtung nehmen. Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen von Bauer (2007), der herausfand, dass im Laufe des Studiums die Vorstellungen über künftige Tätigkeiten zwar präziser werden, aber insbesondere die Erfahrungen während des PJ die Entscheidung für die Facharztwahl beeinflussen.

Es konnte parallel zum Stand der Forschung gezeigt werden, dass Frauen die chirurgische Fachdisziplin weniger für sich in Betracht ziehen als Männer. Jedoch konnte in der vorliegenden Untersuchung festgestellt werden, dass auch männliche Befragte die Fachdisziplin im Hinblick auf Vereinbarkeit mit einem Familienleben bewerten und es deswegen ebenfalls unattraktiver finden, eine chirurgische Weiterbildung aufzunehmen. Dies widerspricht den Forschungsergebnissen von Franzke und Jäger (2014), die eine Männerdominanz in der Chirurgie auf die Spezifika einer „harten“ Fachrichtung zurückführen. Dagegen konnten in dieser Untersuchung Faktoren identifiziert werden, die unabhängig vom Geschlecht auf die Wahl der Facharztweiterbildung wirken: Es konnte gezeigt werden, dass der Facharztwunsch im Studium stark dem Wandel un-

terworfen ist und der Kurs deshalb – trotz seiner Fülle an Informationen zur Berufspraxis als Chirurg – nur ein Faktor von vielen ist, die die Facharztwahl beeinflussen. Anhand der Aussagen der Experimentalgruppe konnte festgestellt werden, dass die damaligen Angaben bezüglich des Berufswunsches Chirurg teilweise revidiert oder eingeschränkt wurden. Ebenfalls lieferte die Kontrollgruppe Evidenzen zur Volatilität des Berufswunsches. Zwar haben die Studierenden aufgrund ihrer Persönlichkeit, Präferenzen bezüglich ihrer Facharztwahl herausgebildet, doch durch Fortschreiten des Studiums eröffnen sich ihnen neue Fachrichtungen, die zugleich neue Handlungsoptionen für sie aufzeigen. Aus diesen Gründen erweist es sich zum jetzigen Zeitpunkt als schwierig eine Einschätzung über einen Langzeiteffekt des Kurses abzugeben, weshalb im Rahmen einer anschließenden Längsschnittstudie, Daten zur Wahl der Facharztweiterbildung der Studierenden erhoben werden könnten, um so Rückschlüsse auf langfristige Wirkungen des SOA zu ziehen. So bleibt abzuwarten inwieweit, das Ausbildungsangebot der DGAV dazu beiträgt die Angebotslücke mit geeignetem Fachpersonal zu füllen. Ob Handlungsoptionen in Famulaturen oder im PJ wahrgenommen werden, hängt sowohl von der Einstellung zum Fach, bedingt durch Primär- und Sekundärerfahrungen, als auch von Gelegenheitsstrukturen ab. Bezogen auf Primärerfahrungen zeigte sich, dass Dozenten (bzw. Lehrenden) eine wichtige Rolle beim Einfluss auf die Facharztwahl zukommt.

Losgelöst von der individuell präferierten Fachrichtung, zeigt sich hier der Wunsch in einem guten Team arbeiten zu können, als dominant bei der Facharztwahl. Dieser Befund erweitert den bisherigen Forschungsstand zur Facharztwahl von Studierenden der Medizin, stellt den chirurgischen Sektor aber zugleich vor einige Herausforderungen: Zum einen stellt sich die Frage, wie bei rauem Umgangston und hierarchischen Strukturen ein Team entstehen kann, von dem die Studierenden sich wünschen mit zusammenarbeiten zu dürfen. Zum anderen wirken sich ebenfalls Arbeitsverhältnisse, Arbeitsumfeld als auch Arbeitsbedingungen auf die Teamarbeit aus. So wäre es interessant in einer weiterführenden Studie zu erfragen, wie Studierende ein „gutes“ Team definieren und aus welchen Qualitäten sich dieser Terminus zusammensetzt, um zu ergründen, inwieweit die so erfragten Kriterien mit den Arbeitsbelastungen in der Chirurgie konfliktieren. Für die Entwicklung der Arbeitsbelastung ist absehbar, dass sie aufgrund einer stetigen Ökonomisierung und Alterung der Bevölkerung größer werden wird. Gleichzeitig verringert sich auch das Erwerbspersonenpotential, weshalb die Chirurgie deutlich attraktiver für Frauen und für Männer werden muss, um einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Jedoch ist unbestritten, dass in Bezug auf den hohen Frauenanteil im Medizinstudium, der Wandel der Arbeitsbedingungen, hin zu familienfreundlicheren Konzepten – wie Teilzeitarbeit oder Kinderbetreuung – unabdingbar scheint; auch um generell mehr weibliche Erwerbspersonen als potentielle Chirurgin-

nen für sich gewinnen zu können. Bezogen auf die Frauenfreundlichkeit des Faches stellt sich weiterhin die Frage, wieso der Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V., der in dieser Untersuchung aufgrund eines ähnlichen Angebotes, wie das der DGAV zur Sprache kam, das weibliche Pendant „Chirurginnen“ noch nicht in seinem Namen trägt. Zu dem Rekrutierungsproblem der Chirurgie trägt außerdem ihr Image bei. Dieses prägt die Sekundärerfahrungen in der Art, dass Personen, die körperlich, menschlich und von ihren Präferenzen eigentlich wie geschaffen für die Chirurgie wären, diese gar nicht erst in ihre engere Auswahl für eine fachärztliche Weiterbildung beziehen. So sollte weiter energisch an dem Image der Fachrichtung gearbeitet werden.

Der Kurs SOA wurde von allen Befragten positiv bewertet, insbesondere wegen der hohen praktischen Anteile, die vor allem nach einer theorielastigen Phase des Studiums geschätzt wurden und als erwarteter Nutzen der Teilnahme bei den Befragten ausgemacht werden konnte. Als ein weiterer Nutzenaspekt des SOA konnte die Signalfunktion des Zertifikates im Bewerbungsprozess ausgemacht werden. Konform zu der Wirksamkeitsthese der HKT konnte gezeigt werden, dass der Kurs bei den teilnehmenden Studierenden zu einer Leistungssteigerung (Arbeitsroutine und Selbstsicherheit im OP) beitrug – auch wenn dies nur subjektiv von den Teilnehmern im Vergleich zu ihren Kommilitonen beurteilt werden konnte. Ob das individuell gesteigerte Leistungsvermögen auch in größere Produktivität resultiert, könnte in weiterführenden Forschungsprojekten bearbeitet werden. So könnten Befragungen von Vorgesetzten darauf abzielen, wie sie die Produktivität von SOA-Teilnehmern beurteilen und diese im Gegensatz zu anderen Medizinstudierenden bewerten. Außerdem wäre es interessant gewesen zu erfahren, ob sich die einzelnen Fachrichtungen der Chirurgie hinsichtlich der Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen unterscheiden. Dies konnte nicht festgestellt werden, da die Fragen des Leitfadens auf das Gebiet der Chirurgie im Allgemeinen abzielten und die Befragten deshalb bei ihren Aussagen nicht nach Fachgebiet differenzierten. So könnte ein Ansatzpunkt für tieferegreifende Studien sein, nach den Arbeitsbedingungen je chirurgischem Arbeitsfeld zu unterscheiden, um so festzustellen, ob sich die Aussagen über die Arbeitsbedingungen auf alle chirurgischen Facharzttrichtungen beziehen, oder sich vielleicht auf eine bestimmte konzentrieren oder klinikspezifisch sind.

Weiterhin konnte herausgefunden werden, dass der SOA für die Studierenden als solide Informationsgrundlage dient, um sich über die Arbeitsweise und Arbeitsbedingungen in der Chirurgie eine Meinung bilden zu können. Zu den hier geschilderten Arbeitsbedingungen, konnte festgestellt werden, dass diese nicht von allen der Befragten so belastend wahrgenommen werden und sie sich in chirurgischen Abteilungen wäh-

rend ihrer praktischen Tätigkeit dort wohl fühlten. Mit solcherlei Gegenbeweisen gilt es frühzeitig Studierende für die Chirurgie zu begeistern und die potentiellen Arbeitnehmer an sich zu binden. Großes Potential dafür bietet das Bildungsangebot der DGAV. Zum einen kann sie die fehlende Praxis von Studierenden im Studium für sich nutzen, um Teilnehmer für ihre Bildungsmaßnahme zu gewinnen, indem sie richtige Anreize setzt; nach dem vorklinischen Teil auf Gelegenheitsstrukturen aufmerksam macht und so neue Teilnehmer, neben der persönlichen Weiterempfehlung, rekrutiert. Zum anderen bietet die durchweg als positiv bewertete Lehre während der Zertifikatsteilnahme – im Zusammenhang mit dem hier ermitteltem Einfluss guter Dozenten auf die Facharztwahl – Potential dazu beizutragen, künftig die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

- Ackerschott, S. (2010): *Evaluationsstudie zum Zertifikat „Studentische(r) OP-Assistent(in)“*: Unveröffentlichter Forschungsbericht, Ruhr-Universität Bochum.
- ÄApprO (Approbationsordnung für Ärzte) vom 27. Juni 2002.
- Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Neubauer, J. (2010): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. 5., durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bardeleben, R., von, Beicht, U., Herget, H. & Klekei, E. (1996): *Individuelle Kosten und individueller Nutzen beruflicher Weiterbildung. Berichte zur beruflichen Bildung, 201*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Barz, H. (2010): *Handbuch Bildungsfinanzierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, H. (2007): Chirurgie in neuen Strukturen Auswirkungen auf den Nachwuchs. In: *Trauma und Berufskrankheit*, 9(3), 264-273.
- Bauer, H. (2009): Zur aktuellen Situation der chirurgischen Weiterbildung. In: *Zentralblatt für Chirurgie*, 38(4), 336-345.
- Baur, N. & Blasius, J. (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Becker, Rolf (2011): Bildungssoziologie – Was sie ist, was sie will, was sie kann. In Becker, R. (Hrsg.): *Lehrbuch der Bildungssoziologie*. 2., überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-36.
- Becker, Rolf (2011): *Lehrbuch der Bildungssoziologie*. 2., überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, R. (2012): Bildungsungleichheit im Lichte aktueller Theorieanwendung in der soziologischen Bildungsforschung. In Bergman, M., Hupka-Brunner, S., Meyer, T., & Samuel, R. (Hrsg.): *Bildung – Arbeit – Erwachsenwerden*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 43-75.
- Becker, R., & Hadjar, A. (2006): *Die Bildungsexpansion: erwartete und unerwartete Folgen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beicht, U. & Walden G., (2006): Individuelle Investitionen in berufliche Weiterbildung – Heutiger Stand und künftige Anforderungen. In: *WSI Mitteilungen*, 6, 327-334.
- Bergman, M., Hupka-Brunner, S., Meyer, T. & Samuel, R. (Hrsg.) (2012): *Bildung – Arbeit – Erwachsenwerden*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V., (2017): Nur Mut Minden! Kein Durchschnittsjob Chirurgin! <https://www.bdc.de/events/nur-mut-chirurgie-zum-mitmachen-01-april-2017-minden/>, (06.06.2017).
- Bögenhold, D. (2015): *Gesellschaft studieren, um Wirtschaft zu verstehen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4., überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Brussig, M. (2015): Demografischer Wandel, Alterung und Arbeitsmarkt in Deutschland. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, 67, 295-324.
- Bublak, R. & Römer, T. (2012): Roboter braucht länger für die Myomektomie. In: *Gynäkologie + Geburtshilfe*, 17, 17-17.
- Buddeberg-Fischer, B., Illés, C. & Klaghofer, R. (2002): Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. In: *Gesundheitswesen*, 6(64), 353-362.
- Bundesagentur für Arbeit (2016): *Gute Bildung – gute Chancen Der Arbeitsmarkt für Akademikerinnen und Akademiker*, Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

- Bundesärztekammer (2015a): *Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen*. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf (26.06.2017).
- Bundesärztekammer (2015b): *(Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015*. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf (26.06.2017).
- Bundesärztekammer (2015c): *Ärztestatistik*. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf (27.06.2017).
- Bundesärztekammer (2015d): *Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte*. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/> (27.06.2017).
- Bundesärztekammer (o. J): *Medizinstudium und ärztliche Tätigkeit in Deutschland*. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/internationales/medizinstudium-und-aerztliche-taetigkeit-in-deutschland/> (26.06.2017).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): *Arbeitsmarktprognose 2030 Eine strategische Vorausschau auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage in Deutschland*. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a756-arbeitsmarktprognose-2030.pdf?__blob=publicationFile (27.06.2017).
- BÄO (Bundesärzteordnung) vom 16. April 1987.
- Bußmann, S. (2015): 2015 Aktuelle Herausforderungen in der Wirtschaftsförderung. In Lempp, J., Beek, G., van der & Korn, T. (Hrsg.): *Aktuelle Herausforderungen in der Wirtschaftsförderung Konzepte für eine positive regionale Entwicklung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 45-50.
- Buxel, H. (2009): Arbeitsplatz Krankenhaus: Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 106, 506-509.
- DGAV (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie): *Studentische/r OP Assistent/in*. https://www.dgav.de/fileadmin/media/freigaben/cajc/Studentischer_OP_Assistent_-_Zertifikat.pdf (07.07.2017).
- Diekmann, Andreas (2011): *Empirische Sozialforschung Grundlagen Methoden Anwendungen*. 5. Auflage, Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Döhrn, R. & Schmidt, C. (2007): Kein Stein der Weisen – Prognosen erfordern eine intelligente Nutzung. In: *Wirtschaftsdienst*, 87(1), 54–56.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2011): *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 2. Auflage, Marburg: Eigenverlag.
- Eckart, W. (2009): *Geschichte der Medizin Fakten Konzepte Haltungen*. 6., völlig neu bearbeitete Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Eckart, W. (2013): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. 7., völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Eisenhardt, P. (2012): *Der Einfluss des Personalmanagements auf den Unternehmenserfolg*. Dissertation, Universität Duisburg-Essen, 2012. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- European association of endoscopic surgeons (EAES) (2014): Consensus statement on the use of robotics in general surgery. In: *Surgical Endoscopy*, 29(2), 253-288, http://download.springer.com/static/pdf/816/art%253A10.1007%252Fs00464-014-3916-9.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00464-014-3916-9&token2=exp=1484221008~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F816%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00464-014-3916-9.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00464-014-3916-9*~hmac=a25236fa9b7c5fddd4e19dc07d36cea0dea7de7619710a3aa0d11e5d7f91c708 (26.07.2017).

- Fuchs, J., Söhnlein, D. & Weber, B. (2011): Projektion des Arbeitskräfteangebots bis 2050 Rückgang und Alterung sind nicht mehr aufzuhalten. In: *IAB Kurzbericht*, 16, <http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb1611.pdf> (27.06.2017).
- Franzke, B. & Jäger, V. (2014). Karriereaspirationen von Medizin-Studentinnen – Wie attraktiv sind die "harten" Fachrichtungen? Eine explorative Studie zum Genderwandel in der Medizin. In: *Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW*, 34, 31-41.
- Green, D. & Shapiro, I. (1999): *Rational Choice: Eine Kritik Am Beispiel von Anwendungen in der Politischen Wissenschaft*. Übersetzung aus dem Amerikanischen von Schmitt, A., München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Häder, M. (2010): *Empirische Sozialforschung Eine Einführung*. 2., überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Harendza, S. & Guse, A. (2009): Das Medizinstudium als Bachelor- und Master Studiengang. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 9, 929-932.
- Heinz, A. & Jacob, R. (2012): Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven In welcher Fachrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? In: *Bundesgesundheitsblatt*, 55(A), 245-253.
- Hooß, K. (2014): *Wissenschaftliche Weiterbildung für IT-Wissensarbeiter*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hummelsheim, S. & Timmermann, D. (2010a): Humankapital und Bildungsrendite – Die Perspektive der Wirtschaftswissenschaften Humankapital und Bildungsrendite. In Barz., H.: *Handbuch Bildungsfinanzierung Politische Zuständigkeiten und soziale Benachteiligungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 123-133.
- Hummelsheim, S. & Timmermann, D. (2010b): Bildungsökonomie. In Tippelt, R. & Schmidt, B.: *Handbuch Bildungsforschung*. 3., durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 93-134.
- Iellatchitch, A., Mayrhofer, W. & Meyer, M. (2003): Career fields: a small step towards a grand career theory? In: *The international journal of human resource management*, 14, 728-750.
- Intuitive Surgical (2017): The da Vinci Surgical System. https://www.intuitivesurgical.com/products/davinci_surgical_system/, (12.01.2017).
- Jacob, R., Kopp, J. & Schultz, S. (2014): *Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Kassenärztliche Bundesvereinigung http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf (27.06.2017).
- Jurt, J. (2012): Bourdieus Kapital-Theorie. In: *Bildung – Arbeit – Erwachsenwerden*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 21-41.
- Kadmon, M., Ganschow, P., Gillen, S., Hofmann, H., Braune, N., Johannink, (...) & Berberat, P. (2015): Der kompetente Chirurg. Brückenschlag zwischen der Ausbildung im Praktischen Jahr und der chirurgischen Weiterbildung. In: *Der Chirurg*, 84(10), 859-868.
- Kaufmann, K. & Widany, S. (2013): Berufliche Weiterbildung – Gelegenheits- und Teilnahmestrukturen. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 16, 29-54.
- Kissler, H. & Settmacher, U. (2016): Roboterassistierte Operationen in der Viszeralchirurgie. In: *Der Chirurg*, 87(8), 633-634.
- Klose, J. & Rehbein I. (2015): *Ärzteatlas 2015 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK), https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2015_0615.pdf, (29.06.2017).
- Kloß, A. (2016): *Der Studienwahlprozess Soziale und institutionelle Einflussfaktoren*. Dissertation, Universität Erfurt, Wiesbaden. Springer Fachmedien.
- Kopetsch, T. (2008): Ärztewanderung Das Ausland lockt. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105(14), 716-719.

- Kopetsch, T. (2010): *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung*. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Krekel, E. & Walden, G. (2007): What influence do work-life situations and vocational orientation measures exert on individual commitment to continuing training? In: *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 40(2), 271-293.
- Kristen, C. (1999): *Bildungsentscheidungen und Bildungsungleichheit – ein Überblick über den Forschungsstand*. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung Nr. 5, http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2014/5100/pdf/wp_5.pdf, (30.06.2017).
- Kühne, M. (2009): *Berufserfolg von Akademikerinnen und Akademikern Theoretische Grundlagen und empirische Analysen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2. Auflage, Weinheim: Juventa.
- Kuckartz, U. Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lempp, J., Beek, G., van der & Korn, T. (2015): Aktuelle Herausforderungen in der Wirtschaftsförderung. In: *Aktuelle Herausforderungen in der Wirtschaftsförderung Konzepte für eine positive regionale Entwicklung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 45-50.
- Lente, A., Meyer, K. & Sättele, A. (2015): *Forschungsprojekt „Zertifikat ‚studentische(r) OP-Assistent‘“*. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Ruhr-Universität Bochum.
- Litz, Stefan (2012): *Karrieremanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Lösch, G. (2014): *Plastische Chirurgie – Ästhetik Ethik Geschichte Kulturgeschichte eines medizinischen Fachgebiets*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Marburger Bund (2016a): *Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern*. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2017/tv-aerzte-vka/tv-aerzte-vka-i-d-f-6-aenderungstv.pdf>, (26.06.2017).
- Marburger Bund (2016b): *Viele Arztstellen an kommunalen Krankenhäusern unbesetzt Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte steigt unaufhörlich*. <https://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein-pressemittelungen-tarifpolitik-kommunale-krankenhaeuser/2016/viele-arztstellen-kommunalen-krankenhaeusern-unbesetzt>, (01.07.2017).
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte, überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz.
- Melcher, A. & Müller, A. 2016: *Lehrforschungsprojekt „Studentischer OP Assistent“*. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Ruhr-Universität Bochum.
- Miebach, B. (2014): *Soziologische Handlungstheorie Eine Einführung*. 4., überarbeitete Vorlage Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Miebach, B. (2017): *Praxishandbuch Human Resource Management*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- OECD (2001): *The Well-being of Nations The role of Human and Social Capital, Education and Skills*. <http://www.oecd.org/site/worldforum/33703702.pdf>, (30.06.2017).
- Oubaid, V. & Jähne, J. (2013): Human resource management Wie finden wir die geeignetsten ChirurgenInnen?. In: *Der Chirurg*, 84(10), 55-58.
- Paulmann, V., Fischer, V., Dudzinska, A. & Pabst, R. (2014): Chirurgie als Weiterbildungsfach für Ärztinnen. Ergebnisse von Lehrevaluationen und Absolventenstudien an der MHH. In: *Der Chirurg*, 86(6), 595-602.
- Pollmann-Schult, M. (2006): Veränderung der Einkommensverteilung infolge von Höherqualifikationen In: Becker, R. & Hadjar, A.: *Die Bildungsexpansion: erwartete und unerwartete Folgen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 157-176.
- Prognos (2015): *Der „Arztlohn“ und die Anpassung des Orientierungswertes*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/aerzteverguetung/2015-08-11_Prognos-Studie_Arztlohn.pdf, (29.06.2017).

- Prognos (2016): *Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern*. Auftraggeber: Ministerium für Gesundheit
https://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/20151221_Prognos_Bericht_Auslaendische_Beschaeftigte_Versand.pdf, (27.06.2017).
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2012): *Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen*. Endbericht. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/RWI-Gutachten_Mengenentwicklung_2012_06_08.pdf, (13.01.2017).
- Renner, C. (2016): *Der Arzt in der Wirtschaft. Den Wechsel erfolgreich vorbereiten und durchführen*. Wiesbaden: Springerfachmedien.
- Rosta, J.(2006): Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104(36), 2417-2422, <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=56790>, (26.06.2017).
- Sesselmeier, W. & Blauermel, G. (1998): Das neoklassische Standardmodell. In: *Arbeitsmarkttheorien Ein Überblick*. Physica-Verlag, 45-60.
- Sesselmeier, W. & Blauermel, G. (1998): *Arbeitsmarkttheorien Ein Überblick*. 2. Auflage, Heidelberg: Physica-Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2013a): *Unternehmen und Arbeitsstätten Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/KostenStruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?__blob=publicationFile, (01.07.2017).
- Statistisches Bundesamt (2013b): *51 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren bei stationären Patienten im Jahr 2012*. Pressemitteilung, 359/13, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13_359_231.pdf?__blob=publicationFile, (27.06.2017).
- Statistisches Bundesamt (2014): *Operationen in Krankenhäusern: Plus von 30 % zwischen 2005 und 2013*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/OperationenDeutschlandEntwicklung.html>, (27.06.2017).
- Statistisches Bundesamt (2015): *Neue Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland bis 2060*. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15_153_12421.html, (27.06.2017).
- Statistisches Bundesamt (o. J.): *Studierende*. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html?cms_gtp=152382_list%253D1&https=1, (28.06.2017).
- Stiftung für Hochschulzulassung (2013): *Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Universitäten*. https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/WiSe2013_14/bew_all_ws13.pdf, (26.06.2017).
- Stiftung für Hochschulzulassung (2014): *Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Hochschulen*. https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/WiSe2014_15/bew_alle_ws14.pdf, (26.06.2017).
- Stiftung für Hochschulzulassung (2015): *Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Hochschulen*. https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2015_16/bew_alle_zv_ws15_16.pdf, (26.06.2017).
- Stiftung für Hochschulzulassung (2016a): *Auswahlgrenzen in den bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen*. https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2016_17/nc_zv_ws16.pdf, (26.06.2017).

- Stiftung für Hochschulzulassung (2016b): *Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Hochschulen*.
https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2016_17/bew_zv_ws16_17.pdf, (26.06.2017).
- Stocké, V., Blossfeld, H., Hoenig, K., & Sixt, M. (2011): Social inequality and educational decisions in the life course. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 14(2), 103-119.
- Thielscher, C. (2015): Grundlagen der Wirtschaftswissenschaften. In: *Medizinökonomie 1 Das System der medizinischen Versorgung*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag, 81-114.
- Thielscher, C. (2015): *Medizinökonomie 1 Das System der medizinischen Versorgung*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Tippelt, R. & Schmidt, B. (2010): *Handbuch Bildungsforschung*. 3., durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Turchetti, G., Palla, I., Pierotti, F. & Cuschieri, A. (2012): Economic evaluation of da Vinci-assisted robotic surgery: a systematic review. In: *Surgical Endoscopy*, 26(3), 598-606, http://download.springer.com/static/pdf/756/art%253A10.1007%252Fs00464-011-1936-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00464-011-1936-2&token2=exp=1484222399~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F756%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00464-011-1936-2.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00464-011-1936-2*~hmac=eea719688d5629ecc403e1d6c2f2fd07ded31b6a484bcc8fd7c556bcc97e9b27, (01.07.2017).
- Ulsenheimer, K. (2015): Fehlentwicklungen in der Medizin: Verrechtlichung und Ökonomisierung. In: *Medizinrecht*, 33(11), 757-762.
- Wolter, S. (2002): Bildungsökonomie – Eine Standortbestimmung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 24(1), 149-169.
- ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2014): *Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2014 Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2010 bis 2013*. https://www.zi-pp.de/pdf/Jahresbericht_2014.pdf, (26.06.2017).

Anhangsverzeichnis

Anhang	Nr.	Bezeichnung
Anhang	A	Forschungstheoretische Herleitung des Leitfadens
Anhang	B	Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing & Pehl (2003)
Anhang	C	Interviewleitfaden
Anhang	D	Transkripte der Interviews (in digitaler Version enthalten)
Anhang	E	Kategoriensystem mit Definitionen und Ankerbeispielen (in digitaler Version enthalten)

Anhang

(A) Forschungstheoretische Herleitung des Leitfadens

Zu überprüfende Hypothesen:

- H1:** Der Kurs bietet den Medizinstudierenden zu wenig Informationen für eine Entscheidungsfindung zu Gunsten der chirurgischen Fachdisziplin
- H2:** Der Kurs führt dazu, dass die Kosten-Nutzen-Bilanz der Medizinstudierenden ausgeglichen ist, weshalb sie keine Entscheidung fällen
- H3:** Personen sehen den Kurs, neben weiteren Angeboten für andere Fachrichtungen, als eine Möglichkeit Informationen zu gewinnen.
- H4:** Der Nutzen aus der Teilnahme am Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ definiert sich durch andere Faktoren, als durch eine Vergewisserung bezüglich des Berufswunsches Chirurg (Einblick Praxis, Anrechenbar)

Arbeitstabelle			
Frage	Hypo- these	Begründung/Bezug	Anmerkung
Fragebogen A: KONTROLL- und EXPERIMENTALGRUPPE			
Teil 1: Studium			
<p>1. Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren?</p> <p><i>Welche Personen/Ereignisse /Erfahrungen haben dich besonders in deiner Entscheidung beeinflusst und warum? Hast du davor bereits Erfahrungen im medizinischen Bereich gemacht? Im wievielten Semester befindest du dich aktuell? Wie lässt sich dein Studium mit deinem Privatleben/Nebenjob kombinieren? Hast du einen Nebenjob? Zeitlicher Aufwand pro Woche?</i></p>	H1, H2	<p>H1: Studierende, die sicher bezüglich ihrer Wahl sind, Chirurg werden zu wollen, sind nach Teilnahme noch sicherer; Indifferente noch unsicherer (siehe Ergebnisse LFP). Persönliche Erfahrungen formen Individuen, und fließen in die Kosten-Nutzen-Kalkulation der Berufswahl mit ein, weshalb Aspekte der Entscheidungsbeeinflussung hinsichtlich der Berufswahl der Befragten schon vor dem Studium erfragt werden müssen. Da die „Vererbungsrate“ unter Medizinern vergleichsweise hoch ist, ließe sich mutmaßen, dass das Studienfach als naheliegend von vielen Medizinstudenten empfunden wurde, aber die genaue Fachrichtung noch ungewiss ist. -> Gelegenheitsstrukturen erfragen -> soziales Kapital + Teilnahme -> familiäre Bindung - Teilnahme</p> <p>H2: Die Kosten-Nutzen-Bilanz ist aufgrund des Kurses ausgeglichen, aber welche Kosten- und Nutzenaspekte wurden bisher von den Befragten berücksichtigt? Generell: Einflüsse auf Studien- und Berufswahl erfragen</p>	<i>Eisbrecherfrage:</i> Einstieg, einfach zu beantworten, da subjektiv. Befragter kann von sich erzählen, reflektieren und in die Befragung reinkommen
<p>2. Wie gefällt dir dein Studium?</p> <p><i>Was gefällt dir am besten? Was gefällt dir nicht? Hast du Verbesserungsvorschläge? Regel- oder Modellstudiengang?</i></p>	H3, H4	<p>H3: Je nach Universität und Zufriedenheit mit den Kursen kann die Gesamtzufriedenheit und Erfahrungen, welche sich auf die Informationsfülle auswirken, variieren. Unterschiedliche Erfahrungen je nach Universität H4: Vielleicht kann man Rückschlüsse von der Zufriedenheit mit dem Studium auf den Nutzen den das Zertifikat jeden einzelnen stiftet ziehen</p>	<i>Meinungs- bzw. Bewertungsfrage,</i> subjektiv

3. Inwiefern denkst du ist die Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf? <i>Warum? Was wirkt sich positiv aus? Was negativ? Wie sieht es mit praktischer Erfahrung aus?</i>		Wird die Studienzeit als relevant wahrgenommen? Werden ihre Inhalte als Informationen für eine Entscheidungsfindung wahrgenommen? Wie ist die Einstellung zu praktischen Angeboten?	<i>Bewertungsfrage</i>
Teil 2: Formung des Berufswunsches			
4. Inwiefern hast du einen Überblick über mögliche Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen? <i>Woher weißt du das?</i>		Generell: Welchen Informationsstand haben Studenten über mögliche Berufsfelder (Konkurrenz zur Chirurgie) Ggf. haben sich Zertifikatsteilnehmer schon mehr Gedanken über Berufsmöglichkeiten gemacht? Vgl. Kontroll- und Experimentalgruppe -> Haben höhere Semester einen besseren Überblick?	<i>Überleitungsfrage</i>
5. Inwiefern hast du einen Überblick über die Facharzttrichtungen, die du nach dem Studium einschlagen kannst?	H1, H2, H3, H4	Wie viel wurde sich mit dem Thema Berufswahl/Qualifikation beschäftigt? Welche Informationen haben Studierende? Welche Präferenzen?	<i>Wissensfrage</i>
6. Was möchtest du beruflich nach dem Medizinstudium machen und warum? <i>Warum bist du dir unsicher? / Wie sicher bist du dir? Von welchen Faktoren hing dieser Wunsch ab? Was würde dir deine Wahl erleichtern?</i>	H2	H2: Höhere Semester sollten sich sicherer bezüglich ihrer Berufswahl sein, da sie mehr Erfahrung und somit Entscheidungsgrundlage besitzen. Personen, die sich bezüglich ihres Karriereweges sicherer sind als andere, sollten konkrete Vorstellungen haben, weshalb der Kurs als Vergewisserung dienen würde. Bei Indifferenten führt er weiterhin zur Verunsicherung. Sie sollten also noch wenig Ahnung über ihren Karriereweg haben. Generell: Faktoren der Berufswahl erfragen. Unterschied Experimental- und Kontrollgruppe	<i>Absichts-, Projektivfrage</i>
7. Inwiefern hat sich dein Berufswunsch im Verlaufe des Studiums verändert?	H2	H2: Veränderung der Kosten-Nutzen-Bilanz im Laufe des Studiums Je mehr Semester desto sicherer bezüglich des Berufswunsches, Abnahme Berufswahl Chirurg im Laufe des Studiums und Vergleich der Gruppen	<i>Erinnerungsfrage</i>
8. Was würde für dich beruflich nicht in Frage kommen und warum? <i>Welcher Facharzt wäre für dich am unattraktivsten? Was würde dir deine Wahl erleichtern?</i>		Chirurgie gilt als unattraktiv wegen Arbeitszeiten, familienfeindlich, Frauen haben andere Präferenzen als Männer	<i>Meinungsfrage</i>
Teil 3: Image der Chirurgie			
9. Wie empfindest du das Image der Chirurgie?		Subjektive Meinung, je nach Empfinden entscheiden sich Befragte für oder gegen diese Fachrichtung, Gruppenvergleich, familienunfreundlich	<i>Meinungsfrage</i>
10. Wie, würdest du sagen, empfindet die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie?		Rückschlüsse von der Meinung der anderen, auf die eigene Meinung ziehen (und umgekehrt), Gruppenvergleich	<i>Meinungsfrage, antizipierend</i>

11. Und wie denkst du, findet die Mehrheit der Bevölkerung das Image der Chirurgie?		Rückschlüsse von der Meinung der anderen, auf die eigene Meinung ziehen (und umgekehrt), Gruppenvergleich	<i>Meinungsfrage, antizipierend</i>
12. Was müsste sich ändern, damit für dich ein Facharzt in allg. Chirurgie/Viszeralchirurgie in Frage käme? (Umstände, Arbeitsbedingungen...)		Liefert Implikationen für die Attraktivitätssteigerung des Fachbereiches der Chirurgie	<i>Absichts-, Projektivfrage</i>
Teil 4: Wahrnehmung praktischer Weiterbildungsangebote			
13. Kennst du Angebote für Studierende der Medizin, welche neben dem Studium, einen praktischen Einblick in bestimmte Fachrichtungen gewähren? <i>Wenn ja: Welche, teilgenommen? Welchen Nutzen ziehst du daraus? War das vor oder nach Zertifikatsteilnahme? (EXPERIMENTALGRUPPE)</i>	H3, H4	H3: Wie und wodurch wurden noch Informationen gewonnen, Nutzen aus Teilnahme H4: Woraus resultiert der Nutzen? Vergangene Bewertungen des Nutzens gehen in neue Nutzenbewertungen mit ein	<i>Wissensfrage</i>
14. Wie findest du solche Angebote? <i>Warum?</i>		Implikationen für Verbesserungen, Anregungen, explorativ, Gruppenvergleich	<i>Meinungsfrage</i>
15. Unter welchen Umständen würdest du an einem solchen teilnehmen?		Motive für eine Teilnahme erfragen, um Anreizstrukturen für eine Teilnahme zu schaffen, explorativ	<i>Absichts- Projektivfrage</i>

Fragebogen B: Experimentalgruppe			
Teil 5: Einleitung Zertifikat / Rückerinnerung			
16. Du hast am Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ teilgenommen. Was hat dich damals zu der Teilnahme bewegt? <i>Wann hast du teilgenommen? Im wievielm Semestern warst du? In welcher Klinik hast du den praktischen Teil absolviert? Wie hat es mit der Anmeldung funktioniert?</i>	H1, H3, H4	H1: Indifferente haben zu wenig Entscheidungsgrundlage für eine solide Wahl H3: Motivation erfragen, Motiv: Informationsgewinnung H4: Hinweise auf anderen individuellen Nutzern? „Informationskosten“ erfragen, da davon ausgegangen wird, dass diese relativ gering sind	<i>Überleitungsfrage, Einstiegsfrage in neuen Befragungsteil. Regt Rückerinnerung, Reflexion an</i>
17. Was dachtest du erwartet dich?	H1, H2, H3, H4	Vergleich von antizipiertem Nutzen und tatsächlichem Nutzen (Frage 21), Beurteilung des Nutzens hängt von den Erwartungen und deren Erfüllung ab	<i>Erinnerungsfrage</i>

18. Wie war der Kurs aufgebaut war und welche Inhalte wurden gelehrt?		Welche Inhalte haben sich besonders eingeprägt? Gibt es Gemeinsamkeiten?	<i>Wissensfrage, Erinnerungsfrage</i>
Teil 6: Bewertung des Kurses			
19. Wie hat dir der Kurs gefallen? <i>Warum? Warum nicht? Was hat dir am besten gefallen? Warum? Was am schlechtesten? Warum? Was würdest du anders machen?</i>		Bewertung des Kurses, Verbesserungsvorschläge, Hinweise auf persönlichen Nutzen	<i>Bewertungsfrage</i>
20. Wie haben dir die Lehrmethoden gefallen? Sowohl praktische als auch theoretische!		Liefert Implikationen zur Verbesserung der Lehre	<i>Bewertungsfrage</i>
21. Welchen persönlichen Nutzen ziehst du durch die Teilnahme am Kurs? <i>Wurden deine Erwartungen erfüllt?</i>	H4	H4: Woraus resultiert der Nutzen? Höhere Semester sollten einen anderen Nutzen daraus ziehen als Studienanfänger (Vergewisserung vs. Informationssammlung/Überblick verschaffen) Abgleich der Erwartungen	<i>Bewertungs-, Meinungsfrage</i>
Teil 7: Kurs und Chirurgie			
22. Denkst du, dass der Kurs genügend Einblicke in den Fachbereich Chirurgie gegeben hat? <i>Inwiefern? Warum? Hättest du gerne mehr erfahren? Worüber?</i>	H1, H2, H3	H1 und H2: Indifferente haben nicht genug Informationen, H3: Welche Informationen bietet der Kurs hinsichtlich des Berufsfeldes?	<i>Meinungsfrage</i>
23. Inwiefern hat die Teilnahme am Zertifikat der DGAV deine Entscheidung für diese Fachrichtung beeinflusst? <i>Positiv? Negativ? Warum?</i>	H4	H4: Wurde sich bisher von den Befragten Gedanken um ihre Berufswahl bezogen auf Chirurgie gemacht? Anderer Nutzen	<i>Bewertungsfrage</i>
24. Würde eine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot für dich in Frage kommen und warum? <i>An was für anderen berufsbezogenen Angeboten würdest du noch teilnehmen? An was für Angeboten welcher Fachbereiche?</i>	H3	H3: Personen nutzen auch andere Angebote neben dem Kurs Welche Fachärzte und welche Art von Angeboten sind noch interessant?	<i>Absichts- Projektivfrage</i>
Wie alt bist du?			<i>Soziodemografie</i>
Welche Nationalität?			

(B)Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing & Pehl (2003)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/ Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden immer notiert.
4. Planungspausen und Fülllaute, wie „ähm“ werden aus lesetechnischen Gründen weggelassen
5. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
6. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
7. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
8. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
9. Lautes Sprechen wird durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet
10. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwurfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
11. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
12. Werden Stimmveränderungen wahrgenommen, z.B. beim Simulieren und Nachspielen fremder Positionen oder eigener Gedanken, werden diese in Anführungszeichen gesetzt und in den dahinter stehenden Klammern kommentiert, z.B. „Du musst das tun.“ (laute fremde Stimmlage eines Freundes)
13. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrophon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I.“, die befragte Person durch ein „B.“ gekennzeichnet.

(C) Interviewleitfaden

Teil A

1. Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren?
 - Welche **Personen/Ereignisse /Erfahrungen** haben dich besonders in deiner Entscheidung beeinflusst und warum?
 - Hast du davor bereits **Erfahrungen** im medizinischen Bereich gemacht?
 - Im wievielten **Semester** befindest du dich aktuell?
 - Wie lässt sich dein Studium mit deinem **Privatleben/Nebenjob** kombinieren?
 - Hast du einen Nebenjob? Zeitlicher Aufwand pro Woche?
2. Wie gefällt dir dein Studium?
 - Was **gefällt** dir am besten?
 - Was gefällt dir **nicht**?
 - Hast du **Verbesserungsvorschläge**?
 - **Regel- oder Modellstudiengang**
3. Inwiefern denkst du ist die Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf?
 - Warum?
 - Was wirkt sich **positiv** aus? Was **negativ**?
 - Wie sieht es mit **praktischer Erfahrung** aus?
4. Inwiefern hast du einen Überblick über mögliche Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen?
 - Woher weißt du das?
5. Inwiefern hast du einen Überblick über die Facharztrichtungen, die du nach dem Studium einschlagen kannst?
6. Was möchtest du beruflich nach dem Medizinstudium machen und warum?
 - Warum bist du dir unsicher? /
 - Wie sicher bist du dir?
 - Von welchen **Faktoren** hing dieser Wunsch ab?
 - Was würde dir deine **Wahl erleichtern**?
7. Inwiefern hat sich dein Berufswunsch im Verlaufe des Studiums verändert?
 - Wann genau? Warum?
8. Was würde für dich beruflich nicht in Frage kommen und warum?
 - Welcher **Facharzt** wäre für dich am **unattraktivsten**?
 - Was würde dir deine Wahl erleichtern?
9. Wie empfindest du das Image der Chirurgie?
10. Wie, würdest du sagen, empfindet die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie?
11. Und wie denkst du, findet die Mehrheit der Bevölkerung das Image der Chirurgie?
12. Was müsste sich ändern, damit für dich ein Facharzt in allg. Chirurgie/Viszeralchirurgie in Frage käme? (Umstände, Arbeitsbedingungen...)
13. Kennst du Angebote für Studierende der Medizin, welche neben dem Studium, einen praktischen Einblick in bestimmte Fachrichtungen gewähren?
 - Wenn ja: Welche, teilgenommen? Welchen Nutzen ziehst du daraus?
 - War das vor oder nach Zertifikatteilnahme? (EXPERIMENTALGRUPPE)
14. Wie findest du solche Angebote?
 - Warum?
15. Unter welchen Umständen würdest du an einem solchen teilnehmen?

Teil B

16. Du hast am Zertifikat „studentischer OP-Assistent“ teilgenommen. Was hat dich damals zu der Teilnahme bewegt?
- **Wann** hast du teilgenommen?
 - Im wievielm **Semester** warst du?
 - In welcher **Klinik** hast du den praktischen Teil absolviert?
 - Wie hat es mit der **Anmeldung** funktioniert?
17. Was dachtest du erwartet dich?
18. Wie war der Kurs aufgebaut war und welche Inhalte wurden gelehrt?
19. Wie hat dir der Kurs gefallen?
- **Warum?** Warum **nicht**?
 - Was hat dir am **besten** gefallen? Warum?
 - Was am **schlechtesten**? Warum
 - Was würdest du **anders** machen?
20. Wie haben dir die Lehrmethoden gefallen? Sowohl praktische als auch theoretische!
21. Welchen persönlichen Nutzen ziehst du durch die Teilnahme am Kurs?
- Wurden deine **Erwartungen erfüllt**?
22. Denkst du, dass der Kurs genügend Einblicke in den Fachbereich Chirurgie gegeben hat?
- Inwiefern? Warum? Hättest du gerne mehr erfahren? Worüber?
23. Inwiefern hat die Teilnahme am Zertifikat der DGAV deine Entscheidung für diese Fachrichtung beeinflusst?
- Positiv? Negativ? Warum?
24. Würde eine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot für dich in Frage kommen und warum?
- An was für **anderen** berufsbezogenen Angeboten würdest du noch teilnehmen?
 - An was für Angeboten welcher Fachbereiche?

Nationalität?

Wie alt bist du?

(D) Transkripte der Interviews

Transkript E1 (männlich, 21 Jahre, 8. Semester)

I: Dann würde ich sagen, fangen wir einfach mal an. Also, erst mal warum hast du dich damals dafür entschieden Medizin zu studieren? (01:04)

B: (lacht) Ja. Warum? Also ich hätte natürlich das passende Abitur – das sagen jetzt alle wahrscheinlich – aber/ Also mein Papa ist Zahnarzt und meine Mama ist Krankenschwester und ich habe mir irgendwie nie was anderes vorgestellt. Also das war immer so. Wir waren immer so irgendwie immer in diesem medizinischen Sektor und dann hab ich ein Schulpraktikum gemacht. In der Chirurgie, in der Heimat – in einer mittleren Kreisstadt in NRW. Und das fand ich gut und dann bin ich so dabei geblieben. (1:29)

I: Also deine ganze Family ist auch im medizinischen Sektor? (01:34)

B: Ja, ja die Großeltern, die Eltern (lacht). Da hat man keine andere Wahl. Aber ich hab mich schon selber entschieden und das war irgendwie bis jetzt eine gute Idee (lacht). (01:43)

I: Und vorher hattest du nur dieses? Was hattest du gesagt, was du für ein Praktikum gemacht? (01:48)

B: So ein Schulpraktikum genau. Was man so in der Schule so machen muss, diese zwei oder drei Wochen. Das hab ich da im Krankenhaus gemacht, weil mich das interessiert hatte und dann hat mir das gefallen. Ja. (01:57)

I: Und wann hast du angefangen Medizin zu studieren? Direkt nach dem Abi? (02:02)

B: Ja genau direkt nach dem Abi. Ich hab 2013 glaub ich Abi gemacht. Ja. Und dann hab ich direkt angefangen. (02:09)

I: Im wievielten Semester bist du gerade? (02:11)

B: Jetzt im vierten Jahr Sommer. Das ist das achte Semester. (02:15)

I: Und wie lässt sich denn dein Studium mit deinem Privatleben beziehungsweise, wenn du einen Nebenjob hast, kombinieren? (02:23)

B: Privatleben? Ja also in den ersten vier Semester, also bis Physikum, ist es schon sehr viel Studium aber/ Also ich hab die Hobbies, die ich quasi auch in der Schule hatte oder nach meinem Abitur, eigentlich immer weiter geführt. Also ich mache Sport und spiele noch ein Instrument und also das klappt, wenn man sich bemüht, aber viel Zeit ist dann nicht mehr. Also mittlerweile geht es. Also ab dem fünften Semester dann ist es eigentlich entspannter. (02:50)

I: Hast du denn zur Zeit einen Nebenjob? (02:52)

B: Einen Nebenjob? Nein, eigentlich nicht. Also nichts Bezahltes (lacht). Ich helfe schon mal einem Kollegen aus, der schon mal Arzt geworden ist. Aber jetzt nichts Regelmäßiges oder Vergleichbares. (03:03)

I: Was würdest du denn sagen, wie so der zeitliche Aufwand für dein Studium pro Woche ist? (03:08)

B: Also mit den Pflichtveranstaltungen und Vorlesungen oder so auch nebenbei? (03:16)

I: Beides! (03:19)

B: Also ich bin schon von 8 Uhr bis 17 Uhr generell in der Uni. Also das ist der normale Block. Und dann am Wochenende. Das wird so auf eine 50 bis 60 Stundenwoche hinaus laufen. Ja. (03:30)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (03:36)

B: Ja also es ist eigentlich/ Also natürlich gefällt es mir super, sonst würde ich das sofort abbrechen und hätte das nach dem ersten Semester direkt/ Nein es ist total/ Es ist natürlich viel Arbeit – das kann man sich denken. Man lernt so viel und man vergisst dann auch wieder so viel. Und es ist halt ätzend immer so lange immer in der Uni bleiben zu müssen. Aber im Grunde ist das, was man macht eigentlich wie jeden Tag Lieblingsfach haben. Also ich würde sagen es gefällt mir super!
(04:02)

I: Was gefällt dir denn am besten an deinem Studium? (04:04)

B: Dass das eigentlich total theoretisch und praktisch ist gleichzeitig. Also man macht nicht nur Praxis und nicht nur Theorie. Man kann halt ganz viel auch direkt schon üben mit den Händen und mit Patienten, auch reden und quasi das, was man theoretisch gelernt hat, eigentlich direkt einsetzen. Man ist direkt in der Praxis. (04:23)

I: Was gefällt dir denn gar nicht an deinem Studium? (04:25)

B: (...) Physik (lacht). Physik auf jeden Fall. Nein (...). Es ist schon mal ein bisschen unorganisiert, also was die Lehre angeht. Da kommen schon mal Dozenten nicht. Es sind schon mal Vorlesungen bis 18 oder 19 Uhr und dann frag ich mich, ob DAS sein muss. Aber ich glaube das ist bei jedem Studium so (lacht). Und so die Zeiten am Morgen. (04:50)

I: Also hättest du denn Verbesserungsvorschläge was sich ändern sollte? (04:55)

B: JA also in Etwa, dass die Institute und Kliniken miteinander reden (lacht). Also wir haben in der Uni auch so ein Projekt, was das so ein bisschen verbessern soll. Also im Grund die Organisation von der ganzen Lehre. Das was da gemacht wird ist eigentlich sehr gut. (05:10)

I: An welcher Uni bist du aktuell? (05:13)

B: In Ostdeutschland. (05:16)

I: Ok. Studierst du den Regel- oder Modellstudiengang. (05:24)

B: Das ist der Regelstudiengang. Also ganz normal. (05:27)

I: Inwiefern denkst du, dass deine Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf ist? (05:34)

B: Also ob man in der Regelstudienzeit ist oder nicht? (05:38)

I: Nein ob du deine Studienzeit als relevant für deinen Karriereverlauf ansiehst? (05:44)

B: Also, das was ich im Studium dann lerne und ja total (lacht). Auf jeden Fall. Also man kann auch ein paar Wahlfächer machen. Also wenn ich jetzt schon wüsste, was ich werden wollen würde, könnte man dahin arbeiten. Ja es ist eigentlich fast alles sinnvoll, was man lernt. Also es gibt ein paar Seminare – was haben wir da? – Gesundheitsökonomie oder so, ich denke das ist auch relevant, also es ist jetzt fast nichts wo ich sagen würde, das braucht man später gar nicht mehr. (06:14)

I: Was glaubst du denn was sich so positiv in deinem Studium auf deine Karriere auswirken könnte? Was du lernst? (06:21)

B: Also Notenmäßig jetzt auch oder? (06:25)

I: Von den Inhalten über deine Noten über Erfahrungen in Projektarbeiten, irgendwas. Das kann alles sein. (06:34)

B: Also natürlich, ich schreibe eigentlich ganz gute Noten. Da bin ich eigentlich zuversichtlich, dass man an einer guten Klinik einen Job kriegt. Wobei die Jobsituation jetzt nicht dramatisch ist. Also man kriegt Jobs, angeblich so. Und man kann viel/ Also das ist wahrscheinlich unspezi-

fisch, aber in der Uniklinik, nebenbei sich OP's angucken und eben spezifisch Sachen lernen. Also man kann einen Professor anschreiben und sagen: ‚Ich möchte die und die OP sehen und da helfen‘. Das ist eigentlich kein Problem. Also wenn ich jetzt sag ich will Herzchirurg werden, dann kann man eigentlich jeden Tag in die Herzchirurgie gehen und da was lernen. Also das ist eigentlich super. (07:06)

I: Also dass heißt, du kannst dir das praktische Erfahrung praktisch angucken? (07:12)

B: Man muss sich nur selber drum kümmern. Also das ist das. Es gibt ganz viele Pflichtveranstaltungen wo man das lernt, aber wenn ich jetzt speziell für die Karriere oder was, was machen will, dann ist das eigentlich kein Problem. (07:23)

I: Gibt es denn auch Sachen, die sich vielleicht negativ auswirken auf das, was du willst? Auf deine Karriere? (07:31)

B: (...) Ich weiß nie. Eigentlich wird ja immer gesagt, dass die nicht auf den Studienort schauen, aber wenn man jetzt in Heidelberg studieren würde. Für Medizin so die Top-Uni, dann ist es vielleicht für irgendeinen Chefarzt entscheidend, ob man jetzt bin Heidelberg oder hier studiert hat. Also der Studienort/ Ich weiß nicht, ob das ein Nachteil ist. Also es gefällt mir hier aber es könnte sein. Aber das ist das einzige, dass es hier nicht so bekannt ist. (08:02)

I: Ok. Inwiefern hast du einen Überblick über mögliche Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offen stehen? (08:09)

B: Eigentlich müsste ich einen ganz perfekten haben. Habe ich auch, denn wir hatten auch das Fach Berufsfelderkundung im ersten oder zweiten Semester, in dem man eigentlich alles gesagt kriegt, alles erkunden kann, natürlich in die Klinik, die verschiedenen Fachärzte, das man in die Industrie, oder die Pharmaindustrie, und so weitergehen kann. Also da würde ich sagen, bin ich eigentlich gut informiert, was man alles machen kann. (08:31)

I: Gilt das auch für die Facharztrichtungen? (08:35)

B: Ja, also man hat ja sowieso jede Fachdisziplin als Unterrichtsfach. Also wirklich alles, was es gibt. Deswegen, wenn man überall eine Klausur geschrieben hat, dann weiß man auf jeden Fall welche Fächer/ Wo man später hingehen kann. Also das definitiv. (08:50)

I: Du hast eben gesagt, du bist dir noch ein bisschen unsicher, was du nach dem Medizinstudium machen willst, oder? (08:58)

B: Ja genau. (08:59)

I: Warum denn? Warum weißt du das noch nicht? (09:01)

B: Es gibt ja wenig, dass ich gar nicht machen würde. Aber vieles was eigentlich ganz interessant ist. Man kann/ Also man muss ja die Famulatur in den Semesterferien machen. Da hat mir bis jetzt alles gefallen. Ich war in der Herzchirurgie aber auch Anästhesie. Also da schwanke ich noch zwischen chirurgischen Fächern und Narkosearzt. Das ist halt BEIDES interessant. (09:23)

I: Warum also von welchen Faktoren hängt das ab? Warum ist es für dich interessant? (09:27)

B: Die Chirurgie ist eigentlich interessant weil man da viel mit den Händen machen kann. Und auch den Patienten geht es sofort besser, ne? Also man hat sich das Bein gebrochen und man flickt es wieder zusammen und ihm geht es gut. Also so denkbar einfach und man hat den Erfolg quasi direkt. Beim Narkosearzt sind es eher die Arbeitszeiten. Also für Familienplanung, da muss man nicht bis tief in die Nacht arbeiten. Ist also eher so der Hintergrund. (09:56)

I: Also Chirurgie oder Anästhesie hast du gesagt. Was würde denn deine Wahl erleichtern zwischen den beiden Fächern? (10:01)

B: (lacht). (10:04)

I: Oder generell in der Berufswahl. Wenn es z.B. weitere Angebote gäbe. (10:10)

B: „Wenn man sich/ Also man ist natürlich in jedem Fach im Praktikum. (...) Wenn man quasi einen Überblick hätte (...) wenn ich jetzt genau wüsste am Ende des Studiums, welche Kliniken welche Stellen, wie gut es da ist. Das heißt, es kommt ja immer drauf an, wie die Atmosphäre in den Klinik ist. Ist die Stelle vielleicht gut bezahlt und toll, aber da fühlen sich alle unwohl. Das/ Wenn man jetzt wüsste – wie ich nicht – wenn man in dem Krankenhaus ist die Atmosphäre toll, dann würde ich mir schon sagen dann mache ich lieber Narkose als Chirurgie. (10:51)

I: (...) Warte kurz. (...) Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch im Laufe des Studiums verändert? (11:02)

B: (...) Ich wollte am Anfang Kieferchirurg werden. Also das ist (...) relativ aufwendig. Dann muss man Medizin studieren und dann noch Zahnmedizin studieren. Und jetzt wo man länger studiert, will man vielleicht auch mal, dass das Studium irgendwann mal aufhört (lacht) und nicht noch mehr Studienzeite dranhängen muss. Deswegen ist das eher bei mir in den Hintergrund gerückt. Also auf jeden Fall was Ärztliches, Klinisches. (11:33)

I: Was würde für dich denn beruflich gar nicht in Frage kommen und warum? (11:37)

B: (...) Im Grunde kann ich mir ALLES vorstellen. Also selbst auch die Pharmaindustrie oder sowas irgendwann mal zu machen. Gar nicht/ Was ich gar nicht werden würde ist – es gibt den Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin – das ist so relativ theoretisch und man ist immer so (...) man wird von den anderen Kollegen so ein bisschen gehasst (lacht). Der ist der der rumläuft und alle (unv.). Es ist wenig Patientenkontakt und sehr viele Formulare, wenn man das so will. So die Richtung ohne Patienten. Ich möchte was mit Patienten machen – ohne Patienten geht nicht.

I: Wie empfindest du das Image der Chirurgie? Du persönlich?!

B: (...) Ja also die werden oft von den Internisten belächelt, dass sie so die doofen Metzger/ Das ist wirklich immer noch so, also in den Vorlesungen. Das kann uns keiner erzählen, dass es nicht so ist. An sich, in der Chirurgie/ Von/ Aus Patientensicht, die Patienten sind total begeistert und der Chirurg ist der wichtige Arzt, der dann auch was machen kann. Also das Image von der Allgemeinbevölkerung und (...) quasi ist glaube ich ziemlich gut. Und innerhalb der Ärzteschaft sind die Chirurgen, die eher so, die Metzger. Ich sag mal so, die sind schon die Beliebten, aber immer so ein bisschen belächelt. (13:12)

I: Denkst du auch, dass die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie so wahrnimmt? (13:14)

B: Das glaube ich eigentlich nicht so. Weil man geht ja dann/ Also viele gehen ja auch in die Chirurgie – bestimmt ein Drittel – und man findest es ja toll. Man kriegt ja auch durch die Vorlesung und die Praktika in Chirurgie eben auch, dass es eben nicht nur Geschneide ist, sondern auch viel dahinter steckt. Aber eigentlich ein positives, gutes Bild von den Chirurgen. (13:43)

I: Was müsste sich ändern, damit für dich ein Facharzt in allgemeiner Chirurgie bzw. Viszeralchirurgie in Frage käme? (13:53)

B: Also ich hab da auch öfter mal in der Uniklinik/ War ich mal in der Allgemeinchirurgie. Die müssen sehr, sehr viel, sehr oft und auch nachts arbeiten. Also es steht durchaus im Raum Allgemeinchirurgie zu werden. Da müsste sich jetzt eigentlich nicht viel ändern. Wenn sich was ändern dann/ Viele beklagen eben, das man viel Dienst hat. Eine hohe Arbeitsbelastung hat. Weil eben halt Patienten die kommen, Allgemeinchirurgiepatienten sind. Sie müssen viel länger bleiben. Also wenn man in der Allgemeinchirurgie ein Praktikum macht, hat man meistens einen zehn bis elf Stunden Tag.

I: Und du findest diese Arbeitsbedingungen sind im Gegensatz zu anderen Facharzttrichtungen etwas umständlicher? (14:43)

B: Ja es ist/ ja wenn man das so will. Man muss/ Der Narkosearzt kann quasi abgelöst/ Arbeitet seine 8 Stunden am Tag. Der Chirur/ wenn er am OP-Tisch steht, der muss bleiben. Eben so

lange, wie die OP dauert und eben nicht so lange, bis die Arbeitszeit zu Ende ist. Das ist natürlich toll, wenn man den Patienten retten kann. Aber man muss ja auch ein bisschen weiter denken: Man wird dann ja auch irgendwann mal alt und kann dann nicht mehr so lange arbeiten. Das ist dann schon so ein Ding. (14:09)

I: Kennst du Angebote für Studierende der Medizin welche neben dem Studium einen praktischen Einblick in bestimmte Fachrichtungen gewähren? (15:19)

B: Ja klar, der Kurs den ich gemacht – den Studentischen OP Assistenten – natürlich und in der Uni. Kann das auch ein fakultatives Angebot von der Uni selbst sein oder komplett außerhalb der Universität? (15:35)

I: Kannst du gerne beides beantworten. (15:38)

B: Wir haben hier viel was fakultativ/ was man am Wochenende so machen kann. Also Kurse zum Nähen. Kurse /Schon mal so meistens einen Tag oder zwei Tage, wo man bestimmte Krankheitsbilder – auch in der Chirurgie – nochmal behandelt kann. Oder wo man auf die Station geht und da wird etwas vorgestellt. 15:58

I: Das sind keine Pflichtkurse? Die kann man noch oben drauf machen? (16:02)

B: Genau! Da kann man sich für anmelden und das hat überhaupt nichts mit dem normalen Kurs oder Vorlesung zu tun. Also das ist wirklich freiwillig von motivierten Ärzten, die das gerne so machen. (16:14)

I: Und außerhalb des Studiums, also außerhalb deiner Fakultät, generell, kennst du da irgendwas anderes, was man da machen kann als Medizinstudent? (16:22)

B: Man muss natürlich die Famulaturen machen (lachend). Das ist natürlich in irgendwelchen anderen Krankenhäusern. Aber jetzt so bis auf den Studentischen OP Assistent/ da (...) nicht wirklich. Außer, es sein denn, man fährt auf irgendeine Tagung. Weiß nicht, ob das als studentische/ Gucken kann, ob man was werden kann. (16:43)

I: Wie findest du denn generell solche Angebote außeruniversitärerseits? (16:48)

I: Es ist eigentlich ganz, eigentlich ganz schön, wenn es auch vernünftig dann umgesetzt wird. Also viel. Da gib es schon einen Kurs, also zum Beispiel *Akuter Blinddarm*. Dann sind die Studenten, die sich freiwillig dafür anmelden eben auch motiviert. Der Dozent, der fas freiwillig macht, ist natürlich auch motiviert. Da kommt eigentlich immer sehr viel Gutes bei raus, wenn man sich auf freiwillige Sachen konzentriert. In Pflichtkursen gibt es eben viele, die da keine Lust drauf haben. Also das klappt eigentlich immer gut. Ich hab da gute Erfahrungen gemacht. (17:20)

I: Ok. Als du damals an dem Zertifikat „Studentischer OP Assistent“ teilgenommen hast. Was hat dich da zur Teilnahme bewegt? (17:30)

B: Ich hab das in der Zeitung gelesen. Dass da ein paar Studenten das abgeschlossen haben und das war bei mir in der Nähe vom Heimatort, wo ich herkomme. Dann dachte ich „Ja das klingt gut. Das könntest du auch mal machen“. (17:44)

I: Wann war das? (17:45)

B: Das war nach dem dritten Semester glaube ich. Das war noch vor dem Physikum. Ich denke mal in den Ferien gelesen und hab ich dann direkt quasi da in den zuständigen Arzt gewendet. Und dann hat das direkt geklappt innerhalb von zwei drei Wochen. (18:03)

I: Und das war das Universitätsklinikum in NRW? (18:07)

B: Ach so Nein, das ist so ein normales –Krankenhaus. Also Krankenhaus der Grundversorgung in einer Kreisstadt, also gar nicht mit/ Die sind auch glaub ich nicht mal Lehrkrankenhaus. Die bilden quasi nur die OP Assistenten aus, ansonsten universitär tun die gar nix. (18:21)

I: Achso. Ok. Wie hat das denn mit der Anmeldung bei dir funktioniert? War das easy? (18:27)

B: Ja, also ich habe eine E-Mail geschrieben und dann hat er mir die Telefonnummer/ Oder ich glaub ich hab ihm meine/ Auf jeden Fall haben wir dann telefoniert und die Termine dann so abgemacht. Die drei Wochen und dann dann habe ich noch die Verträge und so weiter zugeschickt gekriegt. Was man da immer machen muss, wenn man im Krankenhaus arbeitet. Also das halt alles innerhalb von zwei Wochen, würde ich sagen. Also da waren die Sachen unterschrieben da und ich hab die Bestätigung gekriegt. (18:50)

I: Was hast du denn vor dem Kurs gedacht, was dich erwartet? (18:54)

B: Ich hatte ehrlich gesagt gar keine Ahnung. Also ich hatte mit Sicherheit ein Curriculum geschickt bekommen, was man so lernt. Was schon mal gut ist, wenn man Lernziele hat. Aber es war mir sehr/ Also das zweite Mal, dass ich überhaupt in einer Klinik irgendwie gearbeitet hatte. Davor war ich in einer Narkoseabteilung und ich hatte ehrlich gesagt keine Ahnung. Ich wusste natürlich, dass man Nähen lernen muss und wie bestimmte Sachen da angeboten werden, aber wie das letztendlich ist? Bin ich einfach mal blind (lacht) eingegangen. (19:24)

I: Weißt du noch, wie der Kurs aufgebaut war und welche Inhalte gelehrt wurden? (19:29)

B: Ja so ungefähr. Generell war das wie eine normale Famulatur. Also man ist auf der Station und (...) macht die ärztlichen Visiten mit. Und was anders war, als bei einer normalen Famulatur, dass man eigentlich fast die ganze Zeit – ich sag mal – 90 Prozent der Zeit, die ich da verbracht habe, im OP war. Und ich wurde maßgeblich auch durch die OP Pflege durchgeführt. Das heißt man hat/ Ich erinnere mich nicht, wie viele OP es waren. Da ist eine Liste, wo man 30 OP's eintragen musste, bei denen man assistiert hat und die musste man sich unterschreiben lassen und die hat man dann quasi gesammelt in den drei Wochen. Und innerhalb der drei Wochen haben wir glaub ich zwei oder drei Seminare so richtig gemacht. Also wie man knotet, und wie man näht. Da war noch ein Seminar im Sterilisationsbereich. Das war dann immer zwischendurch. Meistens nachmittags, wenn nicht so viele Patienten waren, war eben von der Pflege oder von Ärzten durchgeführt. Die hatten aber keinen festen Termin. Also man hat/ Also man hat am ersten Tag gesagt gekriegt: „Also Mittwoch und Freitag ist das und das Seminar“. Das war so wie es gepasst hat. (20:37)

I: Wie hat dir der Kurs gefallen? (20:40)

B: Das war eigentlich ziemlich, ziemlich gut. Also jetzt im Nachhinein kann man da/ (...) bin ich da/ bin ich da ziemlich froh, dass ich den gemacht hab. Viele Kommilitonen, die jetzt die genauso weit sind wie ich, haben im OP noch nie nähen dürfen, oder so. Und in einer Uniklinik oder wenn man wo anderes im OP steht, dann wird man nur gefragt „Kann man das oder kann man das nicht?“ Und wenn man das nicht kann, dann kriegt man das auch nicht beigebracht. Und durch den Kurs kann man sagen „Ja ich kann das. Ich kann den Bauch zu nähen“. Dann kann man das meistens auch machen. Das sieht dann auch gut aus. Man kriegt keinen Ärger, dass die Naht schlecht ist (lacht). Das hat schon super viel gebracht. 21:15

I: Was hat dir denn am besten gefallen? 21:17

B: Das man sofort/ Also ich konnte sofort am ersten Tag am Patienten was zunähen am Bauch. Also der Arzt war ständig dabei und hat überwacht, was ich gemacht habe. Und wenn man sich nicht/ Also die haben sich dort nicht viel an Theorie und Vorlesung, oder so aufgehalten, sondern hat direkt quasi/ Wir standen nebeneinander und konnten uns da DIREKT ansehen und man darf jeden Tag praktisch das Üben, so dass man nicht das nicht nur mal in Uni oder so gelernt. Und man hat einfach praktische Erfahrung gemacht. (21:53)

I: Gab es denn auch was, was dir gar keinen Spaß gemacht hat am Kurs? (21:56)

B: (...) Eigentlich war alles super. Ich überlege gerade (...). (22:02)

I: Oder gab es irgendetwas, das du anders machen würdest? (22:05)

B: (...) Spontan fällt mir eigentlich nichts ein. Also ich war da schon begeistert von. (22:14)

I: Ja da ist doch super. (22:16)

B: Ja. (22:17)

I: Wie haben die denn die Lehrmethoden gefallen? Sowohl die praktischen als auch theoretische? (22:23)

B: (...) Es gab auf jeden Fall einen zuständigen Arzt. Ich weiß gar nicht, ob der auch offiziell jetzt der Lehrarzt war oder was auch immer. Jeden fall der hat sich/ Wir waren dann/ Erst war ich alleine und später war und dann war noch ein zweiter Student da um uns gekümmert und uns zu den OP's geschickt. Das heißt man hatte im Grunde eine Eins –zu-Eins-Betreuung durch den Arzt. Der einen auch überall mithingegenommen hat und auch überall mit dabei war. Das heißt man wurde nicht alleine gelassen, sondern konnte den ganzen Tag, wo man da war, eben ihm hinterherlaufen und das wirklich Eins-zu-Eins. Eins-zu-Eins Lehre. Da eben Lehre und neue Fertigkeiten erlernen. Da war eigentlich das/ Ja die Seminare haben wir auch mit ihm gemacht. Mit einer Eins-zu-Zwei-Betreuung dann eben da angeklungen. Das war ein einheitlicher Ansprechpartner. Also man konnte da einfach ganz viel mitnehmen. (23:18)

I: Welchen persönlichen Nutzen ziehst du denn aus der Teilnahme? (23:22)

B: Das hatte ich ja schon gesagt. Also man kann im OP total viel tun. Auch jetzt in der Uni, wo man eben die Sachen, die ich jetzt im Kurs gelernt habe nicht so schnell beigebracht kriegt, oder erst als Assistenzarzt beigebracht kriegt. Man kann eben guten Gewissens sagen „Ja ich kann das“. Und kann dann im OP alleingelassen werden, ohne dass jetzt gleich irgendwie (...) man dann zusammen bricht, weil man es nicht kann (lacht). Und man hat nicht nur die OP-Fertigkeiten gelernt, sondern auch das Verhalten im OP. Was eben viel Übung und Routine eigentlich braucht. Das heißt, man ist als Student aufgeregt. Dann fasst man eben was Steriles an und dann ist dann wieder Holland in Not. Und das ist dann gar nicht so gut. Dann wenn man drei Wochen eben, diese drei Wochen eben dort ein bisschen gearbeitet hat und die Routine drin ist, dann fühlt man sich ziemlich sicher, eben in dem was man tut. (24:14)

I: Also du denkst dass der Kurs dir schon genügend Einblicke in den Fachbereich gegeben hat? (24:18)

B: Wenn man das jetzt genügend Einblick in die Allgemein- und Viszeralschirurgie/ in dem Bereich auf jeden Fall. Also ich war nur in der Allgemein- und Organchirurgie. Da hat man auch alles gesehen und war jeden Tag im OP, war also in verschiedenen Bereichen. Wir haben auch/ Also wir haben auch auf der Station, also nicht nur im OP da arbeiten dürfen. Also die komplette Chirurgie. Ich glaube nicht, dass man da überhaupt einen Überblick/ Das sind ja, was weiß ich – 20 verschiedene Subspezialisierungen – aber in dem Bereich, der allgemeinen Chirurgie, auf jeden Fall. (24.50)

I: Hättest du denn gerne noch über manche Themenbereiche mehr erfahren oder in andere Bereiche gerne reingeguckt? (24.58)

B: Wir waren schon mal in der Endoskopie. Darm und Magenspiegelungen. Das war eigentlich auch sehr interessant aber das haben wir eher nur am Rande behandelt. Aber auch nur, weil wir die meiste Zeit im OP waren. Ich glaube jetzt auch nicht dass das schlecht war, sondern jede Stunde die man nicht im OP war, hat man, hat man da eben weniger gelernt. Das wäre vielleicht eher was für einen eigenen Kurs oder so halt aber nicht darstellen als gemeinsames Ziel. Glaube ich. (25.27)

I: Inwiefern hat denn die Teilnahme an dem Zertifikat, deine Entscheidung für diese Facharzt-richtung beeinflusst? (25.34)

B: Auf jeden Fall positiv für die Chirurgie. Ich hab auch direkt, oder ich glaub ein paar Monate danach, für eine Famulatur da angefragt, weil es mir ebenso gut da gefallen hat und sich die Leute da alle gut verstanden haben. Da war es leider schon belegt durch andere Studenten, die dasselbe gesucht haben. Das war auf jeden Fall den Berufswunsch für die Chirurgie, nicht direkt jetzt allgemein Viszeralchirurgie, aber allgemeinchirurgische Fächer,+ den Wunsch noch verstärkt, zumindest nicht gemindert. Also die Chirurgie kann sich glaube ich freuen (lacht), sie haben auf jeden Fall noch einen Chirurgieinteressenten mehr gefunden! (26:16)

I: Würde denn deine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot – wie von der DGAV – für dich in Frage kommen? Und Warum? (26:26)

B: Ja, also wenn es von einem anderen chirurgischen Fach wäre, dann würde ich es mir noch mal überlegen, weil ich schon viel chirurgisch Famuliert habe. In der Unfallchirurgie war ich schon und in der Kieferchirurgie. Was, wo ich noch gar keinen Konak mit hatte, würde ich das auf jeden Fall machen. Ein limitierender Faktor ist natürlich die Zeit. Ich habe jetzt nächstes Jahr dann Examen. Das schriftliche – und dann glaube ich keine Zeit, da NOCHMAL drei Wochen irgendwie von den Ferien zu opfern, und nicht im Endeffekt für das Examen lernen kann. Also ich glaube es ist besser, wenn man die früh macht. (27:03)

I: Was für ein Angebot aus einem anderen Fachbereich würdest du denn am liebsten noch mal wahrnehmen? (27:12)

B: (...) Eben diese Endoskopiesache. Das ist auch/ Das sind auch Sachen, die kann man theoretisch schwer lernen. Man braucht viel praktische Erfahrung. Und wie man eben den Darm oder Magen spiegelt. So einen Kurs fände ich, glaube ich, ziemlich gut. (27:36)

I:Warum?(27:37)

B: (...) Ja weil das was ist, was man – glaub ich – also theoretisch, in der Uni einfach nicht lernt. Das das gibt es nicht als Lehre. Das wird irgendwann einfach vorausgesetzt und man muss das irgendwie machen. Und zweitens: Weil man viel Übung braucht und ich glaube, im Rahmen von so einem Kurs, kann man da eben viel Routine reinbringen. (28:01)

I: Welche Nationalität hast du? (28:02)

B: Deutsch (28:03)

I: Ok. Wie alt bist du? (28:05)

B: Ich bin 21. Ich werde jetzt bald 22. (28:09)

I: Du bist erst 21 und bist schon im 8. Semester? (28:16)

B: Ich war der erste Jahrgang, der nach 12 Jahren Abitur gemacht hat. Und dann habe ich das mal schnell durchgezogen. (28:26)

Transkript E2, weiblich, 24 Jahre, 10. Semester

I: Warum hast du dich damals dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:08)

B: (...) Meine Schwester hat auch Medizin studiert. Und Sie hat mir immer sehr viel davon erzählt. Was sie so macht, wie das so abläuft bei ihr. Was sie so in ihrem Praktikum machen muss. Und ich habe festgestellt, dass ich das einfach super interessant fand, was die anderen/ Also, was alle anderen anstrengend oder ekelig fanden – das fand ich immer voll spannend und dachte „Okay vielleicht wäre das auch was für dich“. Dann bin ich mit ihr in die Uni gegangen, habe mir das angeschaut und saß mit ihr in der Vorlesung. Hat mir jetzt gut gefallen. (00:47)

I: Welche Fachrichtung hat denn deine Schwester nachher eingeschlagen? (43:33)

B: Pädiatrie. (00:53)

I: Hast du denn vorher irgendwelche anderen Erfahrungen im medizinischen Bereich gemacht? (01:04)

B: Also wir müssen ja so Krankenpflegepraktika absolvieren und ich hatte eins gemacht, bevor ich an der Uni angenommen wurde. Einfach weil ich wusste, man muss es machen. Und, ja einfach auch mal zu gucken, ist das was für mich? Macht mir das eigentlich Spaß im Kranken-

haus zu arbeiten? Ja. Und das war schon auch anstrengend (...) und JA war bestimmt auch nicht alles OPTIMAL, wie es hätte laufen sollen. Aber im Großen und Ganzen hat mir das schon GEFALLEN. Und gerade, die Ärzte, die ich da so kennengelernt habe, die waren alle sehr hilfsbereit, sehr freundlich und haben sich viel erklärt. Und das hat mich dann noch ein bisschen mehr bestärkt. (01:44)

I: Kannst du erklären warum das manchmal anstrengend war und nicht so optimal gelaufen ist? (01:50)

B: Das war so ein bisschen, weil ich die/ Mit der Stations-/ Stationsschwester/ Also der Stationsleitung/ Die war nicht ganz so NETT und/ JA, ich fand es einfach nicht so OPTIMAL, dass/ In meinem ersten Pflegepraktikum wurde ich hauptsächlich von den Schwesternschülerinnen unterrichtet. Die haben mich mitgenommen, die haben mir alles gezeigt, die haben mir alles erklärt. Ich habe von keiner / Also von einer ausgebildeten Pflegekraft habe ich in den ersten Monaten nichts erklärt bekommen. Das waren alles selber Schülerinnen, die eigentlich noch gelernt haben. Die waren super freundlich und haben mir alles gezeigt. Die kamen auch von der Schule, die konnten das schon auch gut, aber (...) ich fand es irgendwie schade, weil die Schwestern auch / Sie hat/ Sie konnten es teilweise auch nicht anders machen, weil sie einfach selbst keine Zeit hatten (...) sich so viel um die Patienten zu kümmern und um die Pflege zu kümmern, weil Sie einfach so viel Papierkram zu erledigen hatten. Die mussten ja die ganzen Pflegebögen schreiben. Und da ist einfach so viel angefallen. Es waren so wenige ausgebildete Schwestern auf der Station eingeteilt, dass die meistens keine Zeit hatten wirklich zum Patienten zu gehen und dann haben sie immer die Schülerinnen oder Praktikantinnen geschickt. Ja. (...) Und weil dann auch viel zu tun war, konnte ich dann oft nicht auf die Visite gehen. Und so die ärztlichen Tätigkeit, die mich ja eigentlich interessiert hätten / (...)Und ja das hat nicht so gut geklappt (...), aber das war jetzt auch in dem Haus. Und in dem Zeitraum, in dem ich da war, ist wahrscheinlich auch nicht repräsentativ für alles. Meine anderen Pflegepraktika waren auch besser. Das war jetzt das aller erste. Das hat mich etwas überrascht, dass das so schlimm ist teilweise. (03:38)

I: Im wievielten Semester bist du aktuell? (03:42)

B: Ich bin jetzt/ Also /Ich bin im 10./ Also. (03:50)

I: In der Klinik? (03:51)

B: Ich bin fertig mit der Klinik. Ich bereite mich aktuell auf mein Examen vor. (03:58)

I: Heiße Phase. Hast du denn irgendwie einen Nebenjob? (04:01)

B: Ja in der Kneipe. Ich kellnere nebenbei. (04:06)

I: Wie lässt sich dein Studium mit deinem Privatleben und deinem Nebenjob kombinieren? (04:12)

B: (überlegt) Also, jetzt ganz gut. In der Vorklinik hätte ich das nicht geschafft nebenbei noch zu arbeiten. Das waren einfach zu viele Kurse, die wir da belegen mussten. Ich habe mir das jetzt in der Klinik ein bisschen entzerrt. Und habe noch ein/ ein Freisemester gemacht. Das ist jetzt aktuell mein Freisemester (...). Und hatte mir so ein paar Kurse verschoben in ein Semester, von dem ich wusste, dass es relativ (...) entspannt sein würde. Habe ich dann aus dem Semester, was sehr voll ist, einfach Kurse nicht belegt und dann da mit belegt. Wir haben momentan auch die Möglichkeit, dass wir manche Praktika in den Ferien vorziehen können. Und für sowas habe ich mich dann angemeldet. Einfach, damit es nicht anderswo so geballt ist. Und ja/ Und ich so die Arbeit einfach ein bisschen besser verteilen kann. Und dann ging es auch ganz gut mit einem Nebenjob. (05:14)

I: Wie viele Stunden machst du das denn pro Woche? (05:15)

B: Also es ist jetzt auch nicht so viel, ich (...) Jetzt für die Examenszeit arbeite ich/ arbeite ich/ nur einmal die Woche, abends. Das sind meistens so (...) sieben Stunden. (05:32)

I: Wie viel/ (05:34)

B: Ich habe mir das dann auf zwei Tage verteilt, aber insgesamt habe ich dann insgesamt acht Stunden. Da waren die Schichten noch kürzer. (05:41)

I: Kannst beantworten wie viel zeitlichen Aufwand du so für dein Studium pro Woche hast? In Stunden, so circa. (05:53)

B: Oh das ist schwierig (...) (überlegt) Also im SCHNITT – Boah, das ist echt schwierig. (...) (Überlegt). Also im Schnitt würde ich sagen, sind es schon so (...) normale/ normale Arbeitstage. So acht Stunden täglich. (06:21)

I: Okay. (06:22)

B: Oder acht, neun/ Also normal/ Wenn man das jetzt halt hochrechnet. Weil es gibt manche Wochen, die sind dann super arbeitsintensiv. Da hat man Blockpraktikum und ist täglich in der Uni und muss hinterher noch was vorbereiten für den nächsten Tag in der Uni. Und dann hat man wieder andere Praktika, die sind dann nicht so aufwendig. Und da hat man dann irgendwie (...) nur einen HALBEN Tag Uni und danach dann nicht so viel zu tun. Also das ist/ das ist schwierig zu sagen. (...) Aber so grob würde ich schon sagen, dass es so ein normaler/ normale Arbeitswoche ist. (06:56)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium (06:58)

B: (...) JA mir gefällt mein Studium gut (lachend). Deswegen mache ich das auch immer noch. (07:09)

I: Warum gefällt dir das denn gut? (07:12)

B: (lacht) Ich find das einfach/ Ich find es einfach echt spannend, es gibt so viele verschiedenen Facetten auch. Es gibt/ Also (...) zum einen gefällt mir der Arztberuf irgendwie echt gut, aber auch so das Studium an sich, ist total interessant. Ich hatte so die Klinik/ die Vorklinik war nicht so toll. Das war ein bisschen anstrengend und sehr theoretisch und sehr viel lernen, und sehr viel Druck, ABER so in der Klinik – wenn man halt wirklich von Ärzten unterrichtet wird, die auch ein bisschen eine andere Perspektive haben, als jetzt so die/ die Vorklinikdozenten. (überlegt) Ich weiß nicht, da ist irgendwie ein ganz anderer Berufsethos dahinter und eine ganz andere Freude an seinem Beruf. Und da hat man auch das Gefühl, das macht denen Spaß (lachend) zu unterrichten. Und die wollen das man was lernt und dann, keine Ahnung, begeistert man sich auch mehr für/ für die einzelnen Fächer und für das, was man so tut. Also (...) MIR ist es in den ersten/ in den ersten zwei Semester richtig schwer gefallen so zu gucken „Okay, in welche Richtung soll es denn für mich eigentlich gehen?“, weil ich einfach alles so toll fand. Dann hatten wir irgendeinen neuen Dozenten und dann dachte ich „Das hat der so schön der erklärt“ und dann hatte man richtig Lust das auch zu machen (schwärmend). Keine Ahnung, das hat mich dann irgendwie alles so, so begeistert. Die ganzen neuen Sachen, die man dann gelernt hat, die ganzen neuen spannenden Krankheitsbilder, die man dann gelernt hat und keine Ahnung (schwärmend). Also ja ich find es echt (...)/ Auf der einen Seite so (...) der wissenschaftliche Teil und dass man JA so Krankheiten erforschen kann und so gucken, woran liegt es denn und was ist da eigentlich das Problem. Und natürlich auf der anderen Seite dann aber auch der soziale Aspekt. Ja. Das man (...) versucht die Leute zu behandeln, gut zu behandeln. Ihnen/ Sie zu unterstützen in ihrer Erkrankung, das finde ich auch einfach nur eine schöne Aufgabe. (09:25)

I: Was gefällt dir persönlich am besten? (09:27)

B: (überlegt) Also/ So ja der soziale Aspekt gefällt mir glaube ich am besten. (09:41)

I: Was gefällt dir gar nicht an deinem Studium? (09:45)

B: Hmm? (09:49)

I: Was gefällt dir gar nicht an deinem Studium? (09:52)

I: Einfach das es extrem viel zu lernen ist. Ich finde manchmal ist es so ein bisschen/ Die ganzen Klausuren dann so am Ende vom Semester gepackt. Das/ das artet einfach in so ein totales Bulimielernen aus. Das man alles versucht sich in kurzer Zeit einfach alles in sich reinzuprügeln – und dann Hauptsache die Klausur bestehen. Und dann vergisst man einfach die Hälfte. Es ist einfach nicht genug Zeit dafür da, die Sachen wirklich zu verstehen. Das finde ich echt Schade, weil (...) ja (...) so macht es das Lernen nur noch anstrengend und ÄTZEND, aber eigentlich ist es immer noch interessant, was man da lernt (lachend). (...) Das gefällt mir nicht. (10:41)

I: Hast du denn Verbesserungsvorschläge? (10:44)

B: (überlegt) (...) Das ist natürlich schwierig, weil es ist einfach extrem viel Wissen, was man irgendwie auch lernen muss. (Überlegt) Also (...) ich glaube, so allgemeine Verbesserungsvorschläge zu machen ist schwierig. Das geht eher so ein bisschen unispezifisch. Das man da weiß „Okay, ja das eine Praktikum könnte noch besser sein“. (...) Zum Beispiel finde ich, dass bei uns an der Uni einfach die innere Medizin viel zu kurz kommt und das ist einfach/ Ja so praktische/ praktische Übungen, irgendwelche Praktika. Das hilft einfach extrem – also beim Lernen, wenn man wirklich irgendwie einen Patienten gesehen hat der es hat. Dann kann man es sich such besser vorstellen, um was es eigentlich geht. Und das ja, also einfach noch ein bisschen mehr Praxis reinbringen, wobei ich eigentlich auch gar nicht so ein Fan von diesem Modellstudiengang bin. Ich muss sagen das widerspricht sich jetzt ein bisschen. (11:55)

I: Machst du den Modellstudiengang selber? (11:58)

B: Nein. Ich hab normal Regestudiengang. (12:03)

I: Weil die überlegen den einzuführen und ich bin da nicht so der Fan von. (12:10)

B: Warum? (12:11)

B: ICH befürchte, wenn sie das System jetzt komplett umschmeißen, dann ist erst mal für die nächsten fünf Jahre Chaos. Und sie sollte lieber an dem, was wir jetzt haben - was in TEILEN echt schon ganz gut ist – da einfach die Punkte, an denen es nicht stimmt, verbessern. Und nicht was komplett Neues einführen (energisch). (12:35)

I: Okay. Kommen wir zum nächsten Frageteil. Inwiefern denkst du, dass die Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf ist? (12:47)

B: (überlegt) Naja, es ist ja (...) im Prinzip schon die Grundlage für meinen Karriereverlauf also (...) (überlegt) JA ich denke man sollte sein Studium schon ganz gut abschließen und es jetzt nicht TOTAL schleifen lassen. Aber im Prinzip (...) weiß ich auch, dass/ Wie viele Leute gar nicht so viel Wert auf die die/ die Noten von den einzelnen Staatsexamen legen. An sich, wenn man jetzt wirklich eine steile Unikarriere hinlegen will, dann sollte man – glaube ich – schon, weiß nicht, einen Einser-, Zweierschnitt haben. Aber ich glaube auch, dass man mit einem guten Zweierschnitt auch trotzdem noch erfolgreich sein kann. (...) Also JA, es ist schon nicht verkehrt sich im Studium anzustrengen (lachend). Aber das ist eigentlich mehr so als (...) persönlichen Wunsch zu sehen. Jetzt nicht, weil man da jetzt eine super Karriere hinlegen kann. Ich muss aber auch sagen, dass ich nicht so der karriereorientierte Mensch bin .Vielleicht liegt es auch daran (schnauft). (14:04)

I: Gibt es denn auch Dinge im Studium, wo du meinst, die wirken sich positiv auf deine Karriere aus oder auch negativ vielleicht? (14:08)

B: Also meinst du jetzt /(...) Wie meinst du das jetzt? Meinst du jetzt, was sich so um mein Studium drum rum mache, oder jetzt innerhalb des Studiums? (14:23)

I: Was man innerhalb des Studium macht. Es müssen nicht nur Kurse sein, sondern auch Projektarbeiten oder Famulaturen. (14:31)

B: Also Famulaturen finde ich auf jeden Fall wichtig. Einfach generell Praxiserfahrung ist super wichtig. Das ist ja so das, was dir wirklich mal einen Einblick darin gibt, wie du später arbeiten wirst. Ja Vorlesung und so, das ist interessant, aber (...) das / JA, ist ja die theoretische Wis-

sensvermittlung jetzt nicht das, was ich später in der Praxis brauche. Also Famulaturen finde super wichtig. Ich finde auch das Pflegepraktikum richtig wichtig! Einfach, dass man die Pflege zu schätzen weiß und sieht was die so leisten und so. Finde ich richtig gut, dass es das gibt. (überlegt) JA. (überlegt) Was noch? Also wir haben so ein (...) Skillslab. Bei uns da in der UNI, da gibt es so Räume. Da gibt es so verschiedenen Übungsgruppen, an denen man das, zum Beispiel, Abhören üben kann oder irgendwelche Untersuchungen üben kann, das finde ich auch ganz toll, dass wir das haben. Ich fände es sogar noch schöner, wenn man das öfter nutzen könnte. Das geht leider nicht von den Kapazitäten her. Aber einfach so ja praktische Übungen/ Das ist super wichtig. (15:51)

I: Was hast du denn während deines Studiums schon an praktischer Erfahrung sammeln können und in welchem Bereich? (15:57)

B: (Überlegt) Also meinst du jetzt in Famulaturen oder alles insgesamt? (16:02)

I: Insgesamt (16:05)

B: Ja. (...) Hallo? (Verbindungsprobleme) (16:12)

I: Hallo. Alles. (16:15)

B: Okay. Also wir haben verschiedene Blockpraktika in den großen Fächern. In Chirurgie, in der inneren Medizin in/ Eigentlich in allen Fächern fast (verwundert). In Gynäkologie, Pädiatrie, in Dermatologie, in Neurologie, Psychiatrie, HNO, Augenheilkunde/ Eigentlich in jedem Fach hat man so ein bisschen mal reingeschaut, meistens waren das dann so zwei Wochen (...) (überlegt), in denen man dann irgendwie mit auf Station war und dann meistens die Seminare dazu hatte (...). (überlegt) Also so richtig, dass man wirklich mal was/ Das war mal ganz gut, dann konnte man sich das ein bisschen angucken konnte. Konnte vielleicht mal mit in den OP gehen oder konnte mal Untersuchung eigenständig durchführen. Das war schon ganz gut, aber so richtig viel praktische Erfahrung macht man einfach in den Famulaturen und da (überlegt) war ich auch in der Chirurgie. Habe ja diesen (überlegt)/ Habe ja mein Zertifikat da gemacht. (überlegt) War (...) in der Neurologie (...) war in (überlegt)/ in einer Ambulanz und war beim Hausarzt. Genau. Das waren so die Bereiche, die ich gemacht habe, wobei Hausarzt und Ambulanz ja vorgegeben ist. (17:44)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über mögliche Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offen stehen? (15:52)

B: (überlegt) (...) Also (...) So einen richtigen Überblick (...). Weiß ich nicht, ob man das in der Uni so gut vermittelt bekommt. (...) Also/ So klar, die klassische/ klassische KRANKENHAUSTätigkeit, das bekommt man auf jeden Fall gut vermittelt (überlegt). Aber dann so ambulante Tätigkeit (...) ist jetzt doch irgendwie eingeschränkt worden, weil die Vorgaben für die einzelnen Famulaturen so ein bisschen strenger geregelt wurden. Also so das, was man jetzt so mitbekommt. Bei niedergelassenen Ärzten ist halt immer der Hausarzt, wo wir das immer machen müssen. Da geht man in der Regel nicht noch in irgendeine andere niedergelassene Praxis, sondern macht dann die ambulante Famulatur halt irgendwie in der Notfallambulanz oder so was (...) Ja. (...) Also so richtig und sowas wie – keine Ahnung – so wissenschaftliche Tätigkeiten, so in der Forschung, sowas kriegt man eigentlich nur mit, wenn man da drin eine Doktorarbeit macht. Und so ja, so ein bisschen. (19:22)

I: Dann die nächste Frage: Inwiefern hast du denn einen Überblick über die Facharztrichtungen, die du nach dem Studium machen kannst? (19:30)

B: (überlegt) (...) (überlegt) (...) Also, wie gesagt, man kriegt eigentlich in alle Fächer so einen KLEINEN Einblick von diesen einzelnen Blockpraktika. Ich persönlich finde es ist zu wenig WEIL, also dadurch, dass die Famulaturen also wirklich jetzt vorgegeben sind – einmal beim Hausarzt, einmal ambulant und nur noch zwei frei wählbar sind, so richtig. Für jemanden, der (...) irgendwie so ein/ Also der jetzt keine (...) von vorherrein festgelegte Richtung hat, ist es echt schwer! Das in zwei Famulaturen so richtig herauszufinden, weil/ weil in den Blockpraktikum hängt das dann halt auch wieder so ein bisschen mit der Uni zusammen. Dann kann zum Beispiel sein, dass das eine FACH einfach bei der Uni jetzt/ Das da die Lehre jetzt vielleicht nicht so optimal läuft. Das heißt ja nicht, dass das Fach grundsätzlich schlecht ist, sondern ein-

fach nur, dass das einfach nicht gut vermittelt wird, in dem Unterricht. (...) Von daher finde ich das wirklich SCHADE, dass man da eigentlich so eingeschränkt ist mit dem, was man sich noch angucken kann. Es sei denn, man macht in jedem/ in allen Ferien noch zusätzliche Praktika, was die meisten sich aber auch nicht leisten (lachend) können, weil man dann meistens noch eine Doktorarbeit nebenher hat oder irgendwas anderes. Ich finde das System, dass es irgendwie in manchen anderen Ländern gibt, dass man, zum Beispiel im praktischen Jahr einmal durch alle Kliniken rotiert oder, dass nach dem Staatsexamen/ Also an dem kompletten Ende des Studiums gibt es das teilweise auch, dass die teilweise auch einfach ein Jahr durch alle Kliniken rotieren. Immer einen Monat auf/ In einer anderen Klinik. Das finde ich eigentlich ganz gut. Dass man da wirklich mal alles gesehen hat und auch wie die Leute da arbeiten und nicht nur „Okay, hier jetzt ein Krankheitsbild und dann nur einmal mit in den OP“ und das war es dann. Das finde ich eigentlich echt Schade. Das es hier nicht geht. (21:45)

I: Was möchtest du denn nach dem Medizinstudium machen und warum? (21:50)

B: (überlegt) (Schnauft) Ich bin mir immer noch / ich bin immer noch unentschlossen (...) deswegen finde ich das auch so blöd (lachend). Ich schwanke zwischen Anästhesie, Neurologie und Allgemeinmedizin. (überlegt) Anästhesie. (22:11)

I: Entschuldigung. Vielleicht willst du drauf auch hinaus, warum du dir zwischen diesen Fächern so unsicher bist? (22:16)

B: Also ich wollte jetzt erklären, was ich an denen immer gut finde. (22:24)

I: Ja mach. (22:25)

B: Okay, also in Anästhesie schreibe ich eine Doktorarbeit. Habe da mein Wahlfach belegt und das war vorher so gar nicht bei mir auf dem Schirm, aber also/ In dem Wahlfach ging es vor allen Dingen um Intensivmedizin und das fand ich super spannend. Und wir haben da Vorträge gehalten und vorbereitet und waren da immer mit auf der STATION und haben uns die Patienten angeguckt. Ja dann habe ich da eine Doktorarbeit geschrieben und ich fand einfach (...) Ja. (...) Ich fand die Fälle total spannend. Ich fand es schön, wie die Anästhesisten mit den (überlegt) also mit dem Patienten und auch mit den Angehörigen umgegangen sind. Meistens mehr mit den Angehörigen, weil die Patienten waren meistens sediert. (Überlegt) Ja, also ich fand einfach so die Arbeitsweise und die Fälle da super spannend. Dann aber, habe ich eine Famulatur auf der Neurologie gemacht. Das hat mich eigentlich schon immer interessiert. Ich fand Neurologie richtig spannendes Fach, weil es da einfach/ Also es gib einfach so viele komplexe Krankheitsbilder, wo man auch noch nicht so genau weiß, wie das alles entsteht und wo es einfach noch so viel (überlegt)/ JA so viel Unklarheiten gibt und das finde ich immer interessant. Und dann hat mir da auch einfach/ Das Team war super nett. Die haben alle mega viel erklärt und die Ärzte haben sich super viel Mühe gegeben und waren super engagiert. Und es war einfach eine total schöne Zeit da auf der Station. Das hat mir auch viel Spaß gemacht UND meine Famulatur in der Allgemeinmedizin war auch richtig toll. Das war irgendwie so ein - keine Ahnung – so ein Hausarzt, wie er sein sollte (lachend). Das lief richtig gut da in der Praxis. (überlegt) Und dann hat der mir auch noch mega viel erklärt und viel beigebracht und einfach sowas, wie Praxis aufgebaut haben, was die angeboten haben für ihre Patienten. Das fand ich einfach total toll. (24:25)

I: Was würde denn jetzt deine Wahl zwischen diesen drei Sachen erleichtern? (24:30)

B: Also ich hoffe, dass mir mein PJ die Wahl erleichtern wird. Ich werde mich einfach (überlegt)/ Also Allgemeinmedizin lasse ich da ein bisschen raus (...). Aber ich werde mich für Neurologie und für Anästhesie im PJ bewerben und dann werde ich schauen, was ich bekomme (lachend). Und dann werde ich schauen, wie mein PJ läuft und hoffe, dass ich danach schlauer bin. (24:55)

I: Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch im laue des Studiums verändert? (25:00)

B: (überlegt) JA, also Neurologie war mein ursprüngliches Fach, was ich von Anfang an machen wollte. Von daher ist das immer noch mit dabei, und ja. Anästhesie habe ich jetzt praktisch neu kennengelernt. Und Allgemeinmedizin ist immer so ein bisschen so, so (...)/ Irgendwie fände ich es schön so richtig – weiß ich nicht, ob/ Also – keine Ahnung wie soll ich das erklären?

(...) Das ist immer so ein Hintergedanke gewesen. Also (...) Neurologe und Allgemeinmedizin eigentlich eher NEUROLOGIE, aber Allgemeinmedizin war immer so ein bisschen im Hinterkopf und dann ist noch Anästhesie dazu gekommen. (25:43)

I: Was würde für dich denn beruflich gar nicht in Frage kommen? (25:47)

B: (überlegt) Als Fachrichtung oder jetzt so? (25:56)

I: Genau welcher Facharzt. Welcher wäre für dich am unattraktivsten? (25:58)

B: Ich wusste immer dass ich keine Pädiatrie machen wollte (lacht). Warum, kann ich jetzt nicht so genau sagen (lachend). Ich finde es da schön, mein Praktikum – hat mir total viel Spaß gemacht, aber ich wusste immer, dass ich es nicht machen will (...) (überlegt). (26:15)

I: War das/ (26:)

B: Ja obwohl, ich fand das einfach immer noch ein bisschen mit/ So normaler Kinderarzt – Kein Problem! Das ist bestimmt eine super schöne Aufgabe. Aber wenn man wirklich schwerstkranke Kinder hat. Das finde ich doch irgendwie sehr hart damit umzugehen. Ja. Ja doch. Ich glaub/ Ja. Das war der Grund. Deswegen wollte ich das nicht machen. (26:36)

I: Wir kommen zu einem neuen Fragekomplex. (26:41)

B: Okay. (26:42)

I: Wie findest du selber/ Wie empfindest du das Image der Chirurgie? (26:47)

B: (überlegt) Ja, also das Image der Chirurgie ist (...) Nicht so richtig positiv, würde ich sagen (lachend) Es ist schon sehr/ Also die Chirurgen sind Arbeitstiere und JA (...). Und sind meistens auch sehr überzeugt von sich selbst und von dem, was sie tun (schmunzelnd) und (...) ja. Image der Chirurgie ist nicht immer so ein schönes und es ist sehr LAUT und die Hierarchie ist sehr streng. Ja. Das ist so das Image. (27:36)

I: Wie würdest du denn sagen empfindet die Allgemeinheit der Medizinstudent das Image der Chirurgie? (27:43)

B: Ja ziemlich genauso. (27:47)

I: Okay. Und die Bevölkerung? (27:49)

B: Ich glaub auch so (lacht). Chirurgie hat nicht ganz so einen guten Ruf. (27:56)

I: Was müsste sich denn in der Chirurgie ändern, damit dann auch für dich ein chirurgischer Facharzt in Frage käme? (28:02)

B: Flexiblere Arbeitszeiten. (28:07)

I: Was stört dich genau an den Arbeitszeiten? (28:10)

B: (überlegt) Das die meistens sehr lang sind und mit sehr vielen Überstunden verbunden und ja das/ (...) Ja, also das ist auch nicht so/ so wirklich familienfreundlich; ist es nicht. Und es ist, glaube ich, auch gerade unter den Chirurgen nicht so, DA dann zu sagen: „Okay man macht nur eine 75-Prozent-Stelle“. Ist glaube ich nochmal schwieriger, als in den anderen Fachärzten. Einfach weil es da noch so gerne gesehen ist und/ (...) Ja es ist halt doch irgendwie auf den chirurgischen Stationen karriereorientierter als an anderen. (28:54)

I: Kennst du Angebote für Studierende der Medizin, welche neben dem Studium einen praktischen Einblick in Fachrichtungen gewähren? Also außerhalb des Studium irgendwelche Angebote? (29:07)

B: (überlegt) Außerhalb des Studiums irgendwelche Angebote. Ja, es gibt so verschiedene Summerschools. Gibt es von verschiedenen (...) (überlegt) Fachbereichen. Also von der Neuro weiß

ich definitiv, dass es welche gibt. Ich glaube es gibt auch noch welche von anderen. Ja dann natürlich, das was ich gemacht habe. Mit dem OP Assistenten. Ich glaube die (überlegt) Chirurgie bietet da generell sehr viel an. (überlegt) Wobei, das war ein Wahlfach. Das war gar nicht außerhalb. Also WAHLFACH zählt nicht als außerstudienmäßig, ne? (29:52)

I: Nein. Wie findest du denn solche Angebote? (29:57)

B: Also da wäre mir jetzt/ Also diese Summerschools kenne ich. Ich weiß nicht genau, das bieten glaube ich viele an, aber ich könnte jetzt nicht genau sagen, wer noch alles. (30:07)

I: Unter welchen Umständen würdest du denn an so einem Angebot teilnehmen? (30:11)

B: (überlegt) Also ich weiß nicht. Ich glaube einfach, wenn sich das zeitlich/ wenn das zeitlich passen würde/ würde ich dran teilnehmen, wenn es halt zeitlich passen würde. Wenn es mich interessiert, was da angeboten wird, dann würde ich daran teilnehmen. (30:42)

I: Okay. (30:43)

B: Also sowas wie Kongresse gibt es natürlich auch noch (...). Oder ich weiß nicht ob, das direkt als praktische Erfahrung zählt. Ist an sich auch interessant und wichtig, aber so viel Praktisches, ist ja auch mehr theoretisch. (30:59)

I: Okay. Du hast ja eben erwähnt, dass du damals auch an diesem Zertifikat Studentischer OP Assistent teilgenommen hast. Was hat dich denn damals zur Teilnahme bewegt? (31:10)

B: (überlegt) Ein Freund von mir hatte das auch gemacht und der Bitte? Hallo? (31:18)

I: Ich habe nichts gesagt. (31:20)

B: Die Verbindung ist nicht so super. (überlegt) Ein Freund von mir hatte das auch gemacht. Der hatte mir davon erzählt und hatte/ Er hatte mir eben erzählt, dass die Betreuung da sehr gut ist. Das man anhand von diesen PLAN einfach so feste OP-Zeiten erfüllen muss, und dadurch eben viel machen kann und viel sieht. Und auch wirklich drauf geachtet wird, dass die Studenten was machen und was lernen. Ja ich fand es einfach gut, dass es ein bisschen strukturiert ist und ich hatte eigentlich auch den Plan gehabt, dass ich das dann vielleicht als Nebenjob weiterführen kann. Das hat dann leider nicht geklappt, aber die Idee hat sich dann doch irgendwie verlaufen. Aber ich fand das an sich ein ganz gutes Konzept. (32:12)

I: Hast du denn außerhalb von den Aussagen deines Freundes irgendwelche Erwartungen an den Kurs noch gehabt? (32:21)

B: (überlegt) (...) Eigentlich nicht. Nein, ich dachte ich schaue einfach mal, wie das so läuft. (32:30)

I: Weißt du noch im wievielten Semester du warst, als du den Kurs gemacht hast? (32:35)

B: Im zweiten. Im zweiten Klinischen. (32:37)

I: In welcher Klinik hast du den absolviert? (32:40)

B: In einer Klinik in NRW. (32:42)

I: Wie hat das denn mit der Anmeldung bei dir funktioniert? (32:46)

B: Das war eigentlich ziemlich EINFACH. Ich habe dem/ Das haben die bei uns glaube ich sogar in der Einführungsveranstaltung vorgestellt, das man das machen kann. Mit E-Mail Adresse für den zuständigen (überlegt). Ja für den zuständigen Assistenzarzt, bei dem man sich dafür melden konnte. Dem habe ich da glaube ich geschrieben und ja/ Ich glaub, das war es. Irgendwas habe ich noch auf der Seite gemacht, aber ich weiß nicht mehr genau (lachend). Ich weiß nicht mehr, ob ich auf der Seite, was ausdrucken musste oder irgendwas anmelden. Ich weiß nicht, aber es war unkompliziert. Ich kann mich jetzt nicht mehr daran erinnern, dass da irgendwas schwierig dran war. (33:27)

I: Weißt du noch, wie der Kurs aufgebaut war und welche Inhalte so gelehrt wurden? (33:33)

B: (überlegt) Also wir hatten am Anfang Einführungstag. Haben unsere ganzen Unterlagen bekommen mit Lauf/ Laufzetteln, wie viele OP's wir besucht haben und welche OP es genau/(überlegt). Das war schon mal ganz gut da, und halt auch mit einem konkreten PLAN, wie läuft der Stationsalltag ab und so. Und haben auch Dienstkleidung bekommen. Das war ganz cool, das bekommt man sonst bei uns nicht für eine Famulatur und ja. Und dann hatten wir pro Woche ein Seminar, nur für uns. Da hatten wir ein/ Also wir hatten verschiedene Krankheitsbilder, die haben wir dann sogar SELBER ein bisschen erarbeitet. Haben dann irgendwelche Literatur bekommen. Haben uns das durchgelesen und haben es uns dann praktisch so gegenseitig erklärt. Dann wurde halt vorher gefragt „Okay, wer war schon mal bei der und der OP dabei? Wer hat das gesehen?“ Okay, und die das dann schon gesehen hatten, hatten es dann den anderen erklärt. Unter Anleitung und Aufsicht von einer Assistenzärztin. Dann hatten wir einmal so (überlegt) Hakenkunde (lacht) sozusagen. Also die ganzen Instrumente, die man im OP benutzt. Das haben wir auch einmal durchgesprochen. Dann (überlegt)/ Was hatten wir denn noch? Also das mit den Krankheitsbilder hatten wir glaube ich mehrmals. Also immer verschiedenen Krankheitsbilder, die wir durchgegangen sind. Und dann wurden wir immer noch mit so einem/ Ich schmeiß das vielleicht auch ein bisschen durcheinander, weil wir dann immer noch mit den PJlern in ihre Seminar gegangen sind. Ich glaube einen Nahtkurs haben wir auch gemacht. Da habe ich/ Jetzt kann ich gar nicht mehr genau sagen, was PJler Kurs und was unser Kurs war. Aber wir hatten auf jeden Fall MINDESTENS einmal pro Woche noch einen Kurs gehabt. Meistens zwei Mal. (35:40)

I: Okay. Wie hat dir der Kurs denn gefallen? (35:42)

B: (überlegt) Also, Ich fand/ ich fand es richtig gut, weil so dass sich für die Famulanten nochmal extra Zeit genommen wird, um irgendwas zu unterrichten, das gibt es eigentlich sonst nicht. Man kann mit in die PJler Kurse gehen, aber dass man eigene Kurse nur für die Famulanten macht, das gibt es eigentlich sonst nirgends. Das war echt schön. Und auch sonst: Es wurde eben immer drauf geachtet, dass man mit in die OP's gegangen ist. Die Oberärzte waren sehr nett und haben auch viel erklärt. Ja hat mir echt ganz gut gefallen. (36:23)

I: Weißt du noch was dir am besten und was am schlechtesten gefallen hat? (36:37)

B: Am besten gefallen, dass/ Nein das jetzt nicht/ Also das war jetzt keine Vorgabe von dem Kurs, aber ich habe einen Nachtdienst mitgemacht und da hat eine Oberärztin sich/ Also war ich den ganzen Abend, beziehungsweise Nacht, mit ihr unterwegs und sie hat mir alles erklärt und alles gezeigt und hat sich dann super drum gekümmert. Das fände ich richtig cool und (überlegt) am schlechtesten/ Also was schwierig war: Wir waren sehr viele, die diesen Kurs gemacht haben. Also die diesen Schein machen wollten. Und deswegen gab es manchmal, also es haben sich auch gerade zwei Gruppen überschritten. Es haben irgendwie sieben oder acht Leute angefangen das zu machen auf zwei Stationen verteilt. Und eine Woche kam dann die nächste Gruppe aus acht Leuten. Und dann hat sich das für eine Woche überschritten und dann gab es echt Gerangel um die OP's (lachend). Das fand ich nicht so toll. Aber das lag jetzt nicht an dem Schein, sondern das war jetzt einfach aufgrund der kurzen Semesterferien nicht anders zu lösen. (37:44)

I: Was würdest du anders machen? (37:45)

B: (überlegt) (...) Also was ich noch ganz gut gefunden hätte, das hat nämlich nicht funktioniert, dass die Studenten mehr nähen müssen. Das hat nicht funktioniert, weil aktuell zu dem Zeitpunkt eine Studie gelaufen ist, deswegen mussten viele auch geklammert werden. Und deswegen konnten wir nicht nähen. Aber einfach das darauf noch ein bisschen mehr geachtet wird. Zum Beispiel, dass man das dann auch in der Liste festhalten könnte, dass man so und so viele Nähte gemacht hat. Das fände ich ganz gut. ODER wenn man noch irgendwie/ Obwohl das macht nicht so viel Sinn. (überlegt) JA doch. Doch, das mit den Nähten! Das mit dem Nähen. Mehr reinbringen! (38:41)

I: Wie haben dir die Lehrmethoden gefallen also praktische und theoretische? (38:44)

B: Also, da gibt es eigentlich nichts dran auszusetzten. Die waren ganz gut so, wie sie es gemacht haben. Weiß nicht, ob es da irgendwelche Vorgaben gab. Also es war jetzt nicht irgendwie eine mega Power-Point-Präsentation in den einzelnen Seminaren. Fand ich aber auch gar nicht nötig. Wir waren dann wie gesagt meistens so acht Leute und ich finde, da muss man jetzt keine riesige Präsentation aufbauen, sondern das bringt manchmal vielmehr, wenn man das im Gespräch zusammen erarbeitet. Fand ich jetzt nicht verkehrt. (39:22)

I: Welchen persönlichen Nutzen ziehst du denn aus der Teilnahme am Kurs? (39:27)

B: (...) (überlegt) (...) Ist auch eine schwierige Frage. (...) (überlegt) (...) Also zum einen, einfach, dass ich einen guten Einblick in die Chirurgie bekommen habe. Das finde ich wichtig, weil ich das Fach interessant fand und JA für mich dann/ Also für MICH war es gut, dass ich das zwar gesehen habe, dass ich das spannend finde. Aber auch, dass ich das ausschließen kann. Das war für mich ein Vorteil (lachend). (überlegt) Ansonsten fand ich es aber einfach gut, trotzdem so eine strukturierte und ja/ strukturierte und ausführliche Lehre zu bekommen. Weil ich finde es ist trotzdem wichtig und man sollte – und jeder Mediziner sollte sich damit ein bisschen auskennen, auch wenn er das Fach jetzt später nicht machen will. Anständig nähern können und sowas ist trotzdem nicht verkehrt. (40:39)

I: Inwiefern hat denn dann die Teilnahme am Zertifikat, deine Entscheidung für oder gegen diese Fachrichtung beeinflusst. Weil du ja gerade du sagst kannst es ausschließen. Warum denn? (40:49)

B: (überlegt) (...) Ja wegen dem/ Also es ist doch sehr viel Arbeitsaufwand. Das habe ich gesehen. Die sind einfach also/ Da hat eigentlich jeder, jeden Tag Überstunden gemacht. Und die waren schon alle ganz glücklich damit und die haben sich auch im Team gut verstanden und schienen damit auch sehr einverstanden zu sein, aber das ist nicht so unbedingt das, wo ich hin will. Weil das war doch schon sehr (...)/ Ja (...) schon sehr karriereorientiert und das ist einfach nicht, nicht mein Ziel. (40:40)

I: Also das heißt, der Kurs hat dir schon genügend Einblicke in den Fachbereich gegeben? (41:44)

B: Ja. Ja. (41:48)

I: Wurden denn deine Erwartungen, die du im Vorhinein an den Kurs hattest – auch durch deinen Freund – erfüllt im Nachhinein? (41:55)

B: Ja auf jeden Fall. (41:56)

I: Würde denn für dich eine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot für dich n Frage kommen? (42:05)

B: (überlegt) Ja es ist jetzt ein bisschen spät dafür (lacht). Also prinzipiell würde ich sagen ja, wenn ich jetzt noch mal in der gleichen Situation wäre, dann würde ich das auch nochmal machen. (42:27)

I: Okay. (...) Welche Nationalität hast du? (42:32)

B: Deutsch. (42:35)

I: Und wie alt bist du? (42:37)

B: 24. (42:38)

I: Cool. So, das war es schon von meiner Seite. (42:45)

Transkript E3, männlich, 22 Jahre, 4. Semester

I: Warum hast du dich denn dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:06)

B: Ja, das war schon immer mein Kindheits/ Kindheitstraum so. Und ich wollte immer irgendwas für die Gesellschaft tun und dann fand ich eigentlich die passendste Berufung und, oder Beruf für mich. Und so kam das dann, dass ich dann nachher zum Medizinstudium tendiert habe. (00:27)

I: Gab es denn bestimmte Personen, Ereignisse oder Erfragungen, die dich zu dieser Entscheidung dann beeinflusst haben letztendlich? (00:35)

B: Ja auf jeden Fall. Also, meine Mutter ist OP-Schwester und mein Stiefvater, den ich seit (...) dem sechsten Lebensjahr kenne, der ist selber Arzt. Und ja, dann hat man halt immer schon seine Vorbilder vor Augen. Man dann/man wurde dahin geleitet oder begleitet. (00:57)

I: Hast du denn bevor du angefangen hast zu studieren selber schon Erfahrungen im medizinischen Bereich gemacht? (01:04)

B: Ja habe ich. Ich habe seit dem ich 16 bin/ da war ich beim Schulpraktikum und das habe ich im Krankenhaus absolviert. Also selber auch im OP und hab dann da auch (überlegt)/ War da im Prinzip war dann relativ gut, so dass die mich nachher gefragt haben, ob ich da in den Ferien arbeiten möchte. Das heißt dann, dass ich ab dem – nicht 16, sondern 17. Lebensjahr –, dass ich dann ab 17 jede Ferien – solange ich in der Schule war – dann da gearbeitet habe. Und nach der Schule habe ich auch noch ein JAHR dann im Krankenhaus gearbeitet. Auch immer noch im OP. Und ja. Das hat mich dann halt auch mal forciert, dass ich weiter das Medizinstudium vor Augen hatte. (01:48)

I: Und machst du das Medizinstudium schon von vornherein in Ungarn? (01:53)

B: Ja, mache ich. (01:54)

I: Warum? (01:55)

B: Weil mein Abiturdurchschnitt mit 2,8 viel zu schlecht ist für Deutschland und ich müsste so sieben Jahre mindestens warten, bis ich überhaupt anfangen könnte. Und das ist zu teuer, als wenn ich dann zuhause sitzen würde. Dann bezahle ich lieber wenig Studiengebühren, als dass ich dann zuhause auf den Kosten meiner Eltern nur rumsitze und Nichts mache. (02:20)

I: Und warum ist die Wahl auf Ungarn gefallen? (02:23)

B: Ungarn ist das einzige (...) Land außer/ neben Österreich, dass das Medizinstudium auf Deutsch anbietet. Und ja so bin ich nach Ungarn gekommen. (02:36)

I: Im wievielten Semester bist du gerade? (02:38)

B: Ich bin jetzt im Vierten. (02:40)

I: Also in der Vorklinik. (02:42)

B: Ja genau. (02:43)

I: Wie lässt sich denn dein Studium mit deinem Privatleben oder hast du einen Nebenjob so kombinieren? (02:51)

B: Eigentlich super, weil ich meine es ist ein andere Sache, ob man jetzt in Deutschland studiert oder in Ungarn. Weil ich bin halt auch jedes Wochenende hier in Ungarn gebunden. Und so ist meine Familie mittelweile/ meine Freunde hier in Ungarn mittlerweile zu meiner FAMILIE geworden. Und so macht man halt auch viel zwangsläufig jeden Tag miteinander was. Und ins Leben selber eingebunden wird halt alles, was auch in der Uni geht. Deswegen also ich finde es halt man kann es gut mit dem Privat vereinbaren (03:29)

I: Hast du denn einen Nebenjob? (03:31)

B: (...) Nein habe ich nicht. (03:35)

I: Was würdest du denn sagen, wie viel zeitlichen Aufwand du pro Woche für dein Studium aufwendest? (03:42)

B: (überlegt) Mit den Unterricht selber, oder nur die Lernzeit? (03:49)

I: Alles zusammen. (03:50)

B: (überlegt) Unterschiedlich. Also es kommt halt auf das Semester an, aber ich würde jetzt sagen/ Muss ich mal kurz auf meinen Stundenplan schauen (schaut auf Stundenplan und überlegt). 30 Stunden (...) die Woche. (04:16)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (04:19)

B: Finde ich super. Also (...) bis auf das es ab und zu mal ein bisschen stressig wird, aber das war von Vorherherein klar, ist eigentlich alles super. Also (...) ich hab/ Ich hatte trotzdem, muss ich halt sagen, dass ich gedacht hätte dass es schwieriger sei. (04:35)

I: Warum? (04:38)

B: (lacht). Weil man am Anfang immer (überlegt) Angst gemacht bekommt. Vor allem wenn man vorher irgendwie im Krankenhaus arbeitet und mit den Ärzten redet. Die meisten Ärzte sagen, die würden nie wieder Medizin studieren, wegen des Lernaufwandes. Und da hat man da am Anfang, wenn man noch nicht Erfahrung gemacht hat in dem Studium, dann denkt mal das wirklich. So sehr anstrengend, dass man halt wirklich von MORGENS bis abends lernen muss, aber so empfinde ich das selber halt nicht. (05:09)

I: Was gefällt dir denn am besten an deinem Studium? (05:12)

B: (überlegt) Die Anatomie des Menschen, weil man einfach mal lernt, was man selber in seinem Körper oder/ beziehungsweise oder generell eigentlich alles, wie der ganze Körper miteinander in Verbindung steht. Das finde ich eigentlich das interessanteste. (05:33)

I: Was gefällt dir gar nicht bisher? (05:37)

B: Ja also (...) da ich im Ausland studiere, mir gefallen generell gesellschaftswissenschaftliche und sprachliche Fächer überhaupt nicht und so ist ungarisch mein absolutes Hassfach. (05:51)

I: Verstehe. Also hast du denn Verbesserungsvorschläge? (05:58)

B: Ich würde das Medizinstudium in UNGARN oder generell das Medizinstudium? (06:01)

I: Kannst du gerne beides beantworten. (06:06)

B: (...) Ich fände es schöner, wenn man in der Vorklinik ein bisschen mehr eingebunden würde in die Klinik. Weil jetzt ist es halt sehr, sehr trocken. Aber das wird ja jetzt auch langsam immer weiter voran gebracht in Deutschland mit den Modellstudiengängen. Und sonst ja (überlegt) (...) Ich weiß, dass man ein bisschen mehr Hilfestellung von den Universitäten bekommt, wie man besser durch sein Studium kommt. (...) Weil ich kenne halt/ Viele meiner Freunde haben sehr viele Probleme mit dem LERNEN selber und das ist halt dann von der Universität/ Die Universität guckt dann halt WEG und sagt, das ist denen relativ egal. Hauptsache die Quoten beziehungsweise das GELD stimmt. (06:57)

I: Was ist denn an deinem Studiengang oder generell an dem Studium anders in Ungarn als in Deutschland? (07:06)

B: Die Aufteilung ist ein bisschen anders, die Prüfungsordnung läuft anders ab. (07:14)

I: Inwiefern? (07:15)

B: Wir haben kein richtiges Physikum, falls Physikum dir was sagt, als Prüfung. Als Prüfung nach dem/ nach der Vorklinik, sondern bei uns ist das halt ein bisschen gesplittet. Das heißt, wir haben am Anfang, nach dem ersten Studienjahr, haben wir schon Biologie, Chemie, (überlegt)

Physik, das Rigorosum, also die Abschlussprüfung. Und danach haben wir diese Fächer dann gar nicht mehr. Und nach dem dritten Semester haben wir schon unsere Anatomieabschlussprüfung gehabt. Und nach dem vierten kommen jetzt nur noch zwei, also Physiologie und Biochemie. (überlegt) Die Abschlussprüfung. Und das empfinde ich ja selber als angenehmer, weil man nicht innerhalb von – ich weiß nicht – 72 Stunden die ganzen Fächer da ablegen muss. (08:05)

I: Gib es da auch Sprachbarrieren? (08:09)

B: Auf jeden Fall. Also wenn man Draußen auf der Sprache/ Straße jemanden trifft. Also kann ich/ Kriege ich fast kein Wort dann raus. Aber von den Dozenten, Professoren und Lehrern eigentlich überhaupt nicht. Also die können/ man hört halt, dass sie nicht Deutsche sind, aber die können halt wirklich perfekt Deutsch. (...) Mit einem gewissen Akzent. (08:34)

I: Okay. Inwiefern denkst du, dass jetzt deine Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf ist? (08:42)

B: Ich denke gar nicht, wie wenn man/ es gibt halt nicht mal gewisses Problem, weil zum Beispiel vor welchem ich momentan stehe, dass ich nach dem vierten Semester, also nach der Vorklinik, keinen Platz in Deutschland bekomme und somit eventuell ein Jahr lang aussetzen muss. Oder halt nach Budapest gehen. Also ich kann nach Budapest gehen, also wenn ich jetzt ein Jahr lang aussetzen würde und ich das nachher in meinen Lebenslauf schreibe, dass ich während des Urlaub/ Urlaubsjahres - wenn ich da meinen Doktor geschrieben/ mache/ Und wenn ich meinen Doktor schreiben würde, ich denke das wird niemanden interessieren später, wenn ich das mal in meine Bewerbung schreiben/ Und ich denke mal nicht, dass sich das nachher auf die Karriere auswirkt (...) außer, dass ich das dann nach einem Jahr lang verzieht, aber ich meine, die Karriere macht man sowieso zwischen 30 und 50 Jahren. (09:39)

I: Wie sieht es denn bei dir/Warst du schon in einer Famulatur?(09:47)

B: Nein, war ich noch nicht. (...) Ich zwar/ Ich hab schon meine Praktika/ meine Pflichtpflegepraktika abgeleistet, aber die Famulatur für das Klinische halt noch nicht angefangen. (10:00)

I: Hast du genau/ Gib/ Denkst du denn, dass es irgendwelche Vor- oder Nachteile für dich gibt, weil du Ungarn studierst? (10:11)

B: Ich denke ganz klar Vorteile, weil ich lerne halt mit anderen Menschen und einer anderen Kultur. Man merkt halt schon, dass es hier östlicher Einfluss ist und (überlegt) man merkt das halt schon. Und ich lerne damit halt umzugehen. Ich lerne andere Sprache. Ich lerne mit den Leuten generell umzugehen und vor allen Dingen ist es halt schön so gebunden mit den Leuten hier zu studieren. Weil wir sind 150 Leute in dem Studiengang, jeder kennt sich, (...) jeder nimmt sich in den ARM, wenn man sich auf der Straße trifft. Und so Ich denk mal schon, dass das schon ein VORteil ist, dass man hier studiert. Weil ich glaube nicht das das in Deutschland auch so ablaufen würde. (10:58)

I: Also würdest du Medizin immer wieder Im Ausland studieren? (11:01)

B: (überlegt) Ja. Auf jeden Fall. (11:05)

I: Warum? (11:09)

B: Ja, wegen den Gründen, die ich vorhin angesprochen habe. Dass man einfach die persönlichen Bezüge zu den Mitmenschen werden anders, also sind anders. Und glaube ich zumindest, dass die anders sind, weil ich kann es mir nicht vorstellen dass ein so intimes, familiäres Verhältnis in den Universitäten vonstatten kommt. (11:33)

I: Inwiefern hast du einen Überblick über mögliche Berufsmöglichkeiten die dir nach dem Studium offen sehen? (11:41)

B: Ich bin generell offen für ALLES. Deswegen habe ich mich noch nie festgel/ bitten an irgendeine besondere Fachrichtung. Und den Überblick (...) habe ich zwar jetzt auch nicht ganz,

weil es der Über/ weil das (unv.) von der Medizin ist halt so umfangreich, dass man glaube ich nicht in jedem Fachgebiet (...) mal seine Fühler reintunken kann. (12:08)

I: Und inwiefern hast du einen Überblick über die FACHArztrichtungen, die du nach der medizinischen Ausbildung machen kannst? (12:18)

B: (...) (überlegt) Das weiß ich nicht. (...) Also sag ich mal, ich habe kaum einen Überblick. (12:31)

I: Weißt du denn schon ungefähr, was du nach dem Medizinstudium machen möchtest? (12:37)

B: Ja, also ich werde sofort anfangen zu arbeiten und (...) wahrscheinlich in der Chirurgie, (...) weil mir das am meisten Spaß macht. (12:49)

I: Warum? (12:51)

B: Weil ich seitdem, wie ich vorhin schon gesagt hatte, seit dem 17. Lebensjahr immer in der Chirurgie tätig war, also als Hakenhalter und im OP. Und so war dann schon meine Grundeinstellung dazu und weil mir generell Handwerk schon sehr viel Spaß macht. Und ja. (13:16)

I: Hat sich der Berufswunsch denn im Verlauf deines Studiums noch mehr verstärkt? (13:22)

B: Verstärkt nicht. Sondern eher ein bisschen abgeschwächt, da man ganz viele andere Dinge halt auch sieht. Weil vorher kannte ich halt nur die klassischen Sachen, wie Anästhesiologie und Chirurgie, Innere Medizin. Und jetzt mittlerweile, kennt/ man hat man schon sehr, sehr viel andere Sachen gehört, wo man dann schon überlegt, ob das nicht auch vielleicht was für einen wäre. (13:53)

I: Was würde denn für dich überhaupt nicht in Frage kommen beruflich? (13:59)

B: Überhaupt nicht (...). (überlegt) Eigentlich gar nichts. Vielleicht Gynäkologie (lacht). (14:10)

I: Okay wäre nicht so gut. (14:15)

B: Nein. (14:16)

I: Was würde dir denn deine Wahl erleichtern, was für dich in Frage käme? (14:21)

B: (überlegt) Ja wenn das (...)/ Ich glaube die Wahl würde am besten erleichtert werden, wenn später in der Klein/ vielen zum Teil dann für die gewisse Fachrichtung ein lockerer, cooler Dozent da auftritt und einen das Fachgebiet halt schmackhaft macht. Ich glaube dann würde mir die Wahl schon leichter fallen. (14:49)

I: Wie empfindest du persönlich das Image der Chirurgie? (14:53)

B: Ja, finde ich gut. (lacht) (14:59)

I: Dann frag ich mal warum? (15:02)

B: (überlegt) Ich finde es halt das schöne/ das Schöne an der Chirurgie ist einfach, dass man mit dem ERFOLG eigentlich sofort unmittelbar nach der Operation sieht. Das zum Beispiel, jemand hat sich ein Bein gebrochen und der würde eigentlich rein theoretisch halt so nicht mehr gehen können. Aber nach der Operation durch die Chirurgie, wird dann – also als Beispiel – wird dann/ Das wird so konstruiert, dass er dann nach der gewissen Heilpause, kann er / Das dann wieder normal gehen kann (...) und so man bekommt halt immer das Feedback oder das positive/ meistens das positive Feedback von den Patienten zurück. (15:45)

I: Was würdest du denn sagen, vielleicht kannst du das auch einmal für Ungarn und einmal für Deutschland machen, was die Allgemeinheit der Medizinstudien, also wie empfinden die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image? (16:03)

B: Der Chirurgie? (16:06)

I: Genau. (16:07)

B: Oh. (überlegt) Also für Deutschland kann ich leider nicht viel sagen, da ich nicht so viele Deutsche Studenten kenne, die nicht später anstreben in die Chirurgie zu gehen. Aber hier für Ungarn (überlegt) sind die meisten eigentlich auch eher zur Chirurgie gezogen oder beziehungsweise tendieren zur Chirurgie. Und ich denk mal, so ist halt auch das Image schon ganz hoch bei den Medizinstudenten (...) zur Chirurgie. (16:42)

I: Und wie sieht das so in der allgemeine Bevölkerung aus? (16:45)

B: (überlegt) Das ist jetzt schwer. (Überlegt) Ich glaube Chirurgen haben generell immer ein hohes Ansehen, weil die halt/ Wenn jemand eine Operation braucht und dann ein Arzt dem helfen kann und der nachher keine Schmerzen da mehr hat. Ich glaube schon, dass die meisten Leute dann sehr DANKBAR sind, den Ärzten gegenüber. Und somit halt das Image auch relativ hoch ist oder gut ist. (17:18)

I: Du hast ja eben schon gesagt, dass Chirurgie auf jeden Fall eine Präferenz von dir ist. Aber wenn sich jetzt noch irgendwelche Bedingungen in der Chirurgie ändern würden. Die Umstände, Arbeitsbedingungen oder so. Was müsste das genau sein, damit du sagen würdest „Ey ich mach das auf jeden Fall, auf jeden Fall Chirurgie“?. (17:38)

B: (überlegt) Ja ich meine Bezahlung ist immer (...) – glaube ich – fast an erster Stelle und (...). Ich weiß halt die Arbeitszeit, dass man sich die später selber ein bisschen selber einteilen kann. Dass das ein bisschen geordneter abläuft. Wie – hört sich blöd an – wie in einer normale Firma, weil schlussendlich (...) läuft die Chirurgie einfach so ab. Und ja, dass man dann später, wenn man eine Familie hat, dass man die Zeit besser planen kann. (18:15)

I: Kennst du Angebote für Studierende, also für Studierende der Medizin, welche neben dem Studium einen praktischen Einblick in bestimmte Fachrichtungen gewähren? (18:30)

B: Angebot war die Frage? (18:33)

I: Genau. Ob du praktische Angebote für Medizinstudenten kennst, die jetzt nicht von der Uni sind. (18:42)

B: Ja, also zu mindestens für mich. Vor allen Dingen durch die Ausbildung letzten Sommer, da wurde ich generell auch im Krankenhaus auch selber gefragt, ob ich nicht/ Am liebsten würden dich mich einfach da behalten. Halt dass ich überall mal rumkomme, dass ich mal alles sehe und überall helfe (lachend). Und so ist schon das/ Also das Angebot selber ist hoch, zu mindestens bei uns in der Region. (19:05)

I: Kennst du denn noch andere Zertifikate, wie das der DGAV, oder andere Weiterbildungsmöglichkeiten, die außerhalb deiner Uni sind? (19:26)

B: Nein, kenne ich nicht. (19:29)

I: Wenn du sowas kennen würdest, unter welchen Umständen würdest du denn an sowas teilnehmen? (19:36)

B: (überlegt) Wenn ich dadurch Wissen erlangen kann und, oder vielleicht oder ich/ Dadurch Erfahrung sammeln (...) oder dafür eine Vergütung bekomme. (19:55)

I: Okay. Wir kommen jetzt mal zum nächsten Frageblock. Wir sind übrigens sehr schnell (lacht). Du hast am Zertifikat Studentischer OP Assistent ja teilgenommen. Was hat dich denn damals zu der Teilnahme bewegt? (20:10)

B: (überlegt) Zur Teilnahme bewegt hat mich, dass ich vorher in dem Krankenhaus, wo ich die/ dieses Zertifikat gemacht habe, habe ich halt vorher als Hakenhalter vor meinem Studium gearbeitet. Und (...) dort waren dann immer die Studenten, wobei ich immer schon eine gewisse Eifersucht hatte. Weil ich ja auch studieren möchte/ wollte und da habe ich halt immer gesagt, wenn ich dann später auch mal studiere, dann werde ich das auf jeden Fall machen, weil es

halt schon was Schönes ist. Weil man dann einen tieferen Einblick bekommt, als wenn man nur immer, also immer nur Haken hält oder was Ähnliches macht. (...) Und so wird halt einem viel angelernt in verschiedenen Bereichen und das war schon gut. (21:00)

I: In welcher Klinik war das? (21:03)

B: In einer Klinik in NRW. (21:08)

B: Wann war das, als du teilgenommen hast? (21:11)

I: (überlegt) Im Juni 2016. (21:18)

I: Das war dann dein zweites Semester? (21:22)

B: Ich war dann mit dem zweitem Semester fertig, das waren dann meine Semesterferien. (21:28)

I: Ah okay. Ach und deswegen/ ja klar. Okay cool. Was hast du denn vorher gedacht, was dich in diesem Kurs erwartet? (21:35)

B: (überlegt) Also, ich habe erwartet, dass mir (...) verschiedene Operationstechniken beigebracht werden, also beziehungsweise verdeutlicht werden, dass ich die/ dass ich den Ablauf (überlegt) perfekt kenne. Und dass ich das Lapraskopieren beherrschen kann. Und (...) woanders/ und nähen. Das Nähen. Dass mir das beigebracht wird. Ja und sonst (...) war eigentlich keine andere Erwartung. (22:11)

I: Weißt du noch, wie der Kurs aufgebaut war und welche Inhalte gelehrt wurden? (22:17)

B: (überlegt) Ich bin mir nicht mehr sicher wegen den ZAHLEN, das steht auch im Internet, aber ich bin mir nicht sicher. Ich glaube man brauchte 15 lapraskopische und 15 (überlegt) offene Operationen (...) um/ an denen man teilnehmen musste. (...) Und am Ende (...) gab es eine Prüfung, worüber über jegliches Wissen, was man da erlangt hat da geredet hat, dass man – ich glaube – sieben verschiedene Operationen, beziehungsweise den Ablauf der sieben verschiedenen Operationen, genau wissen musste. (...) Und ich musste eine Präsentation halten über ein Thema meiner Wahl. (23:05)

I: Wie hat dir denn der Kurs gefallen? (23:09)

B: (überlegt) Der hat mir gut gefallen. Ich hatte/ Ich hätte aber gehofft, dass mir jemand mehr zur Seite gestanden hätte. (23:22)

I: Warum? (23:23)

B: Weil (überlegt) das war in der Ferienzeit und dort war dann/ Also es waren der Chefarzt als auch der eine Oberarzt im Urlaub. Dann war nur der andere Oberarzt da. Und der musste aber selber halt in der Aufnahme arbeiten und auf der Station. Und ich musste halt meine, (überlegt) auf meine Anzahl der Operationen kommen. Und so hatte ich dann eigentlich den Ansprechpartner, der eigentlich sonst immer in dem Krankenhaus ist, hatte ich dann nicht an meiner Seite. So war dann schlussendlich mein Tagesablauf von mir selber bestimmt und ich sollte immer überlegen, was ich machen soll und was nicht. (24:02)

I: Aber was hat dir denn am besten gefallen? (24:05)

B: (überlegt) Am besten gefallen hat mir das Lernen des (überlegt) des Nähens. Das man das verdeutlicht bekommen hat. Und man wirklich angelernt wird, wie man die Knoten setzt und/ Ja das hat mir am besten gefallen. (24:28)

I: Und am schlechtesten fandest du, dass du quasi nicht betreut wurdest oder gab es noch irgendwas anderes was schlecht war? (24:35)

B: Nein, eigentlich war es / also ich/ Es war aber auch halt leider zeitlich wegen des zeitlich/ Also wegen der Ferienzeit, war das halt nur eigentlich nur die Betreuung, sonst hat mir eigentlich alles ganz gut gefallen. (24:48)

I: Was würdest du anders machen? (24:51)

B: Ich persönlich oder? (24:55)

I: Wenn du an der Stelle der DGAV würzt wie würdest du/ was würdest du anders machen? (25:01)

B: (überlegt) Dass man das abklärt, wann die Ferienzeit ist und sagen halt der (überlegt)/ der Aufpasser – sag ich mal – auch dafür oder der Stellvertreter, dass der auch auf jeden Fall im Krankenhaus ist. Dass man/ Dass der Student dann nicht auf eigenen Beinen steht und dass er da selber sich strukturieren muss, was er selber zu tun und zu lassen hat. (25:26)

I: Wie haben die denn die Lehrmethoden gefallen? Also sowohl praktische, als auch theoretische Lehrmethoden? (25:35)

B: Ach stimmt. Theoretische Methoden gab es auch noch! (lacht) JA, also die Theorie hat mir schon ganz gut gefallen, weil wir da halt auch schon die Anatomie und so besprochen hatten. Und dann nachher in dem/ In der Theorie bei dem Zertifikat/ (überlegt) hat man nochmal alles verdeutlicht bekommen. Und dann mit halt verschieden Operationen beziehungsweise Pathologien wurden dann halt auch besprochen. Das fand ich halt super und (...) wie war noch mal die genau Frage? (26:08)

I: Wie dir die Lehrmethoden gefallen haben. (26:11)

B: Ach genau! Und (überlegt) in der Praxis/ Also bei der Operation war das halt gut, dass mir halt auch immer alles gezeigt wurde. Sowohl die Anatomie und mir/ Ich wurde dann halt auch immer Sachen gefragt, die ich dann immer beantworten sollte. Und ich fand es eigentlich schon gut. Es war immer sehr, sehr interaktiv alles. (26:33)

I: Welchen persönlichen Nutzen ziehst du durch die Teilnahme an dem Kurs? (26:36)

B: (überlegt) Ich hoffe, dass durch das Zertifikat die (...) (überlegt) meine Chance steigt in Deutschland ein Studienplatz zu bekommen (...) für das kommende Semester. Und außerdem möchte ich dann, wenn ich später an einer andren Stadt studiere hoffe ich/ Hoffe ich, dass ich dadurch ein kleinen Job bekomme. Wobei es dann zum Beispiel am Wochenende vielleicht in der Chirurgie (überlegt) als (...) Hofassistenten arbeiten könnte. (27:14)

I: Wurden denn deine Erwartungen, die du an den Kurs vorher hattest, erfüllt? (27:18)

B: Ja voll und ganz (27:21)

I: Warum? (27:23)

B: (überlegt) Weil ich halt/ Also ich wusste selber nicht viel über den Kurs. Ich hatte es halt immer nur vorher bei den anderen Studenten gesehen und (...), die Erwartung von mir/ Nähen/ Zum Beispiel das Lernen des Nähen/ Das Nähen lernen und das Lapraskopierern, das wurde mir halt schon perfekt vermittelt und so waren dann meine Erwartungen dann befriedigt. (27:53)

I: Denkst du dass der Kurs genügend Einblicke in den Fachbereich Chirurgie gegeben hat? (27:59)

B: Nein, auf keinen Fall. Weil eigentlich war ich da nur in dem einen Bereich, in der Viszeralchirurgie aber (...) da ich habe auch vorher in/ auch in dem Krankenhaus als Hakenhalter in den anderen Abteilungen gearbeitet habe – weiß ich, dass das nur ein ganz, ganz kleiner Fleck von der Chirurgie selber ist. (...) Und so müsste man das eigentlich/ also auf jeden Fall wurde nur ein ganz kleiner Fleck behandelt. (28:29)

I: Inwiefern hat denn die Teilnahme an dem Zertifikat deine Entscheidung für diese Fachrichtung also Fachrichtung beeinflusst? (28:37)

B: (überlegt) Ja wieder positiv. Weil (...) man hatte dann Patientenkon/ Patientenkontakt/ Man hatte sowohl vor der Operation, als auch nach der Operation den Bezug zu den Patienten. Und man konnte halt in den meisten Fällen sofort sehen, dass es den Patienten besser geht. Und das hat auf jeden Fall meine Meinung zur Chirurgie verstärkt. (...) Oder mein Interesse. (29:06)

I: Würde denn eine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot für dich nochmal in Frage kommen und warum? (29:13)

B: Auf jeden Fall, weil man kann niemals auslernen und mir wurde halt auch schon sehr viel Wissen in der Zeit vermittelt und, ich meine es gibt nichts Schöneres, als mehr zu lernen und mehr zu wissen. (29:30)

I: An was für anderen berufsbezogenen Angeboten würdest du noch teilnehmen, welcher Fachrichtung? (29:40)

B: (...) Da ich eigentlich für alles offen bin, würde ich für jede andere Fachrichtung so ein ähnliches Zertifikat machen. (29:53)

I: Welche Nationalität hast du? (29:56)

B: Ich bin Deutsch. (29:58)

I: Wie alt bist du? (29:59)

B: Ich bin 22. (30:01)

Transkript E4, männlich, 26 Jahre, 14. Semester

I: Wieso hast du dich denn dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:07)

B: Boah, (lacht) das sind genau die Fragen, die ich dann früher immer beantworten musste und nie eine richtige Antwort finden konnte. (überlegt) Ich hab immer dann geantwortet: Damit ich Menschen helfen kann. Kam aber nie gut an (lacht). Und letztendlich war das halt so mehr ein Prozess. Halt zuerst wollte ich Lehrer werden, Sport- und Mathelehrer. Habe dann sogar einen Spottest gemacht in der 12. Klasse. Und sogar bestanden. Hätte also sogar die Chance gehabt Sportlehrer zu werden, aber letztendlich habe ich dann irgendwie gedacht „Nein, irgendwie in Führungszeichen reicht mit das eventuell nicht“ und Medizin war da halt ganz interessant. Habe da auch ein Praktikum dann im Krankenhaus gemacht und habe gedacht „Ja warum nicht“. Dann hat mein Bruder angefangen, der ist ein Jahr älter als ich. Der hat vor mir angefangen zu studieren und fand das irgendwie ganz Klasse. Hat mich dann mal mit in den Präparationskurs mitgenommen und so. Und dann hab ich gedacht „Joah, eigentlich ganz cool warum nicht“. Fängst du einfach/ weil/ weil wenn man 18 ist – seien wir mal ehrlich - hat man nicht unbedingt so den Durchblick, was man späterer machen möchte, oder was, wie auf einen zugeschnitten ist. Also dachte ich „ja fängst du, du an“ und bin bisher auch dabei geblieben. (01:12)

I: Was war das für genau für ein Praktikum im Krankenhaus? Was hast du da genau gemacht? (01:16)

B: Das war für die Fachrichtung/ Also das war ein Pflegepraktikum, aber weniger pflegerische Tätigkeit. Alles andere konnte man noch nicht machen dann im (...) / in der Schule. Ich weiß gar nicht mehr genau welches (überlegt)/ Welche Fachabteilung das/ Gerontopsychiatrie war? Ja irgendwie so (lacht). Irgendwie so. Also da wo die mich eingeteilt haben halt. (01:35)

I: Du hast eben gesagt, dein Bruder studiert auch Medizin. Hat der schon eine bestimmte Fachrichtung? (01:39)

B: Ja der ist dieses Jahr/ oder letztes Jahr im Dezember halt fertig geworden. Der fängt jetzt zum 01.05 an im Hospital. Joah Innere Medizin macht der. (01:49)

I: Im wievielten Semester bist du aktuell? (01:53)

B: Also ich bin jetzt in meinem praktischen JAHR. Das heißt letztendlich im (...) 11. Nein, beziehungsweise. im 12./ im 12. Semester, aber da ich ein Jahr ausgesetzt habe bin ich jetzt letztendlich im 14. Fachsemester. Ein Jahr ausgesetzt habe ich für meine Doktorarbeit. (02:09)

I: Okay. (02:10)

B: Reicht doch wenn ich so kurz antworte? Dann kommen wir schneller durch. (02:15)

I: Wie du antworten möchtest. Wenn ich Fragen habe, frage ich einfach. (02:16)

B: Also ich mach mal ein bisschen kürzer. (02:19)

I: Hast du denn jetzt irgendwie noch einen Nebenjob dazu? (02:24)

B: NEIN. (lacht) (02:25) Ich wollte einen machen. Kurzzeitig, als ich dann (lachend) den OP Assistenten dann machen wollte, aber das hat halt/ Aber dazu kam es dann halt nicht. (02:35)

I: Wieviel zeitlichen Aufwand hast du denn pro Woche mit dem PJ jetzt? (02:41)

B: Im PJ letztendlich, sagt man ja, ist es eine ganz normale 41, 42-Stunden Woche als Student. Das heißt, je nachdem in welchem (überlegt) Terial man ist, in welcher Fachrichtung man ist, fängt man ja unterschiedlich an. Im ersten Terial habe ich dann Chirurgie gemacht und da fing man letztendlich um halb sieben an. Und dann bis vier halb fünf letztendlich, pro Tag. Also fünf Tage die Woche, da hatte man aber alle zwei Wochen mindesten noch einen Studientag. Den habe ich jetzt in meinem Wahlfach jetzt nicht. Ich mache HNO im Augenblick. Dort (überlegt) ist man dann/ fängt man halt um halb acht an und geht so (...) um vier Uhr. (03:18)

I: Wie gefällt dir dein Studium? (03:20)

B: Schön. Also (überlegt), klar ich war dann teilweise so die ersten vier Semester muss man sagen, war jetzt teilweise schon anstrengend. Weil da war man wirklich von acht bis zwei drei Uhr Vorlesung hatte, ist dann nach Hause gegangen und hat dann bis acht Uhr weitergelernt. Bis acht Uhr mindestens und meistens auch länger (lacht). Mein Rekord war bis halb zwei morgens. Aber (überlegt) ja, aber hat mich jetzt nicht weiter gestört und jetzt nach dem Physikum ist es auch entspannter geworden. (03:37)

I: Was hat dir bisher am besten gefallen und was gar nicht? (03:49)

B: (überlegt) Am besten gefallen und was war nicht (zu sich selbst sagend). Am besten gefallen Präparationskurs, weil man dort dann wirklich die Anatomie des Menschen und so, lebhaftig gesehen hat. Genauso, wie wenn man halt in OP's geht, dass man dann halt den Menschen sieht (lacht). Und was mir gar nicht gefällt (...), ich weiß es nicht. Ich kann ja so frei sprechen, ne? Ich bin halt nicht so ein Typ, der gerne Vorträge und sowas hält oder so. So Seminare besonders, da wo die Professoren dann immer dann jeden Einzelnen noch dabei auch dran genommen haben. Das fand ich nicht so cool. Ist halt so/ Ich weiß nicht so, dass man das/ Also, dass ich das jetzt nicht beantworten konnte die Frage. Aber ist halt immer Stress gewesen, halt wenn man in so einer Prüfung sitzt. (04:29)

I: Hast du Verbesserungsvorschläge für den Studiengang? (04:31)

B: Der wird ja ständig re/ reformiert, habe ich ja mitbekommen oder so. Als ich hier angefangen habe gab es einen Modellstudiengang und einen Regelstudiengang. Das wurde dann jetzt (...) Neee/ doch Modellstudiengang und Regelstudiengang. Das wurde dann jetzt/ dann ja irgendwie zu/ reformiert oder zum integrierten Studiengang oder so. Alles ummodelliert. So, dass das letztendlich kumuliert werden soll. Oder sollte. Mehr Seminare, die im Modellstudiengang sind und dann halt mehr, plus mehr Praxis oder so. Auf der anderen Seite sollte man ja eigentlich den Präparationskurs bekommen, den der Regelstudiengang hat. Aber dann hat das ja nicht

funktioniert aufgrund unterschiedlicher Sachen. Was ich verbessern würde, wäre (...) (überlegt) Ich finde es eigentlich ganz gut, deswegen ist es schwierig jetzt irgendwas zu sagen. (überlegt) Aber irgendwas muss man ja verbessern können. Ja also ich fand/ Ich finde wirklich ganz gut, wenn man wirklich dann auch in den ersten Semestern schon einen kleinen klinischen Bezug bekommt – weil wie ich gesagt habe – dass man am Anfang gar nicht unbedingt wirklich weiß, ob der Arztberuf irgendwas (...) ist für einen. Dass man halt irgendwie schon schneller in die Klinik sieht und mehr, schneller Patientenkontakt bekommt. Damit man dann halt irgendwie auch schneller wirklich vielleicht auch nach den ersten zwei Semestern sagen kann, (überlegt) „Ja okay, das ist was für mich“ oder so, oder halt nicht. Weil halt wenn man die ersten vier Semester nur theoretisch hat, ist dann ist es halt mehr wie Schule halt. Dass man die Grundlagen nochmal erarbeitet, das ist halt/ da kann man nicht sagen, ob da wirklich/ ob der Arztberuf wirklich für einen tauglich ist. (05:58)

I: Studierst du denn selber den Regel- oder Modellstudiengang? (06:00)

B: Regelstudiengang. Also aber auch dort haben wir dann eben teilweise Präsentationen gehabt, deswegen. Wenig aber halt ein paar. (06:08)

I: Inwiefern denkst du ist die Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf? (06:13)

B: Studienzeit. Wegen der LÄNGE jetzt? Oder generell? (06:17).

I: Deine generelle Studienzeit. (06:19)

B: (überlegt) (...) Ach so, dass ich überhaupt das Medizin/ Was ich da jetzt in dieser Zeit erlerne oder wegen der Zeitdauer? 06:31)

I: Generell deine Studienzeit. Glaubst du dass es relevant dafür, was du später tun wirst. (06:36)

B: Ah, ob das relevant ist. (Überlegt) Also das ist, glaube ich, fast wie in jedem Beruf so. Man lernt viel damit man halt die Basis schafft (...) für das, was man später macht. Also ich glaube, da wo man dann später in diesem speziellen Fachbereich, wo man dann jetzt tätig ist, wird man glaube ich einen Bruchteil davon brauchen, was man gelernt hat. Wie zum Beispiel/ Also die Grundlagen. Ich glaube nicht, dass jetzt irgendetwas Physikalische nochmal errechnen muss oder irgendwie welche Chemiegleichung, oder Wissen muss, wie Glukose aussieht (lacht). Aber (...) halt für das Allgemeinverständnis ist es halt sinnvoll und weil man ja eben nicht weiß. Ist ja genauso wie in der Schule, da hat man ja auch zig unterschiedliche Fächer. Die man ja jetzt/ Wie Geschichte oder so. Das braucht man ja alles nicht mehr später. Deswegen man hat/ Man stellt sich breit auf, um sich dann letztendlich fokussieren zu können. (07:19)

B: Inwiefern hast du einen Überblick über mögliche Berufsmöglichkeiten nach dem Studium? (07:24)

B: Überblick? (überlegt) Ja, also während des Studiums oder so erhält man ja schon Einblicke in die unterschiedliche Studien(...)fächer. Also, beziehungsweise in die FACHrichtungen. Jedoch würde ich DA sagen, sozusagen, dass man das eben noch breiter aufstellen müsste manchmal, weil man bekommt zwar in fast jede Fachdisziplin einen Einblick, (...) aber kommt teilweise zu kurz. Wie mein Wahlfach in der HNO. Dort hatten wir ein Blockpraktikum. Da war eigentlich die erste Berührung mit HNO. Das sollte eigentlich 2 Wochen gehen. Wir haben aber letztendlich 2 halbe Tage dann letztendlich nur Blockpraktikum gehabt, weil das von der Kapazität nicht gepasst hat. Das war halt teilweise dürftig. (08:04)

I: Was möchtest du beruflich nach dem Medizinstudium machen und warum? (08:08)

B: (...) Also ich mö/ Also NACH dem/ Also wenn ich jetzt erst mal fertig bin – jetzt Ende Dezember – dann würde ich ganz gerne auch erst mal drei, vier Monate in Anführungszeichen Pause machen. Auch in der Zeit dann meine Doktorarbeit verteidigen möchte. Und danach nochmal zwei Monate vielleicht irgendwie wirklich Pause, wo ich dann gar nichts mache und eben in den Urlaub fahre oder so. Und dann noch/ dann irgendwie im Mai, Juni oder so fange ich dann irgendwann als Arzt irgendwo an, in der Klinik. Wo kann ich nicht genau sagen. (08:35)

I: Und welcher Facharzt? (08:37)

B: Ja also Chirurgie oder so, das reizt mich. Das heißt, ich werde auf jeden Fall ein chirurgisches Fach machen. Also jetzt Radiologie wird da mal rausgekickt. Auch wenn manche sagen, in der Radiologie kann man auch chirurgisch tätig sein (lacht). Ja, so bei Interventionen zum Beispiel. So Gefäße aufdilatorieren, das machen die da auch teilweise. Aber ist halt wenig oder DSA's oder sowas machen. (09:03)

I: Was? DSA? (09:04)

B: Digitale Subtraktionsangiografie oder so. Das sind dann Röntgenbilder. Dann gibt man Kontrastmittel in die Aterie und dann gibt es nochmal ein Bild und dadurch kann man dann die ganzen Weichgewebe (...)/ also alles andere ausblenden. Dann hat man nur noch die Aterie. Die Gefäße werden dargestellt dadurch. Dann sieht man halt wo Stenosen sind, also Verengungen der Gefäße. Und die kann man an aufdilatorieren mit so einem Ballon. Also das ist so/ (unv.). Sowas ist auch egal (...) Und (...)/ Also ich werde auf jeden Fall dann ein chirurgisches Fach machen (überlegt). Ich habe überlegt Viszeralchirurgie oder Unfallchirurgie zu machen. In der Unfallchirurgie habe ich auch mein Tertial jetzt absolviert. Hat mich jetzt nicht hundertprozentig überzeugt (...) und (...). (09:43)

I: Warum? (09:44)

B: Das liegt/ Ich weiß nicht. Ich glaub das liegt einfach daran/ Es gibt unterschied/ In jeder Fach(...)abteilung gibt es immer einen unterschiedlichen Schlag Mensch, der dann auch meistens dort arbeitet. Und ich kam mit jedem gut klar oder so. Waren auch nett, war auch witzig und alles, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass ich dort wirklich dann ewig bleibe (lacht). Deswegen. Deswegen habe ich dann jetzt/ Außerdem ist es ein sehr großes chirurgischen Fach, wo auch die OP's auch teilweise sehr lang sind. Ich würde ganz gerne ein Fach auch machen, wo man eben auch kürzere OP's hat. Kürzere OP/ kürzere OP-Zeiten und da ist dann eben HNO zum Beispiel in den Fokus gerückt. Weil HNO, die haben halt teilweise auch OP's die nur 30 Minuten gehen. oder so (lacht). Halt nur eine Stunde, wo man dann halt eben auch beides hat. Also Stationsarbeit viel und dann eben OP's und dann eben auch ein bisschen gestaffelt, dass man nicht einen ganzen kompletten Tag für eine OP im OP steht. (10:40)

I: Kannst du nochmal darlegen inwiefern sich dein Berufswunsch im Verlaufe des Studiums verändert hat? (10:45)

B: (überlegt) Ja, wenn ich jetzt auf die OP-Zeiten zu sprechen komme: Am Anfang wollte ich halt wirklich dann Viszeral- oder Unfallchirurg werden (...). In Anführungszeichen der coole Chirurg (lacht). Und (überlegt) da war es mir egal, ob ich dann jetzt dann irgendwie dann wahrscheinlich dann bis in die Puppen dann irgendwie dann da am OP-Tisch stehen würde oder so (...). Jetzt habe ich so in dem Sinne geändert, dass ich auch gemerkt habe, dass ich dann auch eventuell das gar nicht körperlich nicht schaffe. Mit Rückenschmerzen und alles Drum und Dran, was da auf einen zu kommt, deswegen/ deswegen überlege ich dann halt auch, dass ich dann wenn ich ÄLTER werde, also Ü40 oder so dann, dass ich dann eine Option habe (überlegt), ein Beruf auszuüben, der ja, der eben gesundheitsschonender ist (...). Und das ist dann halt eben die Option, dass man sich eventuell niederlassen kann. Ja. Oder eben dann nicht mehr operieren muss oder so, wenn man das dann halt eine lange Zeit gemacht hat. (11:47)

I: Was würde denn beruflich für dich gar nicht in Frage kommen? (11:50)

B: (...) Ich hab noch nie irgendwas hundertprozentig ausgeschlossen bis auf Radiologie. Da habe ich eine Famulatur gemacht. Das fand ich eben ein dem Sinne langweilig, dass man die ganze Zeit nur CTs und Röntgenbilder befundet hat. Das will ich auf keinen Fall machen. Also (lacht). Ansonsten (...) ist noch alles offen. (12:16)

I: Was würde dir denn deine Wahl erleichtern? (12:19)

B: (...) (überlegt) Das ist schwierig. (...) Also eine Fachärztin hat mir vor kurzem gesagt, man entscheidet sich für das, wo man dann die besten Lehrer hatte (lacht), weil die Lehrer sozu/ Also/ Ärzte, die dann am besten gelehrt haben, weil die halt letztendlich, die dich dann dazu

führen das Fach beliebt zu machen. Und (...) ja ich weiß nicht. Also ich glaube, bei mir wird es wird per Zufall entschieden. (12:48)

I: Wie empfindest du persönlich das Image der Chirurgie? (12:53)

B: (...) Asi. (lacht) Ja, also wie gesagt das Image habe ich gerade schon nahe gelegt, halt mit der Unfallchirurgie, dass dort halt viele in Anführungszeichen (überlegt)/ Ich weiß nicht, wie man das jetzt ausdrücken darf oder so (lachend) aber dann halt so coolerer Leute halt, die dann halt (...) eben (überlegt) ja mehr das Studium auf die LEICHTE Schulter nehmen, sozusagen mehr Freizeit genießen. Also in dem Sinne aber auch lockerer sind. Sind nicht so verkrampft dann in diesem Beruf sind. Ja so irgendwie ist das Image, glaube ich. Und wie ich es dann jetzt auch erlebt habe oder so ist es halt/ Also ich finde die auch relativ locker, aber es ist halt so. Innere Medizin kann ich ja jetzt noch nicht beurteilen, weil das kommt dann jetzt dieses Tertial. Da muss ich dann gucken, wie da die Ärzte sind, aber ähm ich weiß nicht, ob das Image dann wirklich 100ig zutrifft. (13:46)

I: Was denkst du denn wie die Allgemeinheit der Medizinstudien das Image von Chirurgen empfindet? (13:52)

B: Ähnlich. (13:53)

I: Und die Allgemeinheit der Bevölkerung? (13:58)

B: (...) Ich würde auch ähnlich sagen. WEIL ich hab dann (...) den Eltern meiner Freundin erzählt, dass ich jetzt in der Chirurgie bin und das es eigentlich ganz nett ist. Und dass ich mir das ja immer vorstellen könnte Chirurg zu werden. Und die meinten dann, dass ich doch gar nicht in die Chirurgie soll, das sind dann halt eben solche Frauenhelden und solche Leute, die dann halt eben nicht (...) so in dem Sinne dann so standfest sind. (14:26)

I: Du hast ja eben gesagt, dass du generell noch fast alles für dich in Frage kommt. Aber Chirurgie deine Präferenz ist. Was müsste sich denn ändern, damit du auf jeden Fall sagen würdest „Ey Chirurgie auf jeden Fall!“? (14:40)

B: (...) Irgendwie schwierig (lacht). (Überlegt) Chirurgie auf jeden Fall. (...) (überlegt) Ich überlege gerade. Also ich habe/ Ich weiß keine richtige Antwort irgendwie. Ich hab jetzt überlegt, auch wenn man ein Jobangebot bekommt, was ja auch viele Studenten jetzt im PJ bekommen, und man sagt „Ja, ich würde das machen“, dann bekommt man relativ schnell ein Job angeboten. Meiner Meinung nach. Selbst dann würde ich nicht, nicht mal sagen, weil ich sag auch niemanden sozusagen, dass ich jetzt HNO machen will, weil ich mir alle Optionen offen lassen möchte. Selbst dann würde ich nicht sagen, „Okay, ich mache das jetzt!“, weil ich glaube es gibt irgendwie jetzt nichts Zündendes, wo ich jetzt sage „Okay, das ist jetzt die einzige Fachrichtung, die ich jetzt irgendwann mal machen möchte“, weil dafür sind die Aufgabenfelder doch ehrlich gesagt zu ähnlich. Klar, es ist ein Unterschied, ob man dann Gynäkologin wird, oder HNO Arzt. Die Bereiche sind schon unterschiedlich, da wo man dann immer hauptsächlich dann körperlich untersucht bei den Untersuchungen halt. Aber die Untersuchung vom Ablauf ist ja ähnlich. Deswegen gibt es jetzt, glaube ich, jetzt nicht irgendwie etwas, was ich dann sagen würde, das muss sein, damit die irgendetwas machen. (15:56)

I: Kennst du Angebote welche neben dem Studium einen praktischen Einblick in die Fachrichtungen gewähren? (16:02)

B: (überlegt) Ich bin jetzt nicht unbedingt sehr interessiert/ Also der Student, der möglichst viele außer-(überlegt) stu/ studentische Aktivität betreiben wollte, möchte oder so. Weil ich gedacht habe „Okay studieren alleine reicht“. Deswegen habe ich mich da nicht irgendwie so stark informiert. Jedoch/ Eine Aktion habe ich ja versucht durchzuführen. War dann dieser OP Assistenten, weil ich ja mich ja eben Chirurgie interessiert und dann habe ich gedacht, das wäre ja ganz nett dort ein Zertifikat zu erhalten. Das macht natürlich einen guten Eindruck. Ansonsten joah. (16:39)

I: Unter welchen Umständen hättest du denn an so einen Angebot teilgenommen? (16:43)

B: Wenn die im Studium integriert wären. Das heißt, wenn sozusagen ein Angebot ist/ Also, dass man/ Also es ist ja das Studium, ist ja mehr oder weniger sehr verschult. Und da ist eigentlich alles vorgegeben, was man machen muss oder so. Da kann man halt nicht viel Wählen. Das einzige, was man jetzt wählen konnte, war das Wahlfach (...) nach sechs Jahren (lacht). Und (überlegt) das ist halt irgendwie/ Das wäre ganz nett eigentlich, wenn man da mehrere unterschiedliche Angebote dann auflisten würde, wovon man eben zwei, drei eben machen MUSS. Halt wenn das unter Zwang ist oder so, dann könnte man sich vorstellen, dass man dort in die einzelnen Bereiche geht. (...) Das war zum Beispiel/ Doch eins war in Palliativmedizin, war das halt. Da musste man halt so in Anführungszeichen Sternchenthemen absolvieren. Das waren halt eben/ Man musste dann zu irgendeinen Palliativmediziner. Dann ins Hospiz muss man gehen, oder sonst irgendwie auf eine Palliative Station, um dann eben diese Sternchenthemen zu (überlegt) erhalten. DAS war ganz nett eigentlich. Das könnte man häufiger machen. (17:38)

I: Was hat dich denn damals zu der Teilnahme am OP Assistenten bewegt? (17:44)

B: Also zu der Zeit das war (überlegt)/ Ich habe/(...) Bis zum Sommer habe ich ein Jahr ausgesetzt mein Studium für die Doktorarbeit, wo ich dann auch ein Stipendium erhalten habe in dieser Zeit, wo ich dann die Arbeit geschrieben/ gemacht hab/ Also geschrieben noch nicht (lacht). Und das war eigentlich ganz nettes Geld. Dann war das (...) JA und danach/ und danach habe ich halt wieder ganz normal weiter studiert. Das Geld ist weggefallen und (überlegt), weil ich sonst kein Einkommen hatte oder so, und letztendlich dann oder/ Das Geld ist vera/ Geld ist ja nicht verächtlich dann. Oder dann ein bisschen mehr Geld zu bekommen, hat eine aus dem Labor gesagt oder so, dass sie diesen studentischen OP Assistenten gemacht hat und der richtig KLASSE war. Und sie fand den richtig gut. Da finde/ Dann habe ich dann gesagt, ja bin ja eben nicht dann so der Motivierteste, der dann irgendwas freiwillig sofort dann macht, weil war ja dann auch wieder mit Arbeit verbunden, neben dem Studium. Aber habe da/ Aber sie hat mir dann halt gesagt, wen ich anschrieben soll oder so, und hat mir dann alles so in die Hände gelegt. Und dann habe ich das einfach angeschrieben, dann war es relativ komplikationslos, weil ich mir gedacht habe „Ja kann man mal machen mich interessiert die Chirurgie“ und sieht ja nicht schlecht aus wenn man ein Zertifikat hat. (19:00)

I: Im wievielten Semester warst du da? (19:03)

B: Im siebten. (19:03)

I: Und warum konntest du den Kurs nicht abschließen? (19:07)

B: (überlegt): Also das war dann ende 2013 – ich hab das nochmal nachgeschaut. Ende 2013 habe ich dann, glaube ich, eine E-Mail geschrieben. Die meinten dann „Ja ok“ (überlegt) Der Kurs/ also dieser theoretische Teil ist dann irgendwann mal im April 2014. „Ja, ist ja alles okay“ und dann war ja sowieso nicht so schlimm halt, ne? Dass ich/ weil Geldnot hatte ich ja nicht unbedingt (lacht). Kein Problem und dann habe ich da die Famulatur gemacht in der Viszeralchirurgie. Joah. Und dann/ Was war überhaupt die Frage nochmal genau? (19:41)

I: Warum du den Kurs nicht abgeschlossen hast. (19:45)

B: Achso! Warum ich den/ Genau (lacht) nicht abgeschlossen hab. Also eigentlich hat das ja ganz gut gepasst. Also dann Ende April oder so fing die dann, glaube ich, der theoretische Teil an. Und hab mich da informiert welche Sachen man für den praktischen Teil brauchte und habe gesehen: okay dafür braucht man so und so viele OP's, und die und die Art. Und habe dann auch in der Viszeralchirurgie meine Famulatur gemacht, wo ich dann versucht habe diese OP's zu sammeln. Habe dann 30 Tage Famulatur gemacht. Und dann fing dann eben dieser theoretische Teil an, der dann auch funktioniert hat. Und dann hab ich den theoretischen Teil abgeschlossen. Waren, glaube ich, drei Termine. Und meine Famulatur ging dann zu Ende. Und die Anforderungen habe ich schlussendlich nicht erfüllt, die man für der/ für den praktischen Teil gebraucht hat. Man hätte dort deutlich mehr OP's/ deutlich mehr OP's teilnehmen können, um dann sozusagen die Abschlussprüfung zu haben. Und dann war meine Famulatur ja zu Ende. Mein Studium ging weiter und dann hatte ich ja schlussendlich, um diese Anforderungen zu erfüllen, hätte ich dann ja arbeiten müssen als OP Assistent, irgendwie dann als Hakenhalter. Und das war halt ein Problem. Weil ich habe dann halt die Oberärztin angesprochen „Also wie schaut es aus? Ist ein Job frei oder kann ich dann/ 'kann ich das machen?“ und sie meinte „Im

Augenblick sind halt alle Stellen besetzt“. Joah und dann war ich jetzt dann halt nicht so hochmotiviert, zu Anfang zu arbeiten, weil ich mir gedacht habe: „Okay wenn es halt nicht da funktioniert, das wäre ganz günstig gewesen, dann eben nicht“. (21:08)

I: Wie hat das denn damals mit der Anmeldung funktioniert weiß du das noch? (21:12)

B: Nicht mehr hundertprozentig. Ich glaube ich habe da einfach eine E-Mail hingeschrieben (...) und dann wurde/ Ich weiß nicht. Auf jeden Fall kam ich dann/ Habe ich den Kontakt zu der Oberärztin aus dem Josef Hospital bekommen und mit der habe ich dann E-Mailverkehr gehabt (...). Und letztendlich hat sie mir dann gesagt/ Deswegen, sie hat mir dann gesagt, wann die theoretischen Teile sind. Und dann hat sie mir die Anforderungen glaube ich geschickt, was gebraucht wird. Und das war es dann halt. Das heißt man musste sich selber um die praktischen Anforderungen kümmern, was letztendlich halt letztendlich nicht möglich ist, wenn man nur einen Monat Famulatur macht. (21:48)

I: Was hast du denn vor dem Kurs gedacht was dich dort erwartet? (21:51)

B: (überlegt) Also natürlich jetzt beim praktischen war ja klar, dass man die Operationen sich einfach anschaut. Und im theoretischen Teil war das halt so - hab ich mir eigentlich auch gedacht – dass man dann halt die praktischen Fertigkeiten erlernt, die man dann halt eben auch anwenden kann, wie zum Beispiel Nähen. Ja Nähen hauptsächlich. Das ist das, was die Studenten am MEISTEN reizt, wenn die Operation um/ Dann halt letztendlich lange den Haken gehalten hat, dann letztendlich die Wunde auch zunähen darf. Das wurde aber auch erfüllt. Also, also ein/ ein/ ein Termin war dann auch eben mit Nähen, wo man dann auch so laparoskopisch dann irgendwie so einen Faden führen konnte. Das war eigentlich ganz nett halt. Also da wurde man dann so rangeführt und hat dann so das Handling bekommen. Und die anderen beiden Termine waren dann nicht unbedingt so, was man sich vorgestellt hat. Das eine war dann, glaube ich, die chirurgische Händedesinfektion – was dann natürlich wichtig ist, dann als OP Assistent, dass man sich richtig chirurgische die Hände wäscht. Aber wenn man dann eine Famulatur gemacht hat, ist das natürlich dann Thema, das man dann natürlich auch beherrschen sollte. (22:53)

I: Weißt du sonst noch, wie das generell noch aufgebaut war und was sonst noch für Inhalte gelehrt wurden? (22:59)

B: (...) Also Handdesinfektion, dann (lacht) Nähkurs (...) und dann blei/ Und da hört es dann schon fast auf. Ich glaube/ Ach doch! Eins war ich noch, das ist dann die Lagerungsmethode. So Lagerungs-(...) Methoden gewesen. Also wie die Patienten für welche OP dann wie gelagert werden können. (23:19)

I: Wie hat es dir denn so insgesamt gefallen? (23:23)

B: Theoretischer Teil, fand ich gut. Alle die Ärzte waren auch engagiert. Meine Er/ Also es waren ja meistens dann Assistenzärzte, die die Kurse durchgeführt haben. Die waren dann auch voll dabei. Sogar manchmal mehr als/ Ich war ja auch genau zu dieser Zeit dann Famulant. Und ein Arzt sozusagen, hat sich dort auch deutlich mehr bemüht dann sozusagen, um diese Studenten die dann da im OP/ die dann dort waren, in diesem Kurs, als sonst, außerhalb dieses Kurses. Zuvor hat mir dieser Arzt, halt kaum was gezeigt, da musste man echt betteln und be/ und flehen, dass er einen halt mitnimmt. Und da war es halt sozusagen, dass er das schon gezeigt hat, wie man dann näht und so alles. Deswegen ist das eigentlich ganz nett gewesen. Ja. Was war noch? Ich hab schon wieder die Frage vergessen. (24:03)

I: Was hat dir denn am besten und was am schlechtesten gefallen? (24:09)

B: Also am besten hat mir dann halt dieser Nähkurs gefallen. Am schlechtesten (...). Ich weiß halt nicht mehr so viel von theoretischem. Am schlechtesten letztendlich dann halt, dass halt irgend/ dass, das nicht richtig gut durchstrukturiert hat, eben mit dem/ mit den praktischen Teil. Dass man da doch auf sich alleine gestellt war UND ES hat irgendwie auch keinen so richtig interessiert, ob man es macht oder nicht halt. So kam es halt eben dazu, dass ich dann irgendwie die nicht gemacht habe, weil mir dann/ Weil keiner da hinterher war. Für die war eben der theoretischer Teil dann wichtiger, ne? Und wenn man das Praktische nicht macht, dann macht man es nicht. (24:45)

I: Und was würdest du an deren Stelle anders machen? (24:47)

B: (überlegt) Ich würde dann sagen, wenn man ja schon die Famulaturen in dem Haus macht, wo man dann die theoretischen Teile hat, dass diese Studenten dann auch in dem Sinne auch mehr gefördert werden. Dass die dann auch wirklich dann in die OP's mit eingeteilt werden und nicht, dass man/ Also/ Und nicht, dass man eigenständig irgendwie so versuchen muss, dann diesen OP-Katalog dann irgendwie zu vervollständigen. (25:09)

I: Wie haben dir die Lehrmethoden gefallen? (25:13)

B: Ja, also Power-Point-Präsentationen gab es. Ist okay. Ist Standard. Und (überlegt). Ja und diese theoretisch-praktische Fe/ Fertigkeiten zu lernen - also wo man wirklich dann halt mit Nadel (...)/ also NÄHEN konnte oder so. War okay. War nett. (lacht) Also viel mehr kann man da nicht verlangen. (...) UND beziehungsweise dieses Goodie halt, dass man dann eben so laparoskopisch dann irgendwie dann tätig sein konnte. Das war eigentlich ganz nett. (25:43)

I: Welchen persönlichen ziehst du denn durch die Teilnahme, beziehungsweise halbe Teilnahme? (25:48)

B: (überlegt) Also persönlicher Nutzen wäre halt gewesen, wenn man noch keine OP-Erfahrung gehabt hätte, dass man dann noch wenigsten wüsste, wie man sich theoretisch seine Hände desinfiziert (...). (26:06)

I: Dein persönlicher Nutzen? (26:08)

B: Mein per/Ach so! (lacht) Mein persönlicher Nutzen (überlegt) (...) Also ich habe erkannt, dass mir das Nähen Spaß machen wird (lacht). (26:19)

I: Und welchen Nutzen hätte dir der Abschluss dieses Zertifikates gebracht? (26:25)

B: (überlegt) Also für mich letztendlich persönlich finde, ich wenn ich irgendwas anfinge/ anfangen oder so, dann möchte ich das auch abschließen. Also normalerweise gibt es halt für mich dann keine halben Sachen, wenn ich irgendwas mache, habe ich auch dann so sozusagen irgendwie ein Resultat am Ende (...) und (überlegt)/ Und deswegen ist das halt ein bisschen unbefriedigend gewesen (...) und was war noch mal die Frage nochmal? (26:49)

I: Welchen Nutzen dir der Abschluss gebracht hätte. (26:52)

B: Und der Nutzen (...). Ich glaub kein/ kein weiterer. (...) Weil ich habe zuerst gedacht, dass ich das Zertifi/ Zertifikat dann für später irgendwie brauche. Dass das halt für die Bewerbung oder so ja ganz nett aussieht, wenn man halt irgendwie Engagement zeigt. Jedoch aus meinen persönlichen Erfahrungen, beziehungsweise aus/ durch Hören-Sagen oder so, ist dann letztendlich für die Bewerbung halt als Assistenzarzt in der Klinik, später so etwas nicht von Belang. (27:21)

I: Wurden denn deine Erwartungen, die du vorher an den Kurs hattest erfüllt? (27:26)

B: (...) Joah. (lacht) Also ich hatte die Erwartung, dass man dort an drei Terminen, dann den theoretischen Teil also/ irgendwie ein bisschen erlernt. Ich konnte mir/ ich wusste ja eben nicht genau, was man da sich darunter vor/ vorstellen kann. AUßER, dass ich schon gedacht habe, dass ich irgendwann einmal Nähen kann, deswegen war das irgendwie absolut okay. Joah. (...) praktische Er/ habe ich dir ja schon gesagt, dass (...) mir das ja nicht so gefallen hat, wie es dann organisiert war, ne? (27:55)

I: Denkst du denn, dass der Kurs dir genügend Einblicke in den Fachbereich Chirurgie gegeben hat? (27:59)

B: (...) Also dieser Kurs an sich jetzt nicht. Also dieser Kurs kann maximal einen dazu nur anleiten, dass man eben auch noch eine Famulatur dort macht, in diesem Bereich. Ja. (28:13)

I: Inwiefern hat denn die Teilnahme an diesem Zertifikat deine Entscheidung für diese Fachrichtung beeinflusst? (28:20)

B: (...) (lacht) Also im Grunde eigentlich (überlegt) GAR nicht beziehungsweise, wenn dann ein bisschen negativ. Weil es war halt so, weil ich/ ICH HAB ja die Famulatur extra dort geMACHT, um das dann zu machen. Und es hat nicht funktioniert und das ist schon was frustrierend, wenn man da Monate in Anführungszeichen investiert, um dieses Zertifikat zu bekommen. Und letztendlich das nicht bekommt. (28:46)

I: Würde denn eine Teilnahme an einem ähnlichem Angebot für dich in Frage kommen und wenn ja, warum? (...) Und wenn nein warum nicht? (28:54)

B: Ja jetzt im Augenblick/ Ja also jetzt bin ich im/ Auf dem Stand, dass ich das wahrscheinlich jetzt nicht mehr dann wahrnehme werde. Weil dafür bin ich jetzt zu weit mit meinem Studium vorangeschritten oder so. Ich habe das Gefühl, das bräuchte ich nicht, weil also die Fähigkeiten, die mir dort vermittelt worden sind oder so, die – ich möchte nicht sagen, die beherrsche ich – aber die habe ich schon gesehen. Und durch einmal eine halbe Stunde irgendwie diese Fähigkeiten dann zu erlernen oder sowas, das lohnt sich nicht. Also das braucht man nicht. Das kann man, wenn dann entweder zuhause machen, wenn man es einmal gesehen hat, oder halt/ Ja oder man lernt es dann später im Beruf. Das heißt, also ich persönlich würde das jetzt halt nicht mehr machen. (23:32)

I: Welche Nationalität hast du? (29:35)

B: Deutsch. (29:36)

I: Wie alt bist du? (29:37)

B: 26. (29:38)

Transkript E5, weiblich, 24 Jahre, 12. Semester

I: Warum hast du dich denn dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:05)

B: (überlegt) Das habe ich mir eigentlich schon sehr früh/ Ich hatte einen Krankheitsfall in der näheren Familie. Dann war ich, als ich noch in der Grundschule war, relativ oft im Krankenhaus. Und ja irgendwie die Hilflosigkeit, die ich da mit(...)erlebt habe, gerade wenn man klein ist, hat das so getriggert. Und dann ja hat sich das so ergeben. Dann haben die Noten gestimmt (lacht). Dann hat das gepasst. (00:34)

I: Aber ist denn irgendwer aus deiner Familie im medizinischen Bereich tätig? (00:40)

B: Nein, gar nicht. (00:42)

I: Im wievielten Semester bist du gerade? (00:46)

B: (überlegt)Im Zwölften. (00:50)

I: Also, das heißt du bist im PJ? (00:52)

B: Ich fange jetzt mit dem PJ an. Ich hab ein Semester Erasmus gemacht. (00:56)

I: In (unv). In Italien. (00:59)

B: Ja cool. Hast du einen Nebenjob? (01:04)

B: Also ich arbeite da, wo ich auch den Assistenz/ dieses Zertifikat gemacht habe. Die haben so einen/ Die (überlegt) /Rufdienst. Da warte ich bin (01:18)

I: Wie viele Stunden sind das die Woche? (01:21)

B: (überlegt) Unterschiedlich. Man ist ja immer im Rufdienst. Je nachdem, wie viel man dann gerufen wird. Keine Ahnung, vielleicht drei, vier, fünf Stunden sogar. (01:33)

I: Wie lässt sich denn so dein Privatleben oder auch der Rufdienst mit deinem Medizinstudium vereinbaren? (01:44)

B: Eigentlich ganz gut. Irgendwann hat man es raus, in welche Vorlesungen man gehen muss und in welche nicht (lacht). Nein. Also, KLAR es sind ja kein (überlegt)/ entscheid/ Oder ich glaube Studiengänge, wo man deutlich mehr Freizeit hat. Aber nein, ich hab mich jetzt nicht groß eingeschränkt. Nein. Geht alles gut. (02:02)

I: War das schon immer so? Auch am Anfang des Studiums? (02:04)

B: (...) Da war ich ein bisschen gestresster (lacht). Das Privatleben ein bisschen mehr einschränken (lacht). (02:13)

I: Wie gefällt dir denn generell dein Studium? (02:16)

B: Hat mir sehr gut gefallen. Ich war positiv überrascht. Ja. (02:22)

I: Was hat dir denn am besten gefallen? (02:24)

B: Die vielen praktischen Anteile. Das/ Wir waren viel am Patienten, dann konnte – wir haben so ein Studienhospital – dass man da in/ (überlegt) ja im/ am Setting lernen kann, wo man auch Fehler machen kann – ohne dass es jetzt Auswirkungen hat (lacht) oder groß schlimm ist. (02:43)

I: Was hat dir gar nicht gefallen? (02:45)

B: Das FAKTENlernen zu Themen oder zu Einzelheiten, die man wahrscheinlich nie wieder brauchen wird (lacht). (02:57)

I: Hast du Verbesserungsvorschläge für deinen Studiengang? (03:02)

B: (überlegt) Ja IM Studium sind mir schon einige Dinge aufgefallen, aber mir würde jetzt nichts Konkretes einfallen. (...) Nein, vielleicht das man den Praktischen Teil – also ich weiß nicht wie das an anderen Universitäten ist, aber bei uns finde ich hätte man durchaus auch noch mehr Praxiserfahrung machen können. Ja. (03:24)

I: ZUM Anfang der Studienzeit oder generell? (03:30)

B: Besonders zum Anfang, aber wir haben auch noch die Vorklinik-Klinik-Aufteilung. Von daher ist es in der Vorklinik eher auch nicht so cool. Also das (lacht), was man da praktisch gemacht hat, war jetzt auch nicht so toll. Aber da/ Ich finde, ich habe zum Beispiel durch den Rufdienst voll viel gelernt so zu/ Und wenn man sonst nur einzelne Tage reingeschnuppert oder die Famulaturen (überlegt) sind irgendwie medizinischen Alltag, finde ich schon, dass man unter dem Strich besser vorbereitet werden könnte durch die Uni. Aber vielleicht ändert sich das aber im PJ, ne? (04:04)

I: Aber das heißt auch du studierst den Regelstudiengang? (04:07)

B: Ja. (04:04)

I: Inwiefern denkst du denn ist deine Studienzeit relevant für dein/ für deine Karriere später? (04:17)

B: (...) Ja ich denke schon, dass das die Grundlagen legt, ne? Ich glaube auch, dass man je nachdem, wie ein Fach in der Uni behandelt wurde, eher darin seinen Facharzt machen will, als in anderen Fächern. Also ich glaube schon, dass das ziemlich relevant ist. (04:36)

I: Aber/ Also du denkst so, dass wir das Fach behandelt wirkt sich das nachher positiv dann aus auf das?

B: Ja. (04:49)

I: Was denkst du denn – du musstest ja Famulaturen machen, ne? Wie sich die praktische Erfahrung auf deine Karriere auswirkt? (04:49)

B: Die praktische Erfahrung im Studium oder durch das Arbeiten? (05:04)

I: Beides. (lacht) (05:07)

B: (lacht). Ja im Studium kriegt man nur so punktuell Sachen mit, ne? Von daher (...) Also, man hat immer/ Wenn einen engagierten/ einen engagierten Dozenten um sich herum hat, kann auch im Praxistag sehr viel bringen. Aber sonst glaube ich, sonst unter dem Strich eigentlich nicht so viel. (überlegt) Und das ARBEITEN (...) hat sich schon positiv ausgewirkt (lacht). Also das würde ich schon gerne machen. Man wurde da an die Hand genommen und ja, da habe ich sehr positive Erfahrungen gemacht. Ja. (05:40)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen? (05:47)

B: (...) Außerhalb des/ des Arbeiten als praktischen Arztes oder? (05:57)

I: Insgesamt, was du für Berufsmöglichkeiten hast. (06:00)

B: ich glaub schon ganz gut. (06:03)

I: Warum? Inwiefern? (06:05)

B: (überlegt) Ich glaube schon, dass man mit relativ vielen Leuten in Kontakt gekommen ist, auch die unterschiedlichen Karrieremöglichkeiten ausgeschöpft haben. Und man (...) immer wieder auch in Famulaturen (...) und beim Arbeiten mit/ Meine Familie hat halt gar keinen ärztlichen Hintergrund; ne? Deswegen glaube ich schon, dass man sich das mittlerweile so angeeignet hat oder/ was man/ Also mit verschiedenen Karrieremöglichkeiten. Genau. Oder mit Leuten mit verschiedenen Karrieren gesprochen, halt. Deswegen glaube ich schon, dass ich einen ganz guten Überblick habe. (06:43)

I: Und jetzt nur spezial/ speziell auf die Facharzttrichtung gemünzt. Hast du da einen guten Überblick? (06:50)

B: Ja, ich glaube schon. (06:53)

I: Was möchtest du denn beruflich nach dem Medizinstudium machen? (06:58)

B: (überlegt) (lacht) Ich würde erst mal das PJ abwarten, aber wenn das Frühjahr gut ist, dann würde ich gerne Augenheilkunde machen. (07:06)

I: Warum bist du dir noch unsicher? (07:08)

B: (überlegt) Weil ich zuletzt (überlegt) nur eine Famulatur oder so darin gemacht habe und zum Beispiel nicht darin gearbeitet habe. Und ich glaube, dass wenn man vier Monate (überlegt) sich das anschaut, sich das entweder verfestigen kann (lacht) oder je nach dem auch nicht. Und man/ Ja Chirurgie wäre auch noch eine Alternative. Das schaue ich mir auch noch im PJ an. Aber wenn wäre es Augenheilkunde, wenn ich mich entschieden muss. (07:34)

I: Von welchen Faktoren hängt denn so dein Berufswunsch ab? Warum sind die beiden in der Auswahl? (07:42)

B: Ich stehe schon echt gerne im OP. Deswegen sollte es was Operatives (lachend) sein. (überlegt) Ich bin jetzt nicht der krasse „Karrieremedizinermensch“ und mir ist meine Freizeit auch wichtig, oder wenigstens Teilzeit für meine Freizeit zu haben. Und deswegen/ genau das ist ein

Aspekt. Dann glaube ich – ich bin ein Mensch, der gerne in einem kleineren Fach arbeitet und gerne einen guten Überblick darüber hat. Und sich dann wohler fühlt, als jetzt zum Beispiel Innere, was für mich zu ungreifbar ist. (überlegt) Ja und ich möchte (...) eine gute Chance oder Option haben, später in die Praxis zu gehen und nicht an ein Krankenhaus gebunden zu sein. Ja. Das hat alles da rein gespielt. (08:38)

I: Welche Faktoren haben deine Entscheidung zwischen den zwei Fächern erleichtert? (08:44)

B: Welche Faktoren? (lacht) (überlegt) Ich weiß, ich habe mich ja schon fast entschieden, halt dadurch dass ich mein WAHLfach da mache (überlegt)/ Ich glaube, dass dazu noch spielt, ob man positive Erfahrungen jetzt in der Famulatur oder im PJ gemacht hat. Dass man (überlegt) genau/ nettes Team hatte, was einen an die Hand nimmt und (überlegt) begeistert von dem Fach ist. Das ist ausschlaggebend. Ja. (09:16)

I: Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch im ganzen Verlauf deines Studiums geändert? (09:22)

B: (lacht) (überlegt) Ja, ich wollte schon Orthopädin werden. (überlegt) Und (...) ich bin jetzt zu dem Entschluss gekommen, dass ich dafür nicht die Kraft habe (lacht), weil ich A/ Also da, wo ich arbeite, die haben auch eine Orthopädie, eine Unfallchirurgie und eine Allgemeinchirurgie. Und wir bedienen quasi alles. Und ich glaube zum Beispiel, dass (...)/ Also man kann das als Frau auch gut durchziehen, aber ich bin (...) kein so (...) kräftiges Mädels. Und ich komme da schon im OP an meine Grenzen. Und ich denke mal, dass/ oder ich kam zu dem Schluss und habe mich dann auch mehr mit Leuten unterhalten, dass (überlegt)/ dass man schon mit seinen Tricks, das auch als Frau mit Hebelwirkung das hinkriegen kann. Aber da einige stärkere Frauen (lacht) oder Männer da ein bisschen besser aufgehoben sind. Ich könnte mir/ Ich hätte mir Handchirurgie vorstellen können, oder sowas kleines. Aber man bedient in den Rufdiensten/ Man macht das trotzdem immer, die ganz großen Sachen. Und da habe ich gedacht „Nein, das passt im Moment nicht“. Ja. (10:27)

I: Was würde für dich denn beruflich ABSOLUT nicht in Frage kommen? (10:33)

B: Als Facharzt? (10:36)

I: Ja. (10:37)

B: (überlegt) Gar nicht (...). Sowas wie klinische Chemie (...). (10:50)

I: Warum? (10:51)

B: Weil ich gerne Patientenkontakt habe. UND HUMANGENETIK auch nicht. (11:02)

I: Okay. Wie empfindest du persönlich das Image der Chirurgie? (11:07)

B: (lacht) (überlegt) Innerhalb der Medizin oder nach außen hin? (11:18)

I: Du kannst gerne mal beides sagen. (11:21)

B: Also, ich habe mir die früher immer machohaft vorgestellt und es hat sich auch teilweise bestätigt (...). Aber es ist ja/ also man kann ja nie immer alle über einen Kamm scheren, ne? Von daher, ich glaube, man muss schon (überlegt)/ Das sind schon oft auch spezielle Charaktere. Nicht jeder (...)/ nicht jedem würde ich jetzt zuschreiben, dass er irgendwie in die Chirurgie passt, weil man sich da schon ein bisschen durchkämpfen muss. Aber ich glaube, das sind schon sehr selbstbewusste Menschen unter dem Strich. (11:53)

I: Was denkst du denn was die Allgemeinheit der Medizinstudenten vom Image der Chirurgie hält? (11:59)

B: (lacht) ich glaube nicht so gut, um ehrlich zu sein. Aber die Uniklinik hier auch nicht so gut ist (lacht). Die Pflichtpraktika, die wir machen MUSSTEN. Ja da haben die meisten nicht so gute Erfahrungen gemacht. Von daher ist das unter dem Schnitt nicht so gut. (12:16)

I: Wie sieht denn das Image aus, was würde die sagen? (12:20)

B: Mega die Machos, gerade gegenüber Frauen. (12:24)

I: Was würdest du denn sagen, wie empfindet die Allgemeinheit der deutschen Bevölkerung so das Image von Chirurgen oder Chirurginnen? (12:35)

B: Ich glaube schon, dass das/ also /was so meine Familie gesagt hat, als ich angefangen habe (überlegt), dass / Meine Mama hat immer gesagt: „Chirurgie ist die Königsdisziplin“, obwohl sie davon gar keine Ahnung hat (lachend). Und ich glaube schon, dass das Image so, dass es so was geht/ Also, das ist auch noch so eine Abstufung, indem was man/ was Menschen sehen. Von außen/ Innerhalb der Chirurgie jetzt. Und ich glaube, dass es zum Beispiel schon sehr großen Eindruck macht. Die Chirurgie. So diese/ dieses OP-Setting, wo viele auch nicht so die Ahnung haben oder nur aus irgendwelchen Serien wissen, was da/ oder sich so denken, was da passiert. Ja wie schon, dass es mehr Eindruck macht, als zum Beispiel ein Hausarzt, zu dem man sehr viel Kontakt hat und bei dem man einigermaßen einschätzen kann, was der so den ganzen Tag macht. (13:32)

I: Was müsste sich denn ändern, damit ein Facharzt in Chirurgie auf jeden Fall für dich in Frage käme? (13:45)

B: (...) Familienfreundlichere Arbeitskonzepte. (13:52)

I: Warum, inwiefern? (13:53)

B: Weil man relativ stark in Rufdienste eingegliedert ist, also mehr als in einem konservativen Fach, ist ja klar! Oder in Bereitschaftsdienste. Weil ich glaube, dass trotzdem relativ viele Männer in der Chirurgie arbeiten, denen das vielleicht gar nicht mal so wichtig ist. Und ich glaube/ ODER die Frauen, die da auch arbeiten wo ich arbeite, die Ärztinnen, die haben schon Probleme Familie (lachend) und Kinder unter einen Hut zu bringen. Und knipsen dann mit Teilzeit rum und kriegen ihren Facharzt nicht fertig. Und irgendwie gibt es relativ wenige Kontakte so, was ich jetzt mitbekommen habe, dass man das gut hinkriegt. (14:42)

I: Kennst du Angebote für Studierende, welche neben dem Studium einen praktischen Einblick in Facharzttrichtungen gewähren? (14:54)

B: Ja das, was ich ja mache eigentlich, ne? Also ich arbeite ja im OP. Was ich ka/ Also ich kenne das auch von anderen Krankenhäusern. Es gibt ja so Blutabnehmdienste, Transplantationstelefone, alles Mögliche. (15:11)

I: Wie findest du solche Angebote? (15:15)

B: Gut. (15:17)

I: Warum? (15:16)

I: Weil ich nicht glaube, dass das Studium/ Also was ich eben gesagt habe, eigentlich kann einem das Studium einem nicht so viel Praxis bieten und würde einen dann zeitlich einschränken. Dann fände ich es auch wieder blöd, wenn man dann Pflichttermine hätte (lachend). Aber eigentlich finde ich es ganz cool, dass man so ein bisschen in ein Team reinwächst, gerade wenn man vorher gar keine Ahnung hatte, wie es in einem Krankenhaus abläuft. Finde ich das schon ganz sinnvoll. (15:46)

I: Du hast ja damals an dem Studentischen OP Assistenten teilgenommen, ne? Was hat dich denn damals zu der Teilnahme bewegt? (15:58)

B: Das Krankenhaus (lachend). (16:00)

I: Haben die dich gezwungen? (lachend) (16:01)

B: Nein (lacht), Nein (lachend), aber ich habe da erst mal Famulatur gemacht. Und dann/ Aber mit der Aussicht, dass ich da auch eine Stelle kriege, oder da arbeite. Und dann hat sich das

irgendwie aus dieser Famulatur und da Arbeiten ergeben. Und die haben mir das vorgeschlagen. Eigentlich fand ich das ganz cool, dass man sowas am Schluss schriftlich hat. Ja. (16:24)

I: Wann war das, als du das gemacht hast? (16:27)

B: (Schnauft) Vor anderthalb Jahren? (16:31)

I: In welchem Semester war das dann? (16:36)

B: Minus drei, also so Neuntes? Achtes, Neuntes? Passt das? (16:45)

I: Wie hat das denn mit deiner Anmeldung funktioniert damals? War das einfach? (16:50)

B: Hat das Krankenhaus gemacht. (16:51).

I: Ach du hast gar nichts gemacht? (16:52)

B: Ich hab/ Also ich musste glaube ich was unterschreiben. Aber es lief alles über das Krankenhaus. (16:59)

I: Was hast du denn vorher gedacht, was dich bei diesem Kurs erwartet? (17:05)

B: Es war ja bei mir kein richtiger Kurs bei mir, ne? Ich hatte den OP-Katalog quasi schon fertig, den ich machen musste. Und dann haben die gesagt, „Ja du musst aber nur noch eine mündliche Prüfung machen mit uns“ und dann hattest du so einen Wisch. Ja und dann des/ (17:20)

Verbindungsabbruch

I: So! Also, wo wurden wir denn unterbrochen? Dabei, dass du schon die Praktischen Sachen erfüllt hast! Aber an der Theorie hast du schon teilgenommen? (00:22)

B: Ja, ja. Genau! (00:26)

I: Was hast du denn vorher gedacht, was dich im theoretischen Teil erwartet? (00:33)

B: Also theoretischer Teil die Prüfung? (00:34)

I: Genau. (00:35)

B: (überlegt) Dass ich zu/ Also, dass ich eher pr/ Also die praktischen Sachen abgefragt werde. Also, die hatten das auch eingegrenzt, um ehrlich zu sein. Die hatten das auch eingegrenzt um ehrlich zu sein. So dass man Nahttechniken, die größten OP's und deren Abläufe und sowas kann. Ja. (00:57)

I: (...) Wie hat dir der Kurs denn gefallen? (01:07)

B: (überlegt) Ich fand den gut. Ich meine, für mich hat das jetzt nicht viel geändert. Aber (...) nein/ Ich/ Also ich/ i/ zumindest zu dem theoretischen Teil habe ich mir den schon mal ein paar andere Sachen angeguckt. Und das war ja auch noch vor dem Examen, deswegen war es eigentlich ganz cool. Oder ganz gut. Hat mir auch was gebracht. (01:32)

I: Kannst du mir sagen, was dir am besten- und was dir nicht so gut gefallen hat? (01:37)

B: Im theoretischen oder am allen? (01:40)

I: An allem. (01:41)

B: (...) Hat irgendwie nicht viel für mich geändert (lachend). Ich hätte die OP's sowieso alle mitgemacht. Deswegen Also mir hat es generell gefallen praktische Erfahrungen zu sammeln und (...) ja. (...) Und am schlechtesten? Eigentlich nichts. Nein. (02:07)

I: Wie haben dir denn die Lehrmethoden gefallen (02:10)

B: (überlegt) Also ich finde es wo ich arbeite ganz cool, dass/ wir sind an OP-Tisch quasi erste Assistenz. Fast immer. Und das ist schon eigentlich ganz cool als Student. Und deswegen ist es ja ein anderes Lernen, als in der Uni. So wenn man zwar Einwaschen darf, aber dann – keine Ahnung - ´zweiter, dritter Assistent da am Tisch ist (lacht). Und deswegen fand ich das schon ganz cool, dass man quasi auch eigene Sachen machen kann dadurch, dass man halt erste Assistenz ist. Das ist schon was, was Besonderes gewesen. Ja. (02:58)

I: Welchen persönlichen Nutzen ziehst du denn aus der Teilnahme? (03:06)

B: (überlegt) Ich hätte mir, glaube ich davor/ ich/ Also ich kam über eine Freundin, deren Vater, der leitender Oberarzt ist, überhaupt dahin. Und dann/ Ich glaube dav/ Ich hab damals auch überlegt, ob ich das jetzt überhaupt machen will, weil ich hab mich davor nicht so in der Chirurgie gesehen hätte. Und eigentlich ist man persönlicher Nutzen, dass ich gemerkt habe, dass ich das voll gerne im OP bin. Und, dass ich mir das sehr gut vorstellen kann, trotzdem irgendwas Chirurgisches später zu machen. (03:42)

I: Wurden denn so deine Erwartungen erfüllt im Kurs? (03:49)

B: Ja mehr als erfüllt. (03:53)

I: Denkst du denn, dass der Kurs dir genügend Einblicke in den Fachbereich Chirurgie gegeben hat? (03:58)

B: Ja, weil ich da jetzt auch drei Jahre gearbeitet habe. Also es ist (lachend) irgendwie die Summe. Deswegen hat mir das schon einen großen Einblick gegeben, ja. (04:08)

I: Und hättest du nur am Kurs teilgenommen, meinst du das hätte ausgereicht um da eine Entscheidung zu fällen? (04:15)

B: Ich weiß gar nicht mehr/ wie viele OP´s waren das da die man da einreichen musste? (04:22)

I: 30. (04:23)

B: Ist ja immer die Frage, was man daraus ziehen/ Ob man da jetzt ziehen will, dass ein Facharzt Chirurgie macht oder ob man da generelles Interesse halt wecken will. Weil ich glaube schon, dass 30 OPs (...) mehr sind, als man im normalen Studium sehen kann und deswegen, finde ich das schon sinnvoll. (04:42)

I: Kannst du denn sagen, inwiefern die Teilnahme dann an dem Zertifikat deine Entscheidung für oder gegen die Fachrichtung beeinflusst hat? (04:52)

B: Es hat ja generell nie die Option gegeben, dass ich überhaupt was Chirurgisches machen will. Von daher eigentlich (...) ist es positiv. Ich würde auch, glaube ich (überlegt)/ Oder mir macht die Chirurgie ja voll viel Spaß. Auch Allgemein Chirurgie. Aber ich kann mir halt aufgrund der Arbeitsbedingungen, das nicht vorstellen, die ich aber letztendlich auch darüber halt kennengelernt habe; oder mir mehr Gedanken darüber gemacht habe. Also eigentlich, an dem FACH hat es nicht/ oder?/ Ja aus fachlicher Sicht hat es mich voll interessiert, oder interessiert es mich sehr, aber ja aber wegen den Umständen oder den Arbeitsbedingungen. (05:39)

I: Würde denn eine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot für dich nochmal in Frage kommen oder würdest du da immer wieder machen? (05:46)

B: Ja. (05:47)

I: Und an was für Angeboten aus welchen Fachrichtungen würdest du am liebsten teilnehmen? (05:53)

B: Augenheilkunde (03:56)

I: Okay. Welche Nationalität hast du? (06:00)

B: Ich bin Deutsch. (06:02)

I: Und wie alt bist du? (06:04)

B: 24. (06:06)

Transkript E6, weiblich, 23 Jahre, 8. Semester

I: Wieso hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:07)

B: Das war ja mehr, dass ich/ mehr so ein Kompromiss. Also ich fand es immer interessant, was Ärzte so eigentlich im Klinikum machen. Man muss aber auch zugeben, ich hatte dann den Hinter/ die Möglichkeit. Es ist ja jetzt nicht bei mir so der Kindheitstraum, so dass ich sage, ja ich hab schon mit drei gesagt „Ja ich werde Ärztin“. Sondern ich hatte irgendwie so über die Schule – gerade dieses intrazelluläre fasziniert und die Physiologie dahinter. Und dann hatte ich halt den Schnitt, habe es versucht und habe es dann auch direkt geschafft. Also eher so eine Kombination aus beidem. Ich hätte, glaube ich, nicht/ nie Jahre jetzt auf den Platz geWARTET. (00:45)

I: Hast du denn Personen in deinem Umfeld, die im medizinischen Bereich sind? (00:50)

B: Nein, gar keiner. (00:53)

I: Okay. Hast du denn selber bereits mal Erfahrungen vor deinem Studium im medizinischen Bereich gemacht? (01:00)

B: Also meinst du jetzt selber mal eine Operation, oder so? (01:05)

I: Ja oder ein Pflegepraktikum oder ein Schulpraktikum vielleicht schon. (01:11)

B: Genau. Ich habe ein Schulpraktikum gemacht und es war echt interessant. Ich habe einen guten Freund, der ein Jahr vor/ oder zwei Jahre vor mir Abitur gemacht und Medizin studiert hat. Der musste ja immer zur Uni und zu den Anatomiekursen. Und ich fand das halt irgendwie GAR nicht abschreckend zu sagen, ich muss irgendwann mal an einer Leiche oder so arbeiten .Und dann habe ich halt ein Praktikum beim Hausarzt gemacht UND dann direkt nach meinem Abitur zehn Wochen ein Pflegepraktikum und danach noch weiter so gearbeitet. Das war eigentlich eher so mein Kontakt. (01:43)

I: Also hast du das, in dem Krankenhaus, noch als einen Nebenjob? (01:47)

B: Nein, JETZT nicht mehr. Jetzt arbeite ich für die Uni, aber damals habe ich dann nebenbei im Krankenhaus gearbeitet. Ja. (01:55)

I: Wie viel Stunden nimmt das so die Woche in Anspruch, dein Job an der Uni? (02:00)

B: Das ist ganz unterschiedlich. Also das ist IMMER nur ALLE/ Also zwei Mal im Semester, dann halt das ganze Wochen/ Also immer vier Tage. Und also den habe ich jetzt noch recht neu und der anderer war im Schnitt/ Das ist schwer zu sagen. Der andere/ sind so alle drei Wochen, vier Stunden. (02:19)

I: Im wievielten Semester bist du gerade? 02:21)

B: Achtes. (02:23)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (02:26)

B: Also ganz ehrlich gesagt (lacht), bis zum sechsten Semester fand ich es sehr anstrengend und auch nicht alles super interessant. Also MAN MUSS sagen/ ich weiß nicht wie du da drin bist – Ich hab den Modellstudiengang. Ich bin der erste/ der erste Jahrgang, der da mitstudiert. Und es ist zum größten Teil sehr chaotisch und unorganisiert, wie das halt so bei den Ärzten ist.

Und ich bin garantiert nicht so das Genie. Das heißt, ich musste immer super viel dafür Lernen. Ich fand das immer interessant. Ich fand den Patientenkontakt toll, den wir viel hatten. Aber ich finde es wirklich richtig seit nach dem Physikum, also seit dem Examen. So die ersten oder das jetzt ist wirklich schön. Also das hat mir auch gut gefallen, davor war es schon/ würde ich es einfach als anstrengend und nervenaufreibend beschrieben (lacht). (03:16)

I: Was hat dir denn/ Also was gefällt dir am besten an deinem Studiengang und was am schlechtesten? (03:22)

B: Am besten auf jeden Fall den/ den Patientenkontakt, die Praxisblöcke, dass wir selber ganz viel ange/ Also, dass wir selber immer viel machen dürfen. Und ich merke auch, dass ich durch die Krankheitsbilder/ dass ich dadurch die Krankheitsbilder irgendwie/ oder dass man/ sich deutlich leichter lernen lässt, wenn man vormittags einen Patienten gesehen hat, der die Krankheit hatte und nachmittags dann die/ die Theorie dazu lernt. Und was mich wirklich an der Uni oder an dem Studiengang selber stört ist, dass man selbst eigentlich in den Ferien immer was zu tun hat. Also, dass man nie so ganz davon wegkommt. Selbst in den Ferien eigentlich nur mit Unikram voll sind. (...) Und das ist schon im ersten Semester bis jetzt so, und das wird wahrscheinlich auch nicht mehr besser (lachend). (04:08)

I: Hast du Verbesserungsvorschläge? (04:12)

B: Ja also ich/ ich find halt/ Wir müssten extrem viel Scheine sammeln, Patientenvorstellungen. Ich weiß nicht, ob es nicht einfach mal möglich oder einfacher wäre, wenn man sagen könnte „Okay, ihr müsst jetzt nicht nochmal zwei Wochen zum Hausarzt, sondern macht das was euch interessiert“. Dann würde ich zum Beispiel in die Chirurgie gehen. Eine andere Freundin zur Derma. Ich finde es sehr verSCHULT und ich fand es irgendwie entspannter, wenn es etwas lockerer wäre. (...) Also ein bisschen mehr Freiräume, so dass man seinen persönlichen Interessen im Studium nachgehen kann. (04:44)

I: Inwiefern denkst du denn, ist jetzt die Studienzeit relevant, für deine späterer Karriere? (04:52)

B: Wie ist das gemeint? Also die jetzt/ Also das Studium SELBER? (05:00)

I: Genau. Oder ja die Studienzeit. Inwiefern ist also das JETZT relevant für deine Karriere? (05:06)

B: Also ich denke schon, dass man auf jeden Fall die Grundlagen setzt. (überlegt) Das, was ich jetzt momentan seit dem Examen lerne, das ist garantiert wichtig. Das davor (...) Ja, kann ich schwer einschätzen. Also ich glaube auch man braucht Grundlagen, aber ich würde behaupten, wir haben auch viel Unsinn gelernt, den man später nicht braucht. Was wirklich - glaube ich ein Vorteil ist/ Also da bin ich auch wirklich SICHER, dass WIR, im Gegensatz zu anderen Universitäten, sehr viel patientenbezogener lernen. Und, dass uns das einfach sicherer im Umgang mit Menschen (...)/ Und dass wir auch so eine gewisse rhetorische Ausbildung, also dazu bekommen. Dass man LERNT mit dem Patienten umzugehen, sie wertzuschätzen und mit denen GEMEINSAM eine Entscheidung zu finden. Und dann nicht zu sagen „Das machen wir mit Ihnen“. Also das finde ich schon wirklich einen guten Ansatz. Was glaube ich auch später einen helfen wird im/ wenn man dann wirklich Arzt ist. (06:04)

I: Und inwiefern denkst du dass die praktische Erfahrung, die du bisher gesammelt hast, relevant für deine Karriere ist? (06:12)

B: Da ist noch viel Luft nach oben (lacht), aber ich denke, dass ja/ dass es auf jeden Fall WICHTIG ist. Ich würde mir sogar noch wünschen, dass ich persönlich halt noch VIEL mehr lernen könnte. Dass ich es häufiger wiederholen könnte unter Aufsicht. (überlegt) Manchmal steht man da und denkst so „Okay, was mache ich jetzt hier eigentlich? Ist das richtig oder falsch?“ Dann ist halt keiner da. Ich glaube aber wirklich, dass man jetzt sicher arbeiten kann, das kommt später erst. Also ich glaube nicht, dass die Fähigkeiten, die ich jetzt habe, später irgendwas ausreißen können oder werden (...). Also technisch gesehen zumindest (lacht). (06:53)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen? (07:00)

B: Da ich eher der organisierte Typ bin, würde ich behaupten, das eigentlich ziemlich gut. (...) Ja, also ich weiß jetzt schon was ich machen kann, in welche Richtung ich gehen kann, was Vor- und Nachteile sind. Und ich selber weiß auch wo ich hingehen würde. (07:17)

I: Inwiefern hast du einen Überblick über die Facharztrichtungen? (07:25)

B: Meinst du jetzt welche es gibt oder welche mich persönlich Ansprechen? (07:32)

I: Das kannst du gerne beides sagen, das wäre dann meine nächste Frage. (lacht) (07:35)

B: Also da wir ja sowieso viele Praktika machen müssen und Famulaturen und so ein Zeug, kriegt man das mit. Und das bekommt man ja alleine vor Einsätzen immer wieder mit, welche Fachärzte es gibt. Wir bekommen auch einen guten/ Oder ich persönlich bekomme persönlich einen guten Einblick, welcher Facharzt, wie arbeitet. Auch wie die Ausbildung ist. Und ich persönlich weiß halt, dass ich auf jeden Fall Chirurgie machen möchte. Und ich weiß halt auch wie lange, ich wo arbeiten muss und wie das aufgebaut ist. Also ICH weiß es. Ich weiß nicht, ob das jetzt bei allen so ist. Aber mich interessiert es auch, weil ich gerne wissen möchte, was nach dem sechs Jahren Studium mal kommt. (08:15)

I: Von welchen Faktoren hängt denn deine Präferenz ab? (08:21)

B: Das technische Arbeiten. Dass ich was mit den Händen machen kann. Und das ich natürlich den Patientenkontakt habe. Aber ich finde es halt einfach total faszinierend zu sagen, jemand kommt schwer krank in eine Klinik. Man operiert ihn. Dann halt dazu, dass das man mit den Händen was machen kann. Dieses Handwerk einfach. Und nach zwei drei Tagen – im Besten Fall – geht es ihm wieder gut (...). Das finde ich total faszinierend und das hat man/ das habe ich halt in der Chirurgie so kennengelernt. Es gibt andere Fächer, wie meiner/ oder meiner eigenen Erfahrung nach Neurologie, wo man halt Krankheiten diagnostiziert, aber einfach nichts machen kann. Und das würde mich auf Dauer einfach nicht glücklich machen. Das finde ich halt irgendwie so faszinierend an der Chirurgie, (...) was da auch mittlerweile alles möglich ist. Ja. (09:03)

I: Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch im Verlaufe des Studiums verändert? (09:09)

Also komplett einmal um 100 Grad. 180 Grad. Also ich hab immer gesagt: „Ich studiere Medizin um KINDERÄRZTIN zu werden. Ich will möglichst früh mein Haus bauen (lachend) und eine Familie gründen“. Und dann habe ich halt durch diesen OP Assistenten, den ich ja gemacht habe, das allererste Mal in die Chirurgie reingeguckt und war halt KOMPLETT fasziniert und begeistert. Und das hat mich seit dem auch nicht mehr losgelassen und mittlerweile würde ich halt eher sagen: "Ja ich gehe auf jeden Fall erst mal auf Karriere und guck dann mal was passiert.". Also eigentlich alles geändert (lacht). (09:42)

I: Aber was würdest du denn sagen, welche Faktoren deine Berufswahl beeinflussen? (09:48)

B: (überlegt) Ich/ Ich weiß nicht, ich möchte halt einfach (...) schon was aus meinem Leben machen. Ich möchte halt denen/ Ja wobei/ Boah, das finde ich jetzt schwer. Warte mal (...) Also, WIE meinst du mit Faktoren? (10:09)

I: Ja, wovon deine Berufswahl abhängt. (10:11)

B: Also ich finde das Arbeiten im Krankenhaus einfach interessanter. Weil ich mich da jetzt zum Beispiel, ich sag mal, zum Beispiel ich werde Kinderärztin. Dann bin ich irgendwann in einer KI/ Praxis. Dann muss man sich noch um 1000 andere Sachen kümmern, wie Buchhaltung und sowas. DAS möchte ich nicht. Ich möchte einfach wirklich die Medizin an für sich machen (...) Und sonst (...)/ Ich weiß nicht, also für mich ist es halt einfach dem Interesse nach. Also (...) ich nehme dafür gerne in Kauf, dass ich halt wahrscheinlich wenig Freizeit haben möchte, aber ich finde es einfach, dass es das ist, was mich am meisten erfüllt. Oder wofür ich mich am meisten begeistere. Ich weiß, das ist wahrscheinlich nicht die Antwort, die du jetzt brauchst, ne? (lacht) (10:50)

I: Ich brauche ja gar nichts. Ich forsche ja reliabel, valide und das dritte Kriterium kann ich gerade nicht. (lacht) Okay. Die nächste Frage:(überlegt) Ah ja. Welcher/ Welcher Facharzt würde denn überhaupt nicht für dich in Frage kommen und warum? (11:14)

B: HNO. Weil ich Ohren, Nasen und Zähne einfach widerlich finde. (11:22)

I: Warum? (11:24)

B: ICH FINDE ES SO EKELHAFT! Also das ist ein Trauma aus meinem ersten Krankenpflegepraktikum – noch vor dem Studium. Wo wir immer Patienten auf Station/ so Belegbetten hatten, die meterlange, schleimige Tamponaden in der Nase hatten und ich die immer rausholen musste. Und ich fand es einfach so EKELHAFT. Boah, ich krieg jetzt noch Gänsehaut (angewidert) (...). Und direkt danach kommt Augenheilkunde. (11:48)

I: Und wie empfindest du denn das Image der Chirurgie? (11:53)

B: Das was? (11:55)

I: Das Image der Chirurgie. Wie du das persönlich findest. (11:59)

B: Also von wegen viel Arbeiten, keine Freizeit und Hierarchie? (12:04)

I: Ja, wenn DU das Image so empfindest? (12:08)

B: Ja, nein. So wird es ja irgendwie häufig dargestellt. Also ICH persönlich habe die Erfahrung gemacht, dass man von auch älteren Chefärzten, die garantiert noch genau diese Hierarchie hatten und auch so diesen typischen harten Ton erlernt haben, super viel lernen kann. Dass sie mittlerweile ja ein echtes Problem mehr haben, dass die keinen Nachwuchs mehr haben. Das es natürlich einen rauen Ton teilweise gibt, aber ich kann mit dem irgendwie umgehen, weil man sich bewusst sein muss: Okay da geht es jetzt mal auch um Leben und Tod, oder was auch immer. Was natürlich klar ist. Dass es schon sehr intensiv ist und dass/ also oder intensives Fach ist, was viel die Zeit wegnimmt. Wenn Notfall an Weihnachten ist, dann muss man halt Weihnachten los. (überlegt) Aber ich finde NICHT, dass das so ist, wie immer dargestellt wird, dass man einfach nur angeschnauzt wird und nichts zu melden hat. Also wenn man sich vernünftig ANSTELLT zum Beispiel im OP, darf man auch sehr schnell, sehr viel machen. Das ist meine eigene Erfahrung zu mindestens. (...) Zeitintensiv ist es, ja. Und manchmal muss man ein gutes Stehvermögen haben (lacht). (13:09)

I: Was würdest du denn sagen, wie die meisten Medizinstudenten das Image der Chirurgie bewerten? (13:16)

B: Auch aus meinem persönlichen Freundeskreis habe ich eine, die das auch gut findet und alle anderen sagen „Nein, auf gar keinen Fall. Nimmt mir viel zu viel Zeit weg. Ich hab keine Lust da immer nur der Handlanger im OP zu sein. Mir sind andere Sachen einfach WICHTIGER“. (überlegt) Ja. (...) Also ich glaube die meisten sehen das schon ähnlich so. (13:42)

I: Du hast ja eben gesagt, dass die Arbeitsbedingungen ja jetzt nicht gerade die besten sind. Was würdest du denn ja wollen was sich ändert dahingehend? (13:59)

B: Also ich finde, man muss so realistisch sein, dass man sagt „Okay ich kann jetzt nicht sagen, ich fange um acht an und gehe um vier“. Sch/ Schön wäre es wenn es so ist. Wenn mehr Stellen DA wären. Dass/ dass ist irgendwie immer einen Bereitschaftsdienst gibt, wo genug Ärzte dann auch sind. Ich fände gut, wenn zum Beispiel, so wie in der Uni, machbar wäre, dass es so Dreiviertelstellen gibt. Dass zum Beispiel Leute sagen „Ja okay ich versuche halt schon Familie und Beruf unter einen Hut zu kriegen“. Also, dass man sich selber einfach ein paar Freiräume schaufeln (...) kann. Diese Hierarchien, meiner Meinung nach, werden sich früher oder später irgendwo auflösen. Klar hat man immer irgendwo einen Chef, der das dann besser kann. Aber wie gesagt, dieses Fach ist halt extrem auch auf Nachwuchs angewiesen. Und ein Stück bestimmt weit KANN man es nicht beeinflussen, weil es einfach ein Fach ist, das von Notfällen geprägt ist. Wo halt mitten in der Nacht operiert werden muss. Und ja, wenn man dann halt Dienst hat, muss man halt ran. Ich finde da kann man wenig ändern. (14:59)

I: Kennst du denn noch Angebote für Studierende, welche NEBEN dem Studium einen praktischen Einblick in die Fachrichtung gewähren? (15:09)

B: Also in alle Fachrichtung jetzt allgemein, oder in die Chirurgie? (15:14)

I: In alle allgemein. (15:16)

B: (überlegt) Boah. Also so DIREKT jetzt nicht. (...) Oder? Nein, also. Klar sagen Professoren „Ja kommen Sie zu uns und mache sie eine Famulatur“. Aber jetzt nicht so direkt, nein. Fällt mir jetzt gerade nichts ein. (15:32)

I: Okay. Und unter welchen Umständen würdest du denn an so einem Angebot teilnehmen? (15:47)

B: Wenn es mich halt persönlich(...) anspricht. Also erstens mal das Fach. Also wie gesagt ich würde zum Beispiel NIEMALS in eine Fachrichtung, wie HNO oder Augenheilkunde reingucken. (überlegt) Ja. Wenn es hier im Umkreis wäre. Wenn man jetzt nicht dafür dahin fahren müsste. JA und wenn es halt/ also bei mir ist echt so dieser Interessenbereich so, ich glaub, ist das Problem. Also wenn es jetzt ein Fach ist, was ich weiß, was ich eh niemals machen MÖCHTE, weil ich da schon mal ein Praktikum gemacht habe (lachend) werde ich da nicht hinfahren. Aber wenn ich es interessant fände, dann würde ich sagen „JA, das bringt mich weiter“, weil ich dadurch neue Einblicke gesehen habe, würde ich es auf Jeden Fall machen. Also ich glaube eher so, dass man das ausprobieren kann. Wenn man sich Sachen anschauen kann, selber ausprobieren kann. Sowas. (16:39)

I: Du hast ja das Zertifikat Studentischer OP Assistent erlangt. Was hat dich denn damals zu der Teilnahme bewegt? (16:52)

B: Also mein/ mein Freund ist gebürtig aus dem Ort, da wo ich das Zertifikat auch gemacht habe. Und der wurde von dem Oberarzt angesprochen, ob er das nicht machen wollte. Und dann hat er aber gesagt, naja also er ist jetzt schon fertig. Und das was er hätte dort lernen können, konnte er eigentlich schon. Und ich war im vierten Semester. Also noch echt ganz FRÜH im Studium und ich habe gesagt „Okay ich würde das gerne machen“. Und habe mich dann auch beworben und habe die Stelle sofort bekommen. Und bin dann halt über meinen Freund, und weil DER da halt gebürtig herkommt und schon Praktika gemacht hat, darauf gekommen. (17:26)

I: Welche Fachrichtung hat ER? (17:29)

B: Gefäßchirurgie. (17:32)

I: In welcher Klink war das? (17:38)

B: In NRW. (17:39)

I: Wie hat das mit der Anmeldung funktioniert? (17:43)

B: Bei mir? (17:46)

B: Ja. (17:47)

B: Oh Gott. Ich habe eine E-Mail geschrieben und dann musste man noch ein Zertifikat ausfüllen, oder? Meine ich. Oder irgendwie so einen Antrag, den man wo hin schicken musste? Ich weiß es gar nicht mehr. Ist jetzt auch schon zwei Jahre her. Also ich habe mich auf jeden Fall an den Oberarzt gewendet. DER leitet das dort. Und der hat/ Ich meine, ich musste noch irgendwie was hinschicken oder DANACH die Sachen wegschicken und danach Antrag auf dieses Zertifikat. Ich weiß es aber nicht mehr genau. Über den Doktor ging das auf jeden Fall. (19:21)

I: Was dachtest du denn was dich erwartet? (18:24)

B: Ja, eigentlich hatte ich so gar keine Vorstellung. Ich habe da halt so gesagt: „Ja gut, machst du halt mal“. Guckst dir mal das Fach an, weil du da ja keine Ahnung von hast. Aber ich war ja nach wie vor noch damals völlig davon überzeugt: „Chirurgie niemals“, dachte ich irgendwie. Und hatte auch nicht damit gerechnet, dass ich mal schon am allerersten Tag direkt mit an den Tisch reingewaschen durfte. Das war halt für mich das erste Mal ÜBERHAUPT. Das war halt schon super beeindruckend, dass mir alle superfreundlich ALLES erklärt haben. Ich super viel machen durfte. Damit hätte ich überhaupt nicht mit gerechnet. Ich dachte halt irgendwie, ich guck so ein bisschen und schau mal was passiert. (19:10)

I: Weißt du noch, wie der Kurs aufgebaut war und welche Inhalt gelehrt wurden? (19:15)

B: Ja, also es gab einen Nahtkurs. Da ging es um verschiedene Naht/ Naht/ Nahttechniken. Auch Knotentechniken. Dann gab es einen Tag (überlegt), wo wir an so einem und Trainer geübt haben. So ein Laparoskopieding. Das haben die dort vor Ort gehabt. Und DANN gab es immer mal wieder so, dass sich Ärzte halt echt eine halbe Stunde für mich Zeit genommen haben und mir die OP nochmal genauer erklärt haben. Dann aber am nächsten Tag auch von mir verlangt haben, dass ich dann irgendwie auch weiß, was gemacht wird. Das finde ich immer super. Wenn man dann halt auch nicht nur da steht, sondern sich auch selber mal informieren muss. Und dann musste ich, ich weiß nicht, ob das vielleicht noch so eine Frage wird, halt zum Abschluss so eine Präsentation halten. Vor den Ärzten. (20:07)

I: Wie hat dir denn der Kurs gefallen? (20:14)

B: Ähm meinst du jetzt alles? (20:00)

I: Das ganze Konzept. (20:21)

B: Ich fand es einfach super. Und ich habe das bis heute/ Also jetzt am Wochenende hatte ich Wieder Chirurgiewahlfach an der Uni. Und habe daraus wieder profitiert. Ich habe Famulaturen inzwischen schon wieder gemacht. Ich KANN es nur jedem wärmstens weiter empfehlen. Habe ich auch an der Uni. (Überlegt) Mich hat sogar hier der Chef angesprochen, weil ich mal irgendwie/ Also/ Hier an der Uni im OP mit dem war. Und er so meinte: „Wie viertes Semester? Wieso können sie nähen?“. Dann habe ich das halt erzählt. Ich fand das einfach genial. Und ich fand es auch super, dass ich es so früh gemacht habe, weil jetzt zum Beispiel im achten Semester/ Klar kann man es da auch noch machen, aber man (...) man ist/ Man hat irgendwie schon mal hier was gesehen, und da was gesehen. Und da hatte ich halt so gar keine Ahnung von nichts. Wurde da erst eingeschmissen (überlegt) und habe halt total viel gelernt. Also ich habe da so einen Profit draus gezogen. Ich konnte mich auch diesem Zertifikat schon mal häufig gut bewerben. Das sieht immer gut aus. Und (überlegt)/ Also wie gesagt, ich habe da einen Profit von. Deswegen. Also finde ich es nur genial, dass es sowas gibt. (21:29)

I: Was hat dir denn am besten und was am schlechten gefallen? (21:34)

B: Also schlecht hat mir gar nichts gefallen. Es gab nicht mal irgendeinen OP-Pfleger, der mich angeschnauzt hat oder irgendwas. Ich fand es super, dass ich direkt einfach ins kalte Wasser geschmissen wurde, dass ich ganz viel am OP Tisch stand. Also ich musste nicht noch drum herum Blut abnehmen oder über die Station flitzen. Sondern ich war einfach nur den ganzen Tag im OP. Durfte dann am Ende auch als erste Assistenz ganz viel machen. Durfte mitarbeiten. Habe mich nicht überflüssig gefühlt, sondern eher so, dass ich den Leuten dort helfen kann, weil das auch im Sommer war und so ein bisschen (überlegt) Mitarbeiterloch war. (überlegt) Und das mir immer wieder die Theorie nochmal klar gemacht wurde. Und ich fand auch gar nicht schlecht, dass es so einen Rahmen hatte mit einer Abschlussprüfung. So, dass man möglichst so das Gefühl hatte „Okay, an hat was von den Ärzten bekommen und jetzt gibt man halt irgendwas zurück“. Und ich habe leider wirklich keine negative Kritik. Ich kann von diesen LEUTEN von den ÄRZTEN von dem KONZEPT dort, nichts Negatives sagen. (22:35)

I: Das heißt, du würdest also auch Nichts anders machen? (22:39)

B: Nein (22:40)

I: Wie haben dir denn die Lehrmeth/? (22:44)

B: Nein. (22:45)

I: Sorry? (22:46)

B: Bei mir vielleicht, was das einzige bei mir war. Am Anfang war noch eine andere Studentin dort. Die ersten drei Tage. Die halt auch an diese (...) / Also die auch dieses Zertifikat erlangen wollte. Und da war es halt so, dass das ein bisschen schwierig war, weil man sich immer abwechseln musste. Die war aber nur drei Tage da. Wenn die jetzt die kompletten vier Wochen, die ich ja auch da gewesen wäre, auch dagewesen wäre, wäre es glaube ich ein bisschen blöd gewesen. Weil man selber nicht so irgendwie selber hätte viel machen können. Aber da das nicht der Fall war, hat mich das auch nicht weiter gestört. (23:19)

I: Wie haben dir denn die Lehrmethoden gefallen, also sowohl die praktischen als auch die theoretischen? (23:27)

B: Also Praktisch fand ich (überlegt) super gut. Theoretisch (...). JA. Also es war halt eher so zwischendurch. Also ich musste manchmal so drauf hinweisen von wegen „Ja können wir nicht noch was besprechen oder können sie mir das nochmal erklären?“. Aber ich finde auch, man muss berücksichtigen, dass das auch irgendwie neben normalen OP-Betrieb läuft. Und dafür fand ich es echt grandios gemacht. Gerade im Vergleich zur Uni, wo man ja denken würde „Okay hier ist eigentlich/ hier sollte die Lehre sehr gut sein“. Da war es halt in diesem Krankenhaus um Welten besser. Also ich hab da viel mehr gelernt, als ich hier im Studentenunterricht lernen würde. (24:06)

I: Welchen persönlichen Nutzen ziehst du denn durch die Teilnahme? (24:13)

B: Ich habe ein gefunden was mich super interessiert. Ich habe mich in diesem Bereich auch – würde ich sagen – noch weiterentwickelt. Habe weitere Kurse noch belegt von der Uni oder so. Ich habe mir irgendwie das nie zugetraut. Ich dachte immer so: „Sowas wirst du niemals können. Du kannst nicht so lange am OP-Tisch stehen. Du hast gar nicht die Kraft dazu“. Und ich hatte halt in diesen vier Wochen, wo ich dieses Zertifikat gemacht habe, gesehen, dass das auch KEIN HEXENWERK ist. Dass man das alles lernen kann. Und ich bin jetzt nicht besonders groß (lacht). Auch als, als Frau machen kann, weil das ja immer eher noch dieses sehr männerdominiert geprägt ist. (überlegt) Ja und ja. Fertig. (lacht) (24:59)

I: Wurden deine Erwartungen erfüllt? (25:01)

B. Ja: Voll. (...) Also übertroffen, weil ich hatte ja eigentlich gar nicht viel/ Ich konnte mir ja unter Chirurgie kaum was vorstellen. Ich wusste nicht, was man da macht. Oder wie das so vonstattegeht. Ich war zuvor ja niemals im OP. Und es hat mich nicht verstört, sondern im Gegenteil, einfach nur fasziniert und ich glaube dann kann an einfach nur glücklich drüber sein. (25:25)

I: Also denkst du das dir der Kurs genügend Einblicke in den Fachbereich gegeben hat? (25:30)

B:Ja. Ja auf jeden Fall. (22:33)

I: Warum? (22:35)

B: (überlegt) Weil man/ Also ich bin/ Ich hab jetzt natürlich nicht die Facharztausbildung gemacht/ in vier Wochen machen können. Aber ich finde man hat halt einfach das ARBEITEN kennengelernt. Man hat die Komplikationen mitbekommen. Man hat gesehenen, wie es läuft. Wenn es gut läuft. Man hat aber auch mitbekommen, wenn mal ein schwieriger Patient dort lag. Wenn es mal hektisch wurde. Wenn der Chef mal nicht mehr so gute Sprüche auf Lager hatte (überlegt). Weil man/ Also weil ich halt einfach gesehen habe, wie das so abläuft, wie anstrengend das auch sein kann (überlegt). Ja. Genau. (24:19)

I: Kannst du nochmal sagen, inwiefern die Teilnahme am Zertifikat deine Entscheidung für diese Fachrichtung beeinflusst hat? (26:27)

B: Ja also es hat/ Das hat es ja komplett geändert. Ich hatte immer gedacht: „Chirurgie, das ist was für Leute, die keinen Bock auf Freizeit haben. Und (überlegt) warum sollte ich das ma-

chen? Da habe ich ja nichts mehr vom Leben. Und ich finde es sowieso blöd. Ich glaube ich kann nicht im OP stehen. Und ich werde das eh nie lernen können“, so das war meine ja Meinung dazu, was man halt so eher mitbekommen hat von den Höheren Semestern oder von anderen Leuten. Dann habe ich das halt gemacht. Habe mich da angemeldet und bin ja eigentlich der komplett anderen Meinung jetzt. Also ich finde es total faszinierend. Mir macht es super viel Spaß. Ich habe halt gelernt, oder gesehen, dass man das alles lernen kann. Dass man das machen kann. (überlegt) Und hätte ich das wahrscheinlich nicht gemacht, dass ich da nicht teil /hätte ich da nicht dran teilgenommen, hätte ich womöglich eine ganz andere Richtung eingeschlagen, weil ich mich da einfach nie dran getraut hätte. Sondern eher immer gedacht hätte „Ist bestimmt scheiße“.

I: Würde eine Teilnahme an einem ähnlichen Angebot für dich in Frage kommen und warum? (27:32)

B: (...) Ja. (...) Grundsätzlich JA. Auf jeden Fall. Ist das jetzt auf das Fach bezogen oder auf ein anderes? (27:45)

I: Es kann in deinem Fach sein oder auch außerhalb. (27:50)

B: Ja. Also ich würde immer sagen „Ja“, weil es ist auch so ein paar wenige Sachen, die mich ich jetzt einfach nicht interessieren. Aber ich finde, an kann halt einfach seinen Horizont IMMER erweitern und man kann IMMER wieder neue Sachen lernen, die einem irgendwo zu Gute kommen. Deswegen würde ich das auf jeden Fall wieder machen. Aber in einem anderem Bereich oder in einem ähnlichen Angebot. Also ich habe zum Beispiel auch an diese Kampagne „Nur Mut zur Chirurgie“, falls du das kennst, in Duisburg mal an einem Wochenende teilgenommen. Da geht es halt auch darum, dass man Leute wieder für die Chirurgie begeistern kann. Wo an auch viele Sachen ausprobieren kann, und das ist ja zum Beispiel sowas Ähnliches oder? (...) Also ja. (28:31)

I: Ja (lacht). Welche Nationalität hast du? (28:34)

B: Deutsch. (28:35)

I: Wie alt bist du? (28:38)

B: 23. (28:39)

Transkript E7, männlich, 22 Jahre, 8. Semester

I: Warum hast du dich denn dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:10)

B: Warum ich mich dafür entschieden habe? Also ich hab/ Das war schon so immer so ein bisschen in der Hinterhand, in den Gedanken, ob ich das nicht VIELLEICHT mal machen sollte. Und dann habe ich mir einfach überlegt, als ich dann mein Abi hatte, und kurz vor dem Abi: Wie soll es denn jetzt weitergehen? Und/ Also ich hatte auch Bio-LK und ich fand es einfach immer schon echt spannend, so dann auch diese Abwechslung. Also ich habe mich ja auch schon recht früh für den chirurgischen Bereich interessiert. Weil ich fand es immer schon diese Abwechslung im Beruf. Wenn man später sagt/ Das man sagen kann: „Okay ich habe mit Menschen zu tun. Ich kann Menschen helfen und ich mache nicht/ sitze nicht den ganzen Tag hinter dem Schreibtisch und mache irgendwas. Aber ich kann den Menschen auch aktiv helfen und ich (überlegt). Und ja, habe viel Abwechslung so in meinem Beruf. Und es ist geistig auch anspruchsvoll“ Also sowas/ So GENERELL so habe ich mir das gedacht. (01:16)

I: Gab es denn Personen oder Ereignisse, die dich dahingehend noch beeinflusst haben? (01:22)

B: (überlegt) Also eventuell/ Also ich habe als Kind/ hatte ich eine Kieferngaumenspalte und war viel im Krankenhaus. Ich hatte auch eine Bilddarmentzündung und so. Ich habe viel mit Ärzten zu tun gehabt. Und ich fand es halt immer eigentlich ganz cool, so was die da geleistet haben. Und wahrscheinlich hat mich das so auch in jungen Jahren mal dazu gebracht, dass ich über-

haupt auf diese Schiene gekommen bin Medizin zu studieren. (...) Aber so EINZELNE Personen kann ich nicht benennen. (02:04)

I: In welchem Semester bist du aktuell? (02:07)

B: Im Achten. (02:09)

I: Hast du einen Nebenjob zur Zeit? (02:12)

B: Nein habe ich nicht. (02:16)

I: Wie lässt sich denn generell dein Studium mit deinem Privatleben vereinbaren? (02:21)

B: Also dadurch, dass ich keinen Nebenjob habe, ganz gut. (02:28)

I: War das schon während des ganzen Studiums so, dass das gut zu vereinbaren war? (02:34)

B: Als ich das Physikum geschrieben habe, war es nicht ganz so einfach, aber ansonsten habe ich mir Freiräume genommen. Auch wenn ich die vielleicht dann/ manchmal nicht so sinnvoll ist vielleicht. Aber PRÜFUNGSPHASE hat ja jeder. Also von daher. (02:58)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (03:00)

B: Ich finde es ECHT gut, dass ich mich dafür entschieden habe, das zu machen. Und (überlegt) es gefällt mir eigentlich von Semester zu Semester besser. (...) Weil man einfach mehr weiß. (03:22)

I: Was gefällt dir denn am besten und was am schlechtesten? (03:22)

B: Weil man einfach mehr weiß. (...) Was mir am besten gefällt? Ja, also generell die ganze/ also die praktische Arbeit, die jetzt auf einen zukommt. Der Patientenkontakt und auch dann ja (...) / Gerade, wenn dann Leute auf einen zukommen und Fragen so, oder sagen: „Ich hab das und das und das und das“ und Beschwerden schildern. Dann ist es schön, dass man SCHNELL auf eine Verdachtsdiagnose kommt und dann den Leuten eventuell schnell helfen kann, obwohl die teilweise schon lange damit raumrennen. Also das finde ich gut. (04:00)

I: Was gefällt dir gar nicht an deinem Studium? (04:04)

B: Was mir gar nicht gefällt? Also, wenn ich das vergleiche mit anderen (...) Studiengängen, die haben teilweise erst um zehn, elf Uni. Wir müssen manchmal schon um acht Uhr da sein und ich muss dann noch 20 Minuten Bus fahren, und dann muss man früh aufstehen. Das finde ich nicht ganz so gut. Und auch, dass man TEILWEISE den Mix der einzelnen Fächer/ Also ganz stundenplanspezifisch/ generell, dass einzelne Fächer vielleicht zu viel Gewicht bekommen oder andere zu wenig. (überlegt) Es ist blöd aufgeteilt, dass man manchmal zwei, drei Wochen NUR Uni hat und dann hat man ein paar Wochen fast gar nichts. Ja, das ist so, generell so, was mir nicht gefällt, habe ich nichts so. Eher so organisatorische Dinge. (05:00)

I: Hast du denn konkrete Verbesserungsvorschläge? (05:05)

B: Konkrete Verbesserungsvorschläge? Also (überlegt) jetzt nur/ leider nur universitätsspezifisch, was man verbessern konnte. Also so generell einzelnen Fächer so entzerrt, dass sie nicht mehr so zusammen gehören. Dass man vielleicht einige Veranstaltungen nicht ganz früh oder ganz so spät. Dass man jetzt beispielsweise erst um sechs, sieben Uhr zu Hause ist, oder dass man schon um acht Uhr da sein muss. Und generell, dass man vielleicht auch sich Gedanken macht, wer die Lehre überhaupt macht. Manchmal hat man Leute da stehen, die JA, die wurden dazu befohlen die Lehre zu machen. Und das merkt man dann auch. Also, dann KANN MAN auch die Veranstaltung SEIN lassen, wenn da einer ist, der eigentlich nur (...) Lehre macht, (...) weil er es machen muss. Also es gibt/ Das ist aber die Ausnahme. Dann finde ich es ist immer verschwendete Zeit. (06:11)

I: Du studierst den Regelstudiengang, ne? (06:17)

B: Ja, genau. (06:20)

I: Inwiefern denkst du denn, dass jetzt die Zeit während deines Studiums relevant für deine Karriere ist? (06:28)

B: Ich denke schon, dass es relevant ist, gerade jetzt um GRUNDLAGEN zu schaffen. Und (überlegt), ja wahrscheinlich auch einige/ Also sich klar zu werden, darüber, was ich denn jetzt auch mal später/ in welche Richtung ich gehen will. Wo ich das machen will, (überlegt) ja. Also ob ich mich dann irgendwann im KRANKENHAUS weiter spezialisieren will, ob ich mich niederlassen will und so. Ich glaube das ist jetzt / also das ist am Ende vom Studium jetzt noch nicht fertig gereift. Aber das ist glaube ich so mit das Wichtigste, neben dem ganzen Lernen, was natürlich muss/ muss sein, ne? (07:12)

I: Gibt es denn so Faktoren, die sich vielleicht positiv oder negativ auf deine Karriere später auswirken können, die jetzt während der Studienzeit so passieren oder auch die praktische Erfahrung, die du in Famulaturen sammelst? (07:27)

B: Also ich denke auf jeden Fall positiv, wie negativ könnte es sich auswirken, wo man jetzt Famulatur macht, bei wem man Famulatur macht. Also ich habe auch schon von einigen gehört, die haben Famulatur gemacht, auf der Station, wo die dann nachher angefangen haben. Aber, ob das bei mir so sein wird, weiß ich jetzt nicht. Aber ja, dass man generell dann im Studium schon die Weichen in die Richtung stellt, wo man dann auch später hingehen will. Dass man sich vielleicht in/ in der Famulatur schon überlegen sollte in welche FACHrichtung geht man. Dass man da auch schon mal Famulatur macht, um sich zu überlegen: „Kann/ Könnte das was sein oder könnte es nichts sein?“ (08:12)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir so nach dem Studium offenstehen? (08:22)

B: (überlegt) Ich würde so sagen: Ja einigermaßen. Also ich WEIß auf jeden Fall NORMALER Werdegang ist: Ich bewerbe mich an einer Klinik und mach da meine Assistenzarztzeit. Ich weiß auch, dass man als Medizinstudent durchaus auch in die Forschung gehen kann und dass man da auch teilweise gerne gesehen wird. Aber so/ Wo ich dann wann, irgendwie wie genau, weiß ich gar nicht. (08:56)

I: Also hast du auch einen Überblick über die Facharztrichtungen, die du so machen könntest? (09:04)

B. Ja doch, das denke ich schon. (09:09)

I: Du hast gerade gesagt, du weißt noch gar nicht so genau was du machen willst, nachher? (09:15)

B: (...) Also was heißt, ich weiß noch nicht genau. Ich weiß schon recht genau, dass ich schon in den chirurgischen Bereich rein will, aber ich weiß noch nicht, ob ich Allgemeinchirurg oder ob ich Allgemeinchirurg, Unfallchirurgie, oder ob ich eher Orthopäde werde. Ob ich mich vielleicht auf ein kleineres Fach spezialisieren, wie jetzt auf ein kleines Fach stürze, wie (unv.) oder so, wo jetzt auch operiert wird, aber das nicht so, so große Fächer sind. Also das kann ich noch nicht genau sagen. (09:48)

I: Und warum schwankst du genau zwischen denen? Also warum bist du unsicher genau zwischen denen? (09:54)

B: Weil ich irgendwie im Studium das Gefühl habe, wenn man da/ wenn man da was über die/ über die Fächer hört, finde ich das generell immer ja/ wenn die was über ihr Fach erzählen und dann auch echt gut das rüberbringen, dann habe ich immer das Gefühl: „Okay, ja das könnte dich auch erfüllen dieses Fach. Das ist bestimmt geil, wenn du das MACHST“ Und das ist für mich nicht so, dass ich denke: „Hmm, welches Fach wird es denn letztendlich, welches ist das kleinere Übel?“, sondern ich denke so: „Ja irgendwie, welches Fach nimmst du, dass du nachher nicht denkst: ‚Hättest du doch das andere Fach genommen‘ “. Also DAS finde ich schwierig, sich dafür dann nachher zu entscheiden. (10:45)

I: Was würde denn deine Wahl erleichtern? (10:59)

B: Was meine Wahl erleichtern würde? Ich weiß nicht. Ich glaube, das kann man im Studium nicht/ dass es vielleicht noch mehr/ man noch mehr Praxis generell sammelt, weil man ja auch in Famulaturen/ Man kratzt quasi nur an der Oberfläche und man kann nur oberflächlich einige Sachen machen. Aber man kann jetzt nicht fachspezifische Sachen machen, die jetzt dann teilweise, vielleicht auch worauf es dann teilweise vielleicht auch ankommt, dass man die macht. Und man lernt natürlich auch nichts darüber, wie es ist nachher mit den ARBEITSverhältnissen? Wie sieht es aus, wo kann man hingehen? WAS kann man machen? Wie kann man sich spezialisieren? Wie sind die Jobaussichten und so? Das ist ALLES nichts, was so bei uns im Studium, wo da Wert drauf gelegt wird. Sondern nur auf das FACHLICHE und das ist glaube ich/ Ja ich glaube zu einem Job gehört auch viel mehr, als nur das Medizinisch-Fachliche, aber das ist halt schwierig zu vermitteln. (11:57)

I: Welche Famulaturen hast du denn gemacht und wo das Pflegepraktikum? (12:04)

B: Also mein Pflegepraktikum habe ich in der Nähe von meinem Heimatort gemacht. In der Neurologie. Dann habe ich Famulaturen gemacht, aber nicht an der Uni, sondern am Lehrkrankenhaus in der Kinderorthopädie. Dann habe ich Famulatur gemacht in der Viszeral-, Thorax-, und Gefäßchirurgie und in der Neurologie. (12:38)

I: Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch oder deine Gedanken, die du darüber hattest im Laufe des Studiums verändert? (12:48)

B: Sag ich mal so: Es ist immer/ hat immer/ ist immer so ein bisschen mitgegangen, was man jetzt so gerade im Studium hatte. Also so, weil DAS, was man jetzt gerade so gelernt hat was frisch ist, da denkt man sich dann: Habe ich mir bis jetzt immer so rausgesucht und habe mir da gedacht: „So, über dieses Fach würdest du gerne mehr erfahren“ Und habe mich dann für eine Famulatur beworben. Und dann war es generell meistens so, dass mir die Famulatur auch recht gut gefallen hat und wo ich dann gesagt habe: „Okay, könntest du dir vielleicht vorstellen“. (13:34)

I: Was würde denn beruflich absolut nicht in Frage für dich kommen? (13:38)

B: Beruflich absolut nicht in Frage kommen? Also, dass ich vielleicht/ vielleicht, dass ich irgendwann nicht mehr oder dass man nicht mehr mit Patienten zu tun hat. Dass man einfach, weiß ich nicht, dass man irgendwo angestellt ist in einer/ beim Gesundheitsamt, oder so was. Ja das würde mich/ würde mich absolut nicht reizen. Also irgendwie mit Patienten zu tun haben. Oder ja. Forschung fände ich auch ganz interessant, aber das würde ich auch ein Leben lang nicht machen. Also das fände ich nicht gut. Kann man mal zwei, drei Jahre machen, aber länger auch nicht. Sonst nur nebenbei. (14:24)

I: Wie empfindest du persönlich das Image der Chirurgie? (14:32)

B: Also ich glaube, dass teilweise/ (...) es wird halt, je nach dem wer/ wer das sagt, wird doch immer drauf rumgehackt: „Ja der Chirurg hat mal wieder das nicht gemacht. Der hat darauf nicht gedacht, sondern wollte nur schnell operieren und dies und das machen“ Natürlich wird es anders rum von den Chirurgen gesagt: „Ja dann kommt der Internist da an und ja er kann eigentlich gar nichts, so ne?“. Also das ist halt so irgendwie/ Jeder Fachbereich hat von sich eigentlich eine hohe Meinung und die anderen müssen sich da so ein bisschen unterordnen. Also es kommt halt ganz drauf an, wie man da/ wie man da spricht. Aber ich glaube schon, dass generell (...) das Image der Chirurgie gar nicht schlecht ist. (15:23)

I: Aber wie findest DU persönlich das Image der Chirurgie? (15:26)

B: Ich empfinde es als gut. Also ich glaube, dass man da durchaus angesehen ist, wenn man da Chirurg wird. (15:36)

I; Warum? (15:37)

B: Weil man PRAKTISCH Sachen/ Also man hat theoretisch einiges auf dem Kasten, aber man macht auch praktisch Sachen, die dann nicht jeder kann. Man hat ein Medizinstudium hinter

sich, hat aber trotzdem gar keine zwei linken Hände und kann es nur theoretisch. Sondern kann es auch praktisch. (16:02)

I: Was würdest du denn sagen, wie die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie wahrnimmt? (16:10)

B: Da würde ich sagen, ist es ja eher gemischt. Als ich glaube auch schon, dass es bei den Medizinstudenten – wie ich es gerade gesagt habe – schon diese Vorurteile gibt. Und je nach dem in welche Richtung man sich entwickelt, da dann auch anders drüber gedacht wird. Also ich GLAUBE allgemein ist es nicht ganz so gut, aber ich glaube nicht, dass die Internisten da besser dran sind. (16:38)

I: Was denkst du wie die Allgemeinbevölkerung das Image sieht? (16:44)

B: Ich glaube die Allgemeinbevölkerung sieht es eigentlich ganz gut. Also auch da kommt es darauf an, was für Erfahrungen die gemacht haben mit einem Chirurgen. Da, wo die da waren, haben die gerade ja/ Die Allgemeinbevölkerung hat ja eher dadurch, dass sie Unfälle haben und nicht so oft zum Internisten gehen, oft mit dem Chirurgen zu tun. Und dadurch, dass sie dem geholfen haben, ist das Image wahrscheinlich gut. (17:14)

I: (...) Was müsste sich denn ändern, damit du sagst: „Ja für mich kommt auf jeden Fall ein Facharzt in Viszeral- oder Allgemein Chirurgie in Frage“? (17:34)

B: Was sich daran ändern müsste (...). Ich/ ich/ ich weiß nicht, also für mich kommt/ für mich der/ für mich kommt der jetzt schon in Frage, nur (...) es ist halt für mich auch/ Ich denke mir: Willst du dann wirklich nur da den Bauch operieren, oder willst du/“ Generell ich finde das Schwierige ist, dann sich – egal welchen Facharzt man auswählt – man beschränkt sich auf einen Bereich. Ich glaube, wenn ich jetzt sagen würde: „Okay, ich hätte jetzt irgendwas, wo ich sage: ‚Okay ich/ (...) das ist eine OP, die finde ich so sehr, da will ich unbedingt noch was dran machen“. Dann würde ich auf jeden Fall mich für den Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie interessieren und da auf jeden Fall mitmachen. Aber ich glaube dazu hatte ich gar nicht die Chance. Also VIELLEICHT, wenn man eine Doktorarbeit macht, dass man dann so interessiert ist in diesem Fach, dass man auf jeden Fall dahin will, aber das kann ich nicht sagen. (18:51)

I: Kennst du denn neben dem Zertifikat, was du gemacht hast, noch irgendwelche Angebote für Studierende, die so einen Einblick in die Praxis gewähren, die jetzt aber außeruniversitär sind? (19:12)

B: Nein, eigentlich kenn ich die nicht. Nein. Also auch bei studentischen OP Assistenten habe ich nur über die Uni erfahren. (19:25)

I: Wenn du denn so ein Angebot kennen würdest, unter welchen Umständen würdest du an sowas teilnehmen? (19:36)

B: Also ich würde daran teilnehmen, wenn mich das Thema interessiert. Es darf natürlich nicht zu viel kosten. Also ich will jetzt nicht sagen, dass das umsonst ist. Aber wenn man jetzt sagt: 500 Euro für vier, fünf Tage. Dann kann ich auch dafür Urlaub machen, wahrscheinlich. Dann ja/ Das würde ich dann vielleicht machen, wenn man/ wenn man selber Geld verdient. Und das wäre es wahrscheinlich so. (20:07)

I: Was hat dich denn damals zur Teilnahme an diesem Zertifikat bewegt? (20:15)

B: Also wir hatten das FACH oder die VTG Chirurgie war natürlich in den Studenten-Unterricht eingebunden. Und da bestand dann die Möglichkeit einer Famulatur. Und da wurde dann nachgefragt, ob ich dieses Zertifikat machen wollte. Und dann Studentischer OP Assistent zu sein. Und dann habe ich gesagt: „Ja okay, habe ich noch nichts von gehört. Hört sich interessant an. Das würde ich machen“. (20:44)

I: Wann war das genau, als du das gemacht hast? (20:48)

B: Das war im August. (20:52)

I: Welches Semester, warst du dann? Im sechsten? (20:58)

B: Ja. (20:00)

I: In welcher Klinik hast du den praktischen Teil absolviert? (21:08)

B: Da wo ich in Neurologie famuliert habe. (21:08)

I: Und wie hat das mit der Anmeldung funktioniert? (21:11)

B: Da wurde gesagt: „Melde dich da an.“ Und dann habe ich da einfach nur die Bewerbung hingeschrieben und dann/ Ja war eigentlich einfach so. Kam jetzt keine Rückfrage. Der Zettel war sehr einfach gestrickt, da musste man nur drauf schreiben und fertig. (21:32)

I: Was dachtest du denn vorher, was dich in dem Kurs erwarten würde? (21:37)

B: Also ich dachte, ich sehe auf jeden Fall viele OP's. Bin viel im OP-Saal und/ aber ich hatte gehofft, dass man wenigstens ein bisschen was vom Stationsalltag mitbekommt. Und das war auch so letzten Endes, dass man da/ (...). (22:03)

I: Weißt du noch wie der Kurs aufgebaut war und welche Inhalte gelehrt wurden? (22:09)

B: Ja so ungefähr. Aber ich kann es jetzt nicht mehr/ Also es wurde auf jeden Fall/ ja erst mal wurde Einführungen gegeben und das war so bei uns, war das nicht so eine Anfangs-Woche. Sondern irgendwie da wurde dann nach und nach aufgebaut aufeinander. Dann gab es irgendwelche Zugangsverfahren in den Bauch. Gibt es jetzt/ Dann hatten wir so ein/ Wir haben so einen Laparoskopie-Trainer. Da konnten wir dann selber auch mal so tun, als wäre man dann selber Chirurg und stände dann selber am Tisch und assistiert nicht nur. Wir haben natürlich über die häufigen, wie Gallenblasen oder Appendizitis. Da haben wir auch was drüber gehört auf jeden Fall. Instrumenten generell/ Instrumentenkunde, also was für Instrumente gibt es im OP. Wie setzt man die ein und so auch. Und sonst, wüsste ich jetzt nicht. Wahrscheinlich hatten wir noch irgendwas, kann ich mich nicht mehr dran erinnern. (23:17)

I: Wie hat dir der Kurs denn gefallen? Was war am besten, was am schlechtesten und was würdest du anders machen? (23:26)

B: Also, ich fand gut, dass man generell so, wie bei JEDER Famulatur eigentlich generell so eingebunden wurde. Aber, dass man auch viel im OP war. Das hat mir dann sehr gefallen. Und ja das auch, das war aber bei meiner ersten Famulatur nicht so. Dass man auch ein bisschen was Lehre quasi dazu, zu dem, was man gerade macht und was vielleicht auch ein bisschen praktischer ist, dazu bekommen hat. Das war ganz gut. Besser machen würde ich vielleicht/ generell vielleicht die Organisation von dem Ganzen. Dass man/ dass man sagt: „Okay, weil alle sind gerade eingebunden in den Alltag“ Und das hat ja nicht nur einer dann, weil wir waren ja mehrere Famulanten und dann war es immer schwierig Termine zu finden. Und das auch der Arzt dann konnte. Und dann kam dieses und jenes dazwischen. War immer nicht ganz so einfach. Ja. (...) Das war ganz cool. Aber die Ärzte wussten dann schon, wie man einen einbindet am besten. Und was man dann am besten noch machen kann und was man nicht machen sollte. Also, war ganz cool. (24:46)

I: Wie haben dir denn die Lehrmethoden gefallen? (24:50)

B: Doch, das fand ich/ fand ich auch/ Da hat ja jeder seinen eigenen Stil, aber die waren alle voll bei der Sache. Waren begeistert und hatten auch Bock darauf das zu machen und deswegen fand ich es gut. (25:09)

I: Welchen persönlichen Nutzen ziehst du denn jetzt aus der Teilnahme an dem Kurs? (25:17)

B: Persönlichen Nutzen? Also ich weiß auf jeden Fall jetzt, dass das FACH auf jeden Fall was für mich ist. Und ich denke auch, dass/ Also man hat ja jetzt auch weiter Chirurkurse/ Also das ist ja man lernt/ man lernt ja während des Studentischen OP Assistenten, lernt man ja so was. Und erst ist dann das erst/ ist man einem vielleicht gar nicht so bewusst, dass man wirklich

so viel MITGENOMMEN hat. Aber gerade in Vergleich zu anderen, die das nicht gemacht haben, merkt man dann doch im Unterricht: Okay du hast auf jeden Fall MEHR Ahnung jetzt davon, als die. Du kannst da schon ein bisschen auf einer anderen Ebene reden als die anderen. Weil du jetzt wirklich schon öfter mal dabei warst. (26:07)

I: Denkst du denn, dass der/ Ah Moment. Sorry. Wurden denn deine Erwartungen erfüllt generell, die du hattest? (26:20)

B: j

Ja doch, die wurden erfüllt. (26:23)

I: Denkst du denn, dass der Kurs dir genügend Einblick in die Chirurgie gegeben hat? (26:30)

B: Ja, das, was im Rahmen eines Monat so leisten kann, hat er auf jeden Fall genügend Einblicke gegeben. (26:40)

I: Und kannst du nochmal genau sagen, inwiefern die Teilnahme an dem Zertifikat deine Entscheidung für das Fach beeinflusst hat? (26:58)

B: Es war einfach so, dass man generell in/ in Famulaturen ist ja so/ Also habe ich ja schon gesagt. Man guckt, ob das Fach was für einen ist. Und das war auch in dieser Famulatur so. Und ja, da ich GENERELL schon Bock habe Chirurg zu werden, war es halt echt gut, dass man dann auch mal viel Zeit im OP verbracht hat. Weiß wie das so ist. Da läuft das ja alles etwas anders, als wenn man viel auf Station ist oder in Ambulanzen oder so. Da verbringt man einfach viel ZEIT im OP und merkt dann auch: „Okay ist das was für einen? Kann ich jetzt irgendwie da DREI, vier Stunden am Tisch stehen und ja quasi mich wenig bewegen? Oder dann auch die ganze Zeit die Konzentration aufrechterhalten? Und ja/ Und ist es wirklich so abwechslungsreich, wie ich mir das vorstelle?“ Und das war es auf Jeden Fall. (28:03)

I: Würdest du denn an einem ähnlichen Angebot, wie der studentische OP Assistent, noch mal teilnehmen? Und wenn ja warum, und wenn nein warum nicht? (28:12)

B: Also ich würde nochmal dran teilnehmen. Wahrschein/ Also, ob ich jetzt noch mal an genau denselben Programm teilnehme, weiß ich nicht. Hatte ich ja schon, ne? Aber wenn es nochmal einen so ähnlichen Kurs oder ein weiterführendes Programm, beispielsweise im PJ oder so, würde ich das auf jeden Fall nochmal machen. Weiß nicht, ob man da vielleicht dann einen anderen Schwerpunkt legen kann oder so, weil/ Also generell hat es mir ganz gut gefallen. Und dann denke ich: „Wenn man dann noch mal ein bisschen andere Einblicke bekommt. Ist vielleicht nicht schlecht“. (28:54)

I: Welchen Fachbereich würdest du da favorisieren? (28:58)

B: Generell vielleicht Thoraxchirurgie oder Unfallchirurgie oder so. Zusätzlich? (...) (29:12)

I: Welche Nationalität hast du? (29:13)

B: Deutsch. (29:14)

I: Wie alt bist du? (29:16)

B: 22. (29:17)

Transkript K1, weiblich, 27 Jahre, 2. Semester

I: Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:14)

B: Also, grundlegend war es nicht so, dass meine Eltern irgendwas Medizinisches gemacht haben. Wir haben/ Also ich habe Abitur gemacht und während meiner Schullaufzeit habe ich verschiedene Praktika gemacht. Und erst hatte ich eigentlich gedacht, so der Mädchentraum irgendwie Tiermedizin (lacht) zu studieren. Nach dem Praktikum wusste ich aber: Nein, das ist

es nicht. Und dann war ich im OP zum Praktikum. Das fand ich einfach super spannend (überlegt). Die Arbeit/ Also die interdisziplinäre Arbeit zwischen den ganzen Fakultäten und Krankenschwestern, Ärzten, Chirurgen. Und da habe ich mir überlegt: Gut, das ist doch was, was mich interessiert. Und dann hat LEIDER wegen des NC's nicht geklappt und dann habe ich die Krankenpflegeausbildung vorher gemacht. Achja und vorher habe ich noch ein FSJ im OP in der Anästhesie gemacht. Und dann war ich mir eigentlich ziemlich sicher, dass ich das machen wollte. (01:15)

I: Wann war das Praktikum, das du im OP gemacht hast, zu wie alt warst du da? (01:22)

B: Das war glaube ich so mit 16, 17. (01:24)

I: Also während der Schulzeit? (01:26)

B: Genau, während des Gymnasiums. (01:28)

I: Im wievielten Semester befindest du dich aktuell? (01:32)

B: Ich bin jetzt erst im Zweiten. (01:34)

I: Wie lässt sich denn dein Studium mit deinem Privatleben kombinieren? (01:40)

B: Also grundlegend muss ich sagen, dass es schwierig war (überlegt) wieder sich an den Schreibtisch zu setzen. Also ich habe ja schon drei Jahre Ausbildung hinter mir, da war man noch nicht so weit weg von der Schule. Und dann habe ich drei Jahre praktisch schon gearbeitet. Und (...) da war jetzt wirklich die Herausforderung, die (...) das/ Also die Anforderung vom Studium mit noch so Sozialleben zu vereinen (lachend). Aber da ich ein recht gut strukturierter Mensch bin, hat das immer ganz gut geklappt. Also ich bin ja immer noch im Herzen Krankenschwester und stehe recht früh auf. Was andere Studenten vielleicht nicht so machen. Und lerne vormittags, vor den Vorlesungen. Dann gehe ich zur Uni und habe quasi dann abends noch Zeit, was Schönes zu machen. Mich dafür zu belohnen. Also das war jetzt am Anfang auch noch nicht so anstrengend hier im ersten Semester, da habe ich Glück. In anderen Studienorten geht es im ersten Semester schon mit Anatomie los. Da habe ich Glück. Das war quasi so der AUFTAKT für den Rest des Studiums und das war ein ganz netter Einstieg. Und ja. Also das Sozialleben habe ich im ersten Semester noch richtig viel gehabt. Das war sehr angenehm. Ich konnte sehr viele neue Leute kennenlernen. Wir waren öfter auf Konzerten. Wir sind jetzt auch zusammen für Festivals verabredet und so. Also im ERSTEN Semester hier ging es noch recht gut. ABER das habe ich mir auch nur geleistet – sage ich mal – weil ich vorher fleißig war. (03:17)

I: inwiefern warst du fleißig? (03:22)

B: Also ich habe mein Pensum an Lernen geschafft. Und wenn das dann eben fertig war, bin ich abends ins Kino gegangen, zum Sport, Unisport oder so. Oder eben auch mal mit meinen Freunden mich verabredet, die dann auch Zeit hatten. Also das war quasi meine Belohnung, wenn ich mich an den Schreibtisch gesetzt habe. Und klar, muss man auch mal sagen: „Ja ne heute Abend nicht“, ne? Weil man eben noch was zu schaffen hatte. Aber ich finde (...), dass wenn man irgendwie acht Stunden GELERNT hat oder was gelesen hat oder was für die Uni gemacht hat, irgendwie ein Referat oder Praktika vorbereitet, dann reicht es auch. Und dann darf man auch gerne so ein bisschen work-life-balance ausprobieren. Das habe ich ganz gut hingekriegt. (04:06)

I: Hast du denn zur Zeit einen Nebenjob oder hattest du einen während der Zeit deines Studiums? (04:14)

B: Ja ich habe (überlegt) noch einen Nebenjob auf 450-Euobasis und bin quasi Intensivkrankenschwester bei Patienten, die Heimbeatmet zuhause sind. Man macht da nur Nachtschichten und das sind dann drei im Monat. Und damit habe ich dann die 450 Euro und das ist dann ganz angenehm. Da musste ich allerdings SCHON ein, zwei Mal die Nicht-Pflichtvorlesung ausfallen lassen, weil ich dann halt tagsüber geschlafen habe. Und da habe ich mir auch die DATEN richtig rausgesucht. Am Wochenende wäre es natürlich praktischer, wenn ich da arbeiten kann, aber da sollen dann eher die Festangestellten die Nachtzulage vom Wochenende kriegen. Da

guckt man als Student so ein bisschen in die Röhre. Aber ist trotzdem zehn Mal besser, als irgendwo kellnern zu gehen. Ich bleibe ein bisschen im JOB und es ist natürlich auch besser vergütet. Weil ich hatte zu Beginn dann auch noch eine Zweiten Nebenjob. Und das war so ein Fahrdienst an der Uniklinik. Für quasi die Patienten, die in der Notfallaufnahme sind. Dann an die/ In die anderen Häuser, weil es nicht einhäusig ist, zu bringen. Neurologie oder Augenklinik oder so. ABER mir wird leider sehr schlecht in diesem Auto und das konnte ich dann nicht weiter machen (lachend). Und im Endeffekt war es auch ganz gut, dass ich nur eine Baustelle hatte. Und mit der Finanzierung ist das jetzt ganz praktisch, weil ich habe ein Stipendium gekriegt. Bin da ganz glücklich. Mach dann aber trotzdem noch die Nachtschichten. Habe jetzt nicht mehr so den Druck immer drei Nachtschichten zu machen, weil jetzt im Moment/ Das zweite Semester ist schon sehr viel anstrengender als das Erste. Und ich habe jetzt diesen Monat nur zwei Nachtschichten und da muss ich jetzt mich nicht drum kümmern: „Oh Gott. Hoffentlich kriege ich jetzt noch die dritte rein?“. Ist ganz angenehm. Dann mache ich diesen Monat nur zwei. (06:09)

I: Wie lange geht immer so eine Nachtschicht? (06:11)

B: Das sind 12 Stunden. Von acht bis acht. Also ist schon anstrengend. Allerdings ist es ja nur EIN Patient und nicht 30, wie auf einer normalen Station. Und nachts schlafen die ja eben auch und (überlegt) man kümmert sich dann eben intensivpflegerisch um die. Also Beatmung, Absaugen, Frischmachen, Betten. Solche Sachen. Medikamente. Ableiten und so. (06:37)

I: Und wie oft und wie lange hast du das immer mit dem Fahrdienst gemacht? (06:41)

B: (stöhnt) Das mit dem Fahrdienst habe ich ehrlich gesagt nur einen Monat ausprobiert, weil mir dann – wie gesagt – ja so schlecht wurde in diesen Autos, wenn man dahinten mit dem Patienten sitzt. Weil ich durfte die ja nicht fahren als Neuling. Also das sind 3,5-Tonner, die darf ich auch fahren mit meinem Führerschein, allerdings sollte man erst mal ein paar Mal mitgefahren sein. Das habe ich einen Monat lang ausprobiert und dann habe ich gesagt: „Nein das geht nicht“ (lachend). Und dann habe ich dann/ Also das wäre von den Arbeitszeiten aus blöd gewesen. Das wären immer nur vier Stunden gewesen und jeden Tag dahin fahren und vier Stunden arbeiten, nur um seine Stunden voll zu kriegen. Das war mir dann auch zu/ zu gestaffelt in der Woche. Weil wenn man sich mal einen Tag wirklich hinsetzt und fleißig/ fleißig ist und intensiv lernt, dann ist das mal ganz angenehm, wenn man noch mal eine kurze Pause machen kann und nicht denkt: „In drei Stunden muss ich schon wieder arbeiten gehen“. Deshalb war es im Endeffekt auch ganz gut. (07:39)

I: Und das Stipendium? Welches war das und wofür? (07:44)

B: Also das ist ein Aufstiegsstipendium für Studenten, die schon eine Ausbildung hinter sich haben und mindestens zwei Jahre gearbeitet haben. Da habe ich mich im Oktober schon für beworben. Musste ich meine Zeugnisse hinschicken. Da konnte man sich mit einem Einschnitt von der Ausbildung qualifizieren und den hatte ich. Und danach gab es so einen Kompetenztest. Also wie geht man mit Kritik um, wie (überlegt)/ Also auch die Motivation (lacht) hinter dem Studium. Wie geht man mit Kritik um, wie lernt man? Also im Endeffekt wollten die nur testen, ob du das wert bist in dich Geld zu investieren und nicht schnell aufgibst. Weil die Abbrecherquote ist wohl recht/ prozentual höher von den Leuten, die schon eine Ausbildung gemacht haben und Geld verdient haben. Schon so einen Alltag hatten und nicht direkt von der Schule kommen und direkt weiterlernen im Medizinstudium. Und ja, da habe ich jetzt vor einem Monat die Zusage bekommen. Und bin ganz glücklich. Deswegen. (08:54)

I: Was ist denn die Motivation für dein Studium gewesen? (09:00)

B: Also die Weiterbildungsmöglichkeiten als Krankenschwester sind recht/ Also als Krankenschwester ist das echt gering. Ich habe schon in einem Spezialbereich gearbeitet. In einem Funktionsbereich der Anästhesie. Habe für mich selber quasi nochmal VIEL zuhause gelernt dafür, weil die normale Ausbildung zur Krankenschwester/ Zum Gesundheits- und Krankenpfleger, wie es ja geschützt heißt, hat quasi nur zehn Prozent von dem abgedeckt, was ich da machen musste. Also ich habe ja mit beatmeten Patienten zu tun gehabt. Unfallmanagement, Schmerztherapie und das war einfach SO viel mehr. Ich hatte damals einen richtig tollen Mentor. Der hat mich da sehr an die Hand genommen. Hat aber auch sehr viel erwartet von mir. Das war ganz/ ganz angenehm, dass da jemand auch hinter einem GESTANDEN hat (lachend)

und nachgefragt hat, ob du denn auch was gelernt hast. Und die Praxis hat einen natürlich auch super geformt. Das hat mir gezeigt: „Okay du kannst auf jeden Fall mehr und auch wenn das Geld knapp ist. Und die Sicherheit, den Teamgedanken, den man dann entwickelt, die tollen Kollegen die man dann hat. Das war wirklich so, dass man, ja, im Team gearbeitet hat und aufeinander zählen musste. Weil in der Notfallsituation geht es halt nicht, dass da einer nicht mitmacht. Und das war vom Gefühl zum Team dazuzugehören. Dachte aber trotzdem: Okay, du kannst noch mehr. Die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten hat mir das auch nochmal bestätigt, dass das vielleicht doch ganz angenehm nicht nur Assistent zu sein, sondern vielleicht auch mal dann Entscheidung zu treffen, hinter denen du stehst und nicht immer nur weisungsbefugt/ also/ also selber weisungsbefugt zu sein, als immer die Durchführung zu haben. Es gab dann auch die Möglichkeit die Fachweiterbildung zur Intensiv- und Anästhesiekrankenschwester zu machen. Allerdings hätte ich die selber bezahlen müssen. Und ja, das ist schon recht viel Geld, was man da reinsteckt (überlegt) und im Endeffekt nicht wieder rauskriegt. Also da war für mich (...) die ZEIT noch ein bisschen zu warten, bis ich einen Medizinstudienplatz bekomme attraktiver, als zu Wissen ich stecke 10.000 Euro rein und kriege pro Monat 80 Euro netto wieder. Kann man sich ja ausrechnen, wie lange das dauert bis sich das rentiert. Und (...) ja ich habe darauf gehofft, dass das klappt. Und habe/ Ich werde auf jeden Fall nicht so schnell aufgeben muss. Es gab schon Moment, wo ich dachte „Ach Mensch, jetzt nochmal so ein angenehmer Frühdienst und danach nach Hause gehen und Freizeit haben und nicht den ganzen Tag an der Uni. Und dann noch nach Hause kommen und denken: Okay jetzt musst du aber noch einiges lernen, damit du den Anschluss nicht verlierst. Ja. (...) So gerne ich wieder arbeiten wollen würde als Krankenschwester, so gerne möchte ich auch nicht mehr als Krankenschwester arbeiten, momentan. (12:08)

I: Kann das sein, dass du den Hörer anders hältst als eben? (12:14)

B: Nein eigentlich. Ich habe nur mein Headset reingemacht. Aber schon seit Anfang an. Wenn das nicht gut ist mache ich das ans Ohr. (12:25)

I: Sag mal was. (12:29)

B: Ich sag mal was. (12:30)

I: Ja. Boah viel besser. (12:33)

B: Also ich habe nichts verändert. Manchmal ist das ja einfach so. (12:37)

I: (überlegt) Ich muss mal eben gucken. So, wie gefällt dir denn dein Studium? (12:48)

B: Also (lacht). Momentan ist es so, dass es viele Sachen sind, die mich anstrengen. Weil das einfach nicht praxisbezogen ist. An meinem Studienort ist nicht der moderne Studiengang, wo halt schon im ersten oder zweiten Semester recht viel Praxis mit reinkommt. Beziehungsweise die großen Fächer, die es jetzt bis zum Physikum, bis zum Ende des vierten Semesters gibt, sind ja überall nur die. Sind einachfach sehr (..) ja (...) sehr dröge, ne? Es ist halt Mathe, Physik, Biochemie, solche Sachen. Jetzt im zweiten wird es doch viel interessanter, muss ich sagen. So Biochemie, die ganzen Abläufe im Körper, wie das so funktioniert, ohne dass wir das ja eigentlich wissen. Ist schon sehr spannend, ist super viel, aber das fällt mir sehr viel leichter zu lernen. An sich: Der Zusammenhalt von den Studenten, das, was man hier geboten kriegt, das ist schon wahnsinnig toll. Also das ist eine Erfahrung, die ich auf jeden Fall nicht hätte missen wollen im Studium. Und (...) ich bin eigentlich positiv überrascht (lacht). Wie das hier in ein so einer Klein/ So ein kleiner Studienort ist. Da ist der Zusammenhalt zwischen den Studenten ist wahnsinnig groß. Die höheren Semester helfen uns. Es gibt Foren, wo man sich engagieren kann und das war alles ja wie so eine Großfamilie, sage ich mal so. Und einem wird auch Mut gemacht, dass es besser wird nach der Vorklinik (lachend). Das ist ganz angenehm, also man hat das Gefühl, man ist nicht alleine. Das ist ganz schön. Und (überlegt) ich glaube nächstes Semester, wenn es so richtig ans Eingemachte geht, fühlt man sich als ob man ankommt. Also, wenn die Makroanatomie im Präpkurs kommt, dann (...) hat man glaube ich das so richtig erst geschnallt, dass man jetzt nicht mehr arbeitet und studiert. Also ICH find/ ICH find es super. (14:57)

I: Was gefällt dir denn am besten und was gefällt dir gar nicht? (15:04)

B: (Überlegt) Ja was halt gar nicht/ Also was eben schwierig war, das Organisieren von der ganzen Zeit, die du hast. Es kontrolliert ja keiner, ob du in die Vorlesungen gehst oder nicht. Es kontrolliert keiner, ob du dich kümmerst, um deine Ausbildung, mehr oder weniger. Und ja das/ das war schwierig am Anfang. Was mir nicht gefällt da dran? Weiß nicht. Es ist ja meine eigene Verantwortung, wie ich damit umgehe und das ist wahrscheinlich dann auch keinem auffallen von der Uni jetzt an sich, wenn ich jetzt auch einfach nicht mehr komme. Dann sagen die: „Gut eine Nummer weniger und/ und fertig“. Was mir besonders gut gefällt ist, dass ist hier der Zusammenhalt, dass einem als Student auch super viel geboten wird. Wir müssen uns nicht die ganzen Bücher kaufen. Die Uni bietet uns eine Internetplattform, wo wir lernen können. Die Bibliothek. Wir können viele E-Books runterladen. Dann ist es ja quasi unseres. Wir müssen es nicht kaufen. (...) Also das ganze Studentenleben (lachend) an sich ist eigentlich ganz angenehm. Es ist ein bisschen, wenn man sich/ Wenn man sich gut strukturiert, hat man auch in den schwierigen Zeiten – sprich den Klausurphasen – auch noch viel Zeit, und ja. Ich glaube so viel Zeit hatte ich auch lange nicht mehr (lacht). Vorher mit meinen 70-Stundenwochen, die ich gearbeitet habe. Und ja, dass man auch viele, viele verschiedene Leute kennengelernt hat. Ich meine, ich bin jetzt eine von den Älteren, oder so. Von den Mittel-Älteren, die jetzt angefangen haben. Es gab noch welche, die 16 waren, die dann begonnen haben zu studieren. Und ja, das ist/ Ja, wie so eine große Familie. Ich war eben auch noch bei jemandem beim Umzug helfen. Und dann feiert man demnächst nochmal nach der Klausur zusammen (lachend). Das ist echt ganz schön. (16:59)

I: Hast du denn Verbesserungsvorschläge, was dein Studium angeht? (17:05)

B: Ja, also ich habe natürlich keine Vergleichsmöglichkeiten, ne? Also wenn man hört, dass der moderne Studiengang nicht so dröge ist und einfach ein bisschen mehr praxisbezogen. Das hat bestimmt auch irgendwelche Nachteile, die ich jetzt auch nicht kenne. An sich, die Stadt hier ist so ein bisschen/ Das ist so ein bisschen outgesourcet quasi, die Mediziner hier. Die macht nicht allzu viel für die Studenten. Also Busverbindungen sind ganz schlecht. So die Uni an sich ist auch recht alt. Aber das sind jetzt so Dinge, die ja so vom Geld abhängig sind. Die man jetzt wahrscheinlich erst mal nicht so schnell verändern kann. Ansonsten (...), also von den/ von den Dozenten und von der groben Struktur, wie es aufgebaut ist, wie die uns an die Sachen ran führen, finde ich das wirklich toll. Auch so dieses große Thema gerade Biochemie, vor dem alle Angst hatten, weil das so viel ist. Und wenn man alles lernen will, dann kann man ja ein eigenes Studium daraus machen. Und dann wird dann schon gesagt, was wichtig ist, und was es nicht ist. Das fand ich sehr angenehm, dass man uns da auch ans das Thema ranführt. Enzyme arbeiten sehen, wie man das Messen kann und dann bleibt es einfach auch ein bisschen besser im Gedächtnis. Verbesserungsvorschläge. Ja. Ich weiß es nicht so genau. So lange studiere ich ja noch nicht. Also die Asta ist ja auch recht aktiv. Also die Studentenvereinigung und man merkt, dass es so ein bisschen schon im Umbruch ist, was/ dass es Verbesserungen gibt. Dass der Bürgermeister auch mal an uns Studenten denkt. Vielleicht das an für sich. Ansonsten hatten wir jetzt auch nicht so viele Pflichtveranstaltungen, die unnötig waren. Joah, schwierig. Müsste ich mir nochmal genauer Gedanken drum machen. Bin ich ehrlich. (19:06)

I: Also du studierst den Regelstudiengang? (19:10)

B: Genau, ja. (19:12)

I: Inwiefern denkst du denn, dass jetzt deine Studienzeit relevant für deinen Karriereverlauf ist? (19:20)

B: Ob ich jetzt in Regelstudienzeit studiere oder wie meinst du? (19:27)

I: Die Zeit jetzt während des Studiums. Das, was du lernst, was du Erlebst – einfach alles. Inwiefern DAS relevant für deine Karriere ist. (19:36)

B: Also ich denke, dass die Zeit vor dem Studium auch schon relevant für meine Karriere ist. Also im Endeffekt habe ich mir vor dem Studium auch so ein bisschen Stress gemacht: „Okay jetzt bist du schon 25. Jetzt muss es mal langsam losgehen“. Man rechnet dann ja immer drauf wie alt man ist, wenn man fertig ist. Weil jetzt selbst in Regelstudienzeit, sind es einfach sechseinhalb Jahre. Und jetzt habe ich mit 27 angefangen (stöhnt) und meine Kollegen haben allerdings auch gesagt: „Gut, da guckt dann hinterher keiner mehr nach“. Ich habe ja vorher nicht bei Aldi an der Kasse gearbeitet, sondern mit Menschen und auch schon super viel gesehen.

Ich war ja quasi schon sechs Jahre lange im Krankenhaus, plus noch ein FSJ. Also sieben eigentlich. Und da ist man mit dem klinischen BLICK, wie es so heißt, den man nicht im Studium lernen kann, von den Leuten die direkt vom Abi kommen schon ein bisschen voraus. Ich sage jetzt nicht, dass ich besser bin (lachend), als die oder so. Sondern, dass ich/ dass ich quasi Zeit davor, vorher auch nicht vertan habe, so für mich. Man muss sich einfach auch unabhängig von den anderen machen. Das musste ich hier auch erst lernen. Wenn man hört: „Ich habe so und so viel gelernt. Der andere hat so und so wenig gelernt“. Das ist EGAL, weil ich weiß, die reden eh nur und das, was ich mache zählt. Weil ich werde den Studiengang durch und die Zeit, die ich hier verbringe (überlegt) und in der ich was lerne/ Also ich habe mir vorgenommen, also das was ich hier mache, auch zum Beispiel auch die Vorklinische Fächer, wo eigentlich ALLE sagen: „Das brauchst du nie wieder, das ist ganz egal, ne? Da musst du einmal durch und dir das irgendwie reintun in den Kopf und dann ist eh egal“. Das sehe ich nicht ganz so. Ja es ist so, dass man jetzt auf die Klausur auf den Punkt hin super vorbereitet sein muss. Und so gut kennt man das Thema dann wahrscheinlich nur noch zum Physikum und danach wird es weniger. Weil ich bin eben kein Biochemiker und ich möchte später auch nicht im Labor arbeiten. Das weiß ich für mich schon. Aber es ist so, dass ich das, was ich lerne, auf Verständnis lerne und dann auch nicht alles, weil das schafft man dann nicht. Und auch nicht so ins Detail, aber das man mich/ Wenn man/ Also vieles zumindest/ Wenn man mich in zwei Jahren fragt: „Wie war das nochmal mit dem Glukoseabbau- aufbau?“, dass ich dann grob weiß, das und das passiert, aus dem und dem Grund, und dann und dann nicht. Und wenn das nicht funktioniert, dann stimmt was nicht. Und dann hat man die und die Erkrankung. Also das ist schon mein/ ja mein Ziel. Ob ich das Studium in REGELstudienzeit abschließen, weiß ich nicht. Also wenn ich nicht mehr zu viel Zeit vor dem Physikum habe, hätte ich jetzt auch kein Problem ein halbes Jahr auszusetzen und mich in der Zeit richtig gut vorzubereiten auf das Physikum. Weil man hat eben nur drei Versuche. Und dann wäre mir jetzt auch das halbe Jahr in dem Punkt egal. Ob ich das jetzt dann mir auf die Fahne schreibe, ob ich das in Regelstudienzeit geschafft habe oder nicht. An sich denke ich, dass die vielen Menschen, die man hier nochmal kennenlernt, auch super wichtig sind. Dass man seinen Horizont erweitert. Also ich bin in meiner Jugend auch viel umgezogen mit meinen Eltern, weil die eben im Außendienst waren. Ich habe schon mal über den Tellerrand geguckt. Ich war nicht mein ganzes Leben lang in meinem letzten Heimatort und dann bin ich weggezogen. Sondern habe hier jetzt auch viele Leute kennengelernt. Also das ist super interessant sich mit den Leuten zu unterhalten. Viele haben ein paar Jahre im Ausland gelebt, schon was anderes studiert. Oder haben/ haben abgefahrene Hobbies und/ Also, als ich hier hingekommen bin, hatte ich wirklich das Gefühl alle sind super offen. Suchen ja natürlich auch Anschluss. Man kommt in eine WG, man wohnt dann da. Oder man geht auf eine FEIER und man kommt ins Gespräch. Klar ist man nicht best friends mit allen, das habe ich auch nicht erwartet, aber (...) ja. Man ist/ man hat das Gefühl, man kann seinen Horizont wahnsinnig erweitern. Dann bin ich jetzt auch ein neues Bundesland gezogen. 500 km von meiner Heimatstadt entfernt und habe hier schon einiges erkundet mit der Clique, die ich hier/ mit der ich mich angefreundet habe. Und wir sind recht aktiv. Ja auch so ein bisschen was Neues kennenzulernen, ein bisschen rumzuschauen, nach Frankreich zum Beispiel. Oder hier auch einfach so. Die Hauptstädte, Weihnachtsmärkte haben wir abgeklappert. Wir haben einfach auch was anderes gemacht, weil wir wussten von den höheren Semestern, dass wir im ersten Semester auch noch Zeit dafür haben. Das war das Angenehme. Ja, und wenn man dann hier während des Studiums auch noch eine Doktorarbeit schreiben möchte – habe ich auch vor -/ Ich meine die Mediziner haben es jetzt auch echt nicht SO schwer eine zu schreiben. Also, wenn man da an die Pharmazeuten oder Biologen denkt, die haben ja da fünf Jahre für, oder drei. Und wir haben ein Freisemester (lacht) und da wird irgendwie erwartet, dass wir da was machen. Ob wir es wollen oder nicht. Es ist halt da. Und wenn man dann vorher schon irgendwie schafft damit anzufangen hätte ich jetzt auch kein Problem in diesem Freisemester ein bisschen rumzureisen – irgendwie nach Südamerika, hatte ich mir vorgenommen mal zu machen. Und DA ich schon gearbeitet habe und weiß, wie hart das Krankenhaus auch zu einem sein kann, hätte ich auch kein Problem das im Studium ein bisschen, weil ich weiß, dass man dann so viel Zeit hat, das auszunutzen. Ja und dann ist man irgendwann hoffentlich mal FERTIG und auch noch Lust zu arbeiten (lacht). Ja, so habe ich mir das vorgestellt. (25:25)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen? (25:35)

B: Also da haben wir eigentlich jede Woch/ Alle zwei Wochen glaube ich kriegen wir auch (...) Daten vom Studiendekanat und jetzt von der Stipendieninstitution kriegt man auch super viel zugesandt, was attraktiv später wäre. Man kann auf/ ja man kann auf Tagungen fahren, oder

eben sich auch ja Vorlesungen noch zu einem Thema anhören. Das ist ganz spannend. Und ich habe jetzt so eine ungefähre Richtung wo es hingehen soll, aber das steht noch alles in den Sternen. Ich habe ja längst nicht alle Fakultäten gesehen und was mich interessiert. Ich kann für mich einige Sachen AUSSchließen und lass mich aber auch noch gerne eines Besseren belehren. Also ich weiß auf jeden Fall, dass Landärzte super viel gesucht werden, weil das niemand machen möchte. Und ja so im Gesundheitswesen ist ja sowieso vieles im Umbruch. Ich informiere mich da momentan noch nicht so. Weil das einfach noch so weit weg ist, dass wenn man halt fertiger Arzt ist. Also eine grobe Richtung hat man natürlich. Aber die Angebote sind da sich zu informieren, das auf jeden Fall. (26:50)

I: Und was willst du denn später machen aus einer jetzigen Sicht? (26:54)

B: Also ich finde Endokrinologie wahnsinnig spannend, das ist alles was innere Medizin/ so jetzt mit Hormonstoffwechsel. Was da klappt und nicht klappen kann. Da gibt es nächtlich nicht so viele Experten für und das interessiert mich an sich auch sehr. Dann wollte ich in dem nächsten Semesterferien auch einen Kurs für Akkupunktur belegen, um eben auch so ein bisschen ganzheitliche Medizin zu machen. Und nicht nur in einer Sparte zu sein und den Rest/ also die Scheuklappen aufzuhaben und den Rest nicht zu sehen. Das wäre so EINE Richtung. Und eine ganz andere Richtung wäre eben die Anästhesie. Das ist ja da, wo ich groß geworden bin im Krankenhaus quasi. Super spannend. Sehr, sehr viel Arbeit und man ist immer so abhängig vom Chirurgen, weil (...) keiner braucht einen Anästhesisten, wenn er keine OP haben muss als Patient. Und Notärztin will ich nicht sein, weil mir im Auto so schlecht wird (lacht). Also das wäre schwierig. Das wäre mir auf Dauer zu eintönig im Krankenhaus irgendwie. Wenn man noch Familie haben möchte, dann ambulant in so einem OP zuarbeiten, halbtags und eben so ein bisschen monotone Medizin zu machen, dafür wäre mir dann glaube ich der Weg, den man bis dahin eingeschlagen hat, zu anstrengend um dahin zu kommen. Um dann wieder so einen Rückschritt zu machen. Ich habe es ja gesehen in der Klinik, dass wenn nachher die Frauen einfach Kinder haben und eine Familie und nicht nur die ganze Zeit im Krankenhaus bleiben. Und die Frauen, die im Krankenhaus bleiben, keine Kinder und keinen Mann haben. Und die kennt man auch und so möchte ich später nicht werden (lachend). (28:36)

I: Kannst du denn nochmal benennen von welchen Faktoren dann so dein Berufswunsch abhängt? (28:42)

B: Also, ein Faktor ist, dass ich jetzt einfach auch schon sechs Jahre lang im Krankenhaus gearbeitet habe. Ich war ja in einem besonderen Bereich, der mich sehr interessiert und wo ich dann sagen kann: „Okay, Chirurgie wird es nicht sein für mich“. Das ist einfach zu sehr Ellenbogengesellschaft und ja. Ich habe einfach auch nicht so das Interesse daran zu schneiden. Sage ich es mal so. (...) Anästhesie ist ein Fach, das super vielfältig ist. Man hat einmal die Notfallmedizin, ne? Die Notfallärzte und die Anästhesisten, die Intensivmediziner auch. Man betreut die Patienten sehr intensiv. Man kann eben auch in die SCHMERZtherapie gehen. Die Ausschaltung von bestimmten NERVEN zum Beispiel mit Schmerzkatheter nach OP's, war super interessant. Wir waren ja auch viel im Kreißsaal, für die PD-Katheter für die werdenden Mamas, dass das nicht so weh tut. Dann eben auch das Trauermanagement, ne? Reanimation, Patienten, die dann nach einem Unfall ins Krankenhaus kommen. Die haben wir ja auch direkt betreut und ich war da ja Assistent quasi. Das hat mich sehr daran fasziniert, dass es so vielseitig war. Und (...) die Endokrinologie, was mich interessiert, ist schon eher auch so ein bisschen wie Detektivarbeit. Das sind Patienten, die oft auch schon eine längere Leidensgeschichte hinter sich haben, wo keiner weiß, woran liegt es? Und ja, das/ das interessiert mich, da zu gucken, was da falsch läuft. Und vielleicht auch mit anderen Ärzten zusammen. Mit dem Hausarzt oder auch mit vorherbehandelnden Ärzten so ein bisschen rauszufinden, wo ist denn jetzt eigentlich das Problem. (...) Für mich ist es jetzt nicht so interessant, wie der Chirurg, der sagt: „Jemand kommt mit einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus. Ich operiere ihn und er kann wieder gehen“. Ich habe das vollbracht. Also das interessiert mich nicht. (30:54)

I: Inwiefern hat du den einen Überblick über die Facharzttrichtungen, die du nach deiner medizinischen Ausbildung machen kannst? (31:01)

B: Ja durch/ durch die Arbeit im Krankenhaus weiß ich ja schon, wie das abläuft. Also, dass man da schon noch vier bis fünf Jahre investieren muss bis zur Facharztprüfung. Und dann ja, entweder dann als Endokrinologe eine Praxis eröffnet. Sich als Anästhesist selbstständig macht

und dann Notarzt wird. Also mir ist klar, dass noch ein LANGER weg vor mir liegt (lachend). Genau. (31:28)

I: Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch im Verlaufe des Studiums verändert? (31:34)

B: Naja, also ich studiere ja jetzt erst quasi acht Monate. Und (...) bis jetzt (...)/ Bis jetzt hänge ich noch an meinen ja/ in meinen Gedanken, die ich so vor meinem Studium gemacht habe. Aber wie gesagt, das kann sich alles noch ändern, wenn ich die verschiedenen Fakultäten dann auch wirklich besucht habe in der Klinik. Also ich bin da trotzdem noch offen. Vielleicht geh ich in die Kinderonkologie, das ist zwar wahnsinnig (...) toll in dem Team und das beeinflusst mich dann, dass ich denke: Okay, vielleicht ist es das. Ich weiß es nicht. Also ich habe mir noch längt nicht alles angesehen. (32:16)

B: Was würde für dich beruflich absolut nicht in Frage kommen? (32:21)

B: Allgemein Chirurgie. (32:24)

I: Wie empfindest du denn das Image der Chirurgie? (32:34)

B: (überlegt) Das ist ganz unterschiedlich. Also ich denke die Orthopäden und die Unfallchirurgen haben einen recht guten Ruf. Das man/da sieht man halt auch schnelle Erfolge. (überlegt) Meinst du jetzt so im Allgemeinen, wenn man Laie ist oder unter den Medizinstudenten? (32:59)

I: (lacht). Krass. Nein pass auf: Einmal/ wie empfindest du/ Alle drei. Das sind Fragen die kommen noch alle. Deswegen lache ich gerade. Also erst mal wie empfindest DU persönlich denn das Image der Chirurgie? (33:14)

B: Okay (lacht). Also es gibt solche und solche. Überall. Das weiß man ja, ne? Aber viele Chirurgen (...) sind sehr FACHspezifisch auf ihren Fall fixiert und vergessen oftmals, das Ganzheitliche, sage ich mal so. Ja ist schwierig, ne? Es gibt super viele NETTE, bescheidene, FACHLICH richtig kompetente Menschen und es gibt Leute, die ebenso ein bisschen nazistisch den Götterkomplex wirklich noch, ja, mit der Muttermilch aufgesogen haben, weil der Vater auch schon Chefarzt war. Also das ist ganz schwierig. Für mich selber ist es das einfach nicht, dass ich am Tisch stehen möchte. Und dieses hierarchische: Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt, Hakenhalter. Und ja, da habe ich einfach kein Interesse, da irgendwie Speichellecker zu sein, damit ich den größten Haken halten darf. Weil das oftmals wirklich so ist. So wie ich das im Krankenhaus erlebt habe. Das ja (...) die Lieblingsassistenten operieren dürfen und die anderen nicht. Und das ist irgendwie nicht meins. (34:27)

I: Wie würdest du denn sagen empfindet die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie (lacht)? (34:34)

B: (lacht) Das ist ganz unterschiedlich. Viele sagen eben nach der Ausbildung als Rettungsassistenten, Physiotherapeut oder auch als Krankenschwester: „Ich will jetzt auch mal an den Tisch. Das interessiert mich, die Anatomie finde ich interessant. Mich stört es auch nicht, dass es so ein bisschen ellenbogengesellschaftsmäßig ist“. Die wollen es machen. Und andere sagen halt auch „das wäre GAR nichts für mich“. Also ja also es wird aber oft schon von dem, ja, Götterkomplex, Chefarzt geredet. Dass man/ Der FACHLICH vielleicht auch richtig gut ist und Soziale Kompetenz SECHS oder so (....) Ja. Auch sehr/ sehr unterschiedlich. (35:22)

I: Und wie denkst du, findet die Mehrheit der Bevölkerung das Image der Chirurgie? (35:29)

B: (lacht). Ja, also ich denke (...), das ist auch generationenabhängig. Die ältere Generation denkt wahrscheinlich wirklich noch: Der/ Der Arzt mit den grauen Haaren mit dem weißen Kittel, der wird mich sehr gut behandeln und beraten, ne? Die neue Generation, die jetzt selber die Diagnose googelt, vielleicht nicht mehr so. Obwohl ich sagen muss, dass ja auch viele junge Leute recht – ja – introvertiert reagieren, wenn dann ein Arzt da ist und vielleicht noch intime Sachen fragt. Die Chirurgie an sich ja (...). Ich denke zeitweise ist das auch eine gewisse Dienstleistung geworden mittlerweile. Also der Respekt fehlt da so ein bisschen. Deshalb würde ich vielleicht auch sagen gut ne, dass die Leute, die jetzt als Laie ins Krankenhaus gehen sagen: „Ja der Chirurg wird mich schon wieder heile machen. Das ist sein Job“. Vielleicht auch gar nicht mehr so die Bewunderung für den Arzt da ist. (...) Aber trotzdem vielleicht doch ein guter

Arzt, das ist total/ Die (...)/ Also die so einen Beruf haben. Arzt zu sein ist, glaube ich, ist immer noch/ Also ich glaube wenn man sagt „Ich bin Arzt“ das macht, glaube ich, immer noch was her. (36:55)

I: Was müsste sich denn ändern, damit ein Facharzt in Allgemeinchirurgie für dich in Frage käme? (37:04)

B: Oh Gott! (lacht) Also (...). Ja. Schwierig. Ich würde für mich/ Was sich ändern müsste, dass ich das mache, weil ich schon viel zu lange mit diesen (...)/ Also mit diesen Bereich in Kontakt gekommen bin und für mich die Allgemeinchirurgie an sich auch sehr frustrierend war, weil die Patienten super oft zu Rezidiv-OP wieder mussten. Also es geht ja auch viel um KREBS. Und ja, ich glaube da könnte sich GAR nichts verändern, dass ich das noch mitmachen möchte. Ja. Nein, ich glaube nicht. Diese hierarchischen Strukturen haben mich eher abgeschreckt. (37:55)

I: Kennst du noch Angebote für Studierende der Medizin, welche dir außerhalb des Studiums einen praktischen Einblick in die Fachrichtungen gewähren? (38:06)

B: (...) Neben den (...) Famulaturen noch, oder? (38:16)

I: Genau. Kennst du trotzdem irgendwelche Angebote, wo man das vielleicht nicht machen muss oder freiwillig machen kann (...) oder das verbinden kann. (38:29)

B: Ja. Also wir/ von uns her haben wir von der Uni auch ein Wahlfach, das heißt zum Beispiel: „Wie geht Hausarzt?“ dann gehen wir dann in eine Hausarztpraxis und können uns informieren. Ansonsten steht einem das ja immer frei selber noch anzufragen. Und auch, ja zum Beispiel ein halbes Jahr ins Ausland zu gehen und so. Gut. Also viele arbeiten ja noch, zum Beispiel Rettungssanitäter. Die fahren auch mit den Notärzten zusammen. Also mir fällt jetzt nichts ein, was neben „Wie geht Hausarzt“ noch angeboten wurde. Aber wenn man sich drum kümmert, wird man immer mit Kuschhand genommen, eigentlich. Wenn man ein bisschen Ahnung hat und sich freiwillig meldet. Ich für meinen Teil hatte jetzt auch eigentlich im ersten Semester vorgehabt mal in die Anästhesieabteilung der Uniklinik reinzuschnuppern, weil es da einfach auch eine echt große Station ist. Also ich meine ich komme aus einem Haus der MAXIMALversorgung, ne? Das hatte auch 1000 Betten. Und insgesamt 14 OP-Säle. Auch recht groß. So eine Uniklinik bietet ja noch mehr. Aber ehrlich gesagt hatte ich dann mit den zwei Jobs kurzzeitig und doch noch lernen und ein bisschen Feiern gehen (lacht), habe ich das dann hinten angestellt. Aber an sich hatte ich das auch noch vor mal vorher reinzuschnuppern, wie das in so einer großen Uniklinik aussieht. (39:59)

I: Okay. Unter welchen Umständen würdest du an so einem Angebot teilnehmen? (40:12)

B: (überlegt) Also, wenn es ein Fachgebiet ist, was mich interessiert. Wenn es nicht so super weit weg ist. Wenn es natürlich Kaffee umsonst gibt (lacht). Und vielleicht ja auch, wenn man eine Bescheinigung kriegt, dass man das gemacht hat. Das ist ja auch mal ganz nett für das Portfolio. (...) Und natürlich auch, dass es mich interessiert. Das ist wichtig (40:42)

I: Welche Nationalität hast du? (40:46)

B: Ich bin deutsch. (40:48)

I: Wie alt bist du? (40:49)

B: 27. (40:52)

I: Du studierst wo? (40:55)

B: Im Saarland.

I: Okay und du kommst aus? (41:06)

B: Niedersachsen. (41:10)

K2, männlich, 29 Jahre, 4. Semester

I: Warum hast d dich dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:06)

B: (überlegt) Ja erst Mal mündet das in einem klaren Job (...) am Ende des Studiums. Was anderes, als bei den Sozialwissenschaften, wo es viel darum ging Praktika zu machen und am Ende hat man nur einen Abschluss, aber nicht wirklich eine Inhaltliche Qualifikation. Aber dann halt ganz klar, dass man (...) ja etwas tut, wo man direkt einen Effekt sieht, auch in der Gesellschaft direkt. Bei den Menschen. Und das motiviert halt irgendeinen/ Also mich zumindest, nach fünf oder nach zehn Jahren halt auch immer noch aufzustehen und dann zum Job zu gehen. Also KLAR ist nicht jeder Tag Sonnenschein und zwischendurch hasst man auch sein Leben, weil man sau viel dafür tun muss. Aber, dadurch dass man auch was Gutes tut/ Dann ist halt so eine Langzeitmotivation im Job halt auch gegeben. Halt auch nach 15 Jahren immer noch aufzustehen und zum selben verkackten Job zu gehen. Anders als jetzt – weiß ich nicht – ich könnte mir nicht vorstellen bei Vodafone zu arbeiten. Da eine PR zu machen. Dann denke ich mir WOFÜR, was bringt das? Weiß du? Die verkaufen den Leuten irgendeinen Scheiß, den die nicht brauchen. Mobilfunkverträge, toll! (01:17)

I: Hast du denn bereits schon mal Erfahrungen im Medizinischem Bereich gemacht? (01:32)

B: Vor dem Studium? Nein, also keine Praktika oder sonst irgendwas. Nein. (01:27)

B: Gab es denn einen persönlichen Auslöser, Personen oder Ereignisse, die dich dazu gebracht haben Medizin zu studieren? (01:36)

B: (Überlegt) Gebracht haben. Also es gab/ Ich habe viele Medizinerfreunde, die mich davon überzeugt haben, das zu machen. Dass es eine gute Sache ist und dass ich das auch kann. Also ich habe mir dann Lernzeug angeschaut und dachte: Gut, es ist jetzt auch keine Raketenwissenschaften. Die sind einfach nur furchtbar überzeugt von dem, was sie tun. Furchtbar organisiert und furchtbar fleißig. Aber so rein INHALTLICH ist es jetzt nichts, was man/ wofür man ULTRASCHLAU sein müsste. Also man muss natürlich so (...) weiß ich nicht. Also gängig an die Universität passen, so vom Geist her. Aber du brauchst da jetzt das RAD nicht neu zu erfinden, sondern du musst einfach nur furchtbar, furchtbar fleißig sein und organisiert. Und du musst auch also dahinter stehen. Du musst ein Interesse da haben, sonst kannst du nicht sechs Jahre im Studium da so lernen, wie ein Behinderter. Das ist halt vom STOFF sehr viel. Es ist halt nicht so furchtbar kompliziert. Weil es wird halt runtergebrückt, ne? (02:36)

I: Im wievielten Semester befindest du dich aktuell? (02:39)

B: Aktuell bin ich im – lass mich nachdenken – im viertem. (02:44)

I: Und du studierst ja im Rumänien. Wie kam es dazu? (02:48)

B: Das kam dazu, weil ich in Deutschland versucht habe einen Platz zu bekommen. Ich hatte keinen bekommen und meine/ Da ich ja schon studiert habe und ich nicht mehr Zeit verlieren wollte, dachte ich mir das Ausland dürfte kein Hindernis sein, wenn ich das Studium wirklich will. Und deshalb habe ich das dann gemacht (...). Also wenn man das wirklich machen WILL, dann sollte irgendwie so eine örtliche Begrenztheit irgendwie kein Hindernis dafür sein. Also man darf da nicht bequem sein. Nach dem Motto: „Ich will aber ja nicht weg von meinen Freunden“. Ja also willst du Medizin studieren, ja oder nein? Das ist halt die Frage. Nicht willst du ein schönes Leben haben, nebenbei also mit Freunden, Familie und so. Ja. Deshalb war das kein Hindernis. Also zu keinem Zeitpunkt. (03:37)

I: Auf welcher Sprache ist das Studium? (03:39)

B: Englisch. (03:40)

I: Hast du zur Zeit einen Nebenjob? (03:44)

B: Nein. (03:44)

I: Irgendetwas anderes, was dich zeitlich/ (03:47)

B: Ich glaube/ Ich glaube wir dürfen nicht und zeitlich ist es eigentlich auch nicht drin. Also in den ersten/ in den ersten zwei Jahren nicht. DANACH habe ich gehört, kann man so nebenbei/ machen viele so in so Arztpraxis/ Arztpraxises machen die da so ein bisschen mit. (04:06)

I: Wie gefällt dir dein Studium? (04:10)

B: Inhaltlich sehr, sehr gut. (...) Ja. (04:15)

I: Was gefällt dir am besten und was gar nicht? (04:19)

B: (überlegt) Am besten ist es inhaltlich. Und gar nicht gefällt mir die Organisation (...) an der Uni. (04:32)

I: Hast du Verbesserungsvorschläge? (04:36)

B: Ja, aber das springt den Rahmen. (04:39)

I: Könntest du die vielleicht kurz runterbrechen auf (...)/ Bitte. (lacht) Vielleicht kannst du ja auch differenzieren zwischen Rumänien und Deutschland, falls du weißt wie hier das Studium aufgebaut ist und was anders ist. Und was man da besser machen könnte. (05:00)

B: Ich weiß, dass es in Deutschland teilweise die Betreuung nicht so gut ist, weil die Studentenzahl zu groß ist. Das ist dort nicht gut. Weil hier sind ein bisschen weniger Leute, da ist die Betreuung etwas besser. Nur es ist nicht (überlegt)/ es ist nicht so DOLLE organisiert. Man verliert hier viel ZEIT, weil der Stundenplan nicht gestrafft ist. Der hätte straffer ein können. Verstehst du? Also man hat immer mal eine Stunde dazwischen, wo man jetzt nicht wirklich was lernen kann, oder wo man nicht wirklich sich ausruhen kann, sondern man hängt da so ein bisschen durch. Das zieht die TAGE immer so lang. (...) Also man könnte auch so einen TAG von acht bis vier durchziehen, aber stattdessen hängt an dann immer so von – weiß ich nicht – neun bis sieben teilweise. (...) Oder von acht bis acht haben wir manchmal auch. (05:51)

I: Inwiefern denkst du denn, dass deine Studienzeit relevant für deine Karriere ist? (05:58)

B: (...) Ist es jetzt inhaltlich, also/ was ich /was ich im Studium LERNE oder wirklich studiere? (06:08)

I: Deine Studienzeit. Wie du das verstehst. (06:12)

B: Mega wichtig. (06:13)

I: Warum? (06:15)

B: Weil (...)/ weil du später halt auch selber viel davon anwenden musst. Du brauchst/ schaffst jetzt hier eine Basis. Wie gesagt, das ist halt inhaltlich auch alles/ baut alles aufeinander auf. Und klar wirst du je nachdem, was/ was du später für ein Arzt bist, wirst du einiges NICHT mehr brauchen. Also gar nicht mehr. Und anderes davon sehr viel. Aber generell baut alles schon aufeinander auf. Deshalb ist das/ (...) Ja (...) Also vergleich doch einfach nur mal den sozialwissenschaftlichen/ mega interessant aber später auf der Arbeit fragt keiner nach (...), weiß ich nicht, Kant oder/ (...) oder Hobbes. (...) Ja. (07:01)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über die Facharzttrichtungen, die du nach dem Studium einschlagen kannst? (07:09)

B: Im Moment noch (...) gar nicht, weil es einfach viel zu weit weg ist. Man macht sich ab und zu mal Gedanken, immer wenn es Richtung SOMMER geht und man ein Sommerpraktikum machen muss. Aber im Moment ist das noch zu weit weg. Also NACH dem zweiten Jahr, dann probiert man schon mehr. (07:29)

I: Weißt du denn schon grob, was du nach dem Medizinstudium machen möchtest? (07:35)

B: Also ich weiß, was ich nicht machen möchte. (07:40)

I: Was wäre das? (07:43)

B: Keine Gyn. Also keine Gynäkologie. Keine Dermatologie. Keine Pädiatrie. (07:47)

I: Warum schließt du diese drei Fächer aus? (07:50)

B: (überlegt) PÄDIATRIE, weil (...) Nicht weil ich Kinder nicht mag/ Ich liebe Kinder, aber weil ich mit (...) Eltern und gerade mit so Helikoptereltern überhaupt nicht klar komme. Ja, vor allem die haben schon 17 mal vorher alles gegoogelt, wissen eh alles besser, sind am besten noch geschieden und sind passiv-aggressiv untereinander. Und dann hast du noch ein nervöses Kind. Dann hast du DREI Patienten im Prinzip, wirst aber nur für einen bezahlt. Und hast aber auch nur für einen Zeit. Hast dann da aber drei Leute rumstehen. Ja und das ist (überlegt)/ Ich glaube es gibt Leute, die haben einen/ einen (überlegt) besseres Gemüt dafür sich damit zu beschäftigen als ich. (...) Dann DERMATOLOGIE ist mir teilweise zu ekelig oder auch zu langweilig. (überlegt) Das so ein paar Salben zu verschreiben. Aber da macht man natürlich auch MEHR, aber mir ist das ein bisschen zu/ Ist glaube ich nicht eins. Und Gynäkologie. Ja ich würd mich halt einfach noch gerne freuen, wenn ich dann später mal zu meiner Frau nach Hause gehen kann und dann mal unten drunter was eher, als wenn das mein Job ist. (08:59)

I: Was würde dir denn deine Facharztwahl erleichtern? (09:07)

B: Einfach/ Ich glaube einfach der Verlauf des Studiums. Ist glaube ich einfach zu früh, sich groß darüber Gedanken zu machen und später (...) schaut man ja noch in so viele Bereiche rein. Also das Studium ist ja so aufgebaut, dass du überall rein schaust und dann merkst du halt wo deine Interessen liegen und was dir auch liegt, SELBER. Also vielleicht gibt es ja auch Sachen, die interessieren ich MEGA, aber das weiß ich nicht, da hat man kein Händchen für. Dann muss man aber auch sagen: „Ist dann halt lieber nichts für mich“.
(09:42)

I: Hat sich denn so dein Berufswunsch oder da über worüber du nachdenkst wo du hin willst im Laufe deines Studiums verändert schon? (09:53)

B: Nein. (09:56)

I: Wie empfindest du persönlich/ (10:06)

B: Kann aber. (10:06)

I: Was? (10:07)

B: Kann aber. Habe ja noch ein paar Jährchen, die ich vor mir habe. (...) Also noch vier. Ich hab ja noch nicht mal Halbzeit. Dann nach dem Sommer habe ich ein Drittel. (10:19)

I: Okay, dann rufe ich bei meiner Doktorarbeit nochmal an (lacht). Inwiefern/ nein warte. Wie empfindest du persönlich das Image der Chirurgie? (10:30)

B: (überlegt) Joah, als ganz ordentlich (lacht). Also ganz gut. Also eher positiv natürlich, als negativ. (10:45)

I: Warum? (10:46)

B: Warum? Weil es – glaube ich – teilweise furchtbar talentierte Menschen da drin sind. Ja. (10:56)

I: Was würdest du denn sagen, wie die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie empfindet? (11:02)

B: (überlegt) Auf einer – ich weiß du arbeitest ja gerne in SKALEN – weiß ich nicht, auf einer Siebenerskala wäre das eher so eine vier, fünf. (11:19)

I: Wobei sieben dann sehr gut ist? (11:23)

B: Ja genau (lachend). (11:24)

I: Wie denkst du denn, empfindet die allgemeine Bevölkerung das Image der Chirurgie? (11:29)

B: Das weiß ich leider nicht (lachend). Ich glaube, dass es da auch ungefähr bei vier, fünf liegt. Wobei/ Also die ALLGEMEINHEIT, die glaube ich nicht so viel damit/ Also wenn man gar nicht so viel damit zu tun hat, denken die: Ja Chirurg ist mega toll, die werden das irgendwo bei sieben sehen. Die Leute die damit zu tun haben, sehen das halt als normalen Job und dann liegt das dann realistisch bei vier, fünf. Und dann die Leute, die dann damit zu tun hatten und aber vielleicht mal an einen schlechten Chirurgen geraten sind, oder Pesch hatten oder what ever (...)/ Schlechte Erfahrungen damit gemacht haben, sehen es natürlich dann schlecht. Aber ich glaube die Allgemeinheit sieht es eher positiv, als negativ. (12:16)

B: Unter welchen Bedingungen würde denn ein Facharzt in Chirurg für dich in Frage kommen? (12:23)

I: Kommt jetzt schon in Frage. (12:25)

I: Warum? (12:26)

B: Ja es ist/ es ist ein Interesse da einfach gegeben. (12:34)

I: Warum? (12:35)

B: Anatomiegrundkurs war ganz interessant. Hat mir sehr gefallen. Ich habe da einen direkten Bezug zu gefunden. Fand das interessant, außerdem aus meiner Sportlerzeit/ wurde ich mal operiert. Fand ich ganz toll, also nicht operiert zu werden, aber was die Ärzte da gemacht haben, oder was da möglich ist. Den Leuten da schnellstmöglich zu helfen, wenn da in ihrem Inneren was kaputt geht, von außen darauf einzuwirken, ne? Also operativ. (13:10)

I: Kennst du Angebote für Studierende der Medizin, welche dir neben dem Studium einen praktischen Einblick in die Materie gewähren? (13:24)

B: Ja Famulaturen. Ja famulieren müssen wir ja. (13:29)

I: Und außerhalb deines Studiums? (13:32)

B: Habe ich mich bisher noch nicht so mit befasst. (13:35)

I: Würdest du denn an so Angeboten teilnehmen, die dir einen praktischen Einblick geben? (13:43)

B: Wenn es die Zeit zulässt, auf jeden FALL. (13:45)

I: Wäre Zeit da der einzige Faktor? (13:58)

B: Ja. (13:49)

I: Okay. Welche Nationalität hast du? (13:57)

B: Deutsch. (13:58)

I: Wie alt bist du? (14:01)

B: 29. (14:02)

K3, männlich, 25 Jahre, 10. Semester

I: Warum hast du dich denn dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:08)

B: (überlegt) Weil ich mir relativ spät Gedanken gemacht habe nach dem Abi, was ich überhaupt machen möchte. Und dann hatte ich ganz gute Noten. Und im Endeffekt habe ich mich schon immer für den menschlichen Körper interessiert. Wie das funktioniert und so weiter und dann war der Schritt gar nicht mehr so groß, eigentlich. (00:24)

I: Haben dich denn Personen, Ereignisse oder Erfahrungen dahingehend beeinflusst Medizin zu studieren? (00:32)

B: Bitte? Die Verbindung war gerade schlecht (lacht). (00:36)

I: Ob dich Personen, Ereignisse oder Erfahrungen dahingehend beeinflusst haben, dass du Medizin studierst? (00:42)

B: (überlegt). Joah bestimmt. Gehe ich mal stark von aus. Und dann bestimmt so typische Ärztefernsehserien, fand ich schon immer ganz cool. Und ein Nachbar von uns ist auch Arzt. Und was der immer erzählt hat, war auch immer ganz interessant. Ich denke aber schon, da war bestimmt Beeinflussung in gewisser Art und Weise dabei. (01:00)

I: Wer war noch der, Arzt was hast du gerade gesagt? (01:02)

B: Ein Nachbar von uns. (01:03)

I: Was ist der für ein Arzt? (01:05)

B: Radiologie. (01:07)

I: Im wievielten Semester bist du gerade? (01:11)

B: Ich bin jetzt im 10. Semester. (01:14)

I: Also machst du dann dein PJ? (01:18)

B: Genau. Ich fange jetzt/ Also ich mache jetzt im Oktober mein Staatsexamen und dann fängt das PJ an. (01:23)

I: Hast du denn zur Zeit einen Nebenjob? (01:25)

B: Ja zurzeit arbeite ich noch in der Herzthoraxchirurgie in der Pflege, als Aushilfskraft. (01:36)

I: Wie viel zeitlicher Aufwand ist das pro Woche? (01:36)

B: Es sind pro Woche etwa acht Stunden. (01:40)

I: Wie lässt sich das denn alles mit deinem Studium und deinem Privatleben vereinbaren? (01:46)

B: (überlegt) Ganz gut eigentlich. Viele Pflichtveranstaltungen hat man/ Also man hat schon ein paar Pflichtveranstaltungen, aber eigentlich kann man das mal ganz gut drum herum organisieren. Und Lernerei nebenbei – irgendwie auch – ist jetzt nicht das große Problem. (02:03)

I: Wie viel Aufwand pro Woche in Stunden hast du denn so für dein Studium? (02:08)

B: (überlegt) Also grob überschlagen (...)/ Ich würde schon so sagen (...) 25 bis 30 Stunden im Moment. (02:22)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (02:27)

B: Sehr gut. Ich würde mich nicht umentscheiden, wenn ich es nochmal könnte. Ist sehr schön das Studium. (02:33)

I: Was gefällt dir denn am besten und was gefällt dir gar nicht? (02:37)

B: (überlegt) Am besten gefällt mir eigentlich daran, dass die Wissensvermittlung ganz gut ist, dass das gut strukturiert ist, eigentlich. (überlegt) Das, was mir nicht so gut gefällt manchmal, so Vorgaben, wo man da jetzt zum Beispiel, wo man Hausaufgaben machen und die vorzeigen muss, wie in einer ganz alten Schulform. Aber ist nur ein kleiner/ ein kleiner Makel. (03:03)

I: Hast du denn Verbesserungsvorschläge? (03:05)

B: Nein eigentlich wüsste ich nichts, was man besser machen (...) könnte oder sollte. Ich finde, dass es im Moment eigentlich ganz gut geregelt ist alles. (03:15)

I: Machst du denn den Regel oder den Modelstudiengang? (03:20)

B: Ich mache den Regelstudiengang. (03:20)

BI: An welcher Uni. (03:23)

B: An einer in NRW. (03:26)

I: Inwiefern denkst du denn, dass du deine ganze Studienzeit relevant für deine spätere Karriere ist? (03:32)

B: Sehr relevant. Ich denke, das was man lernt/ Man wird da eigentlich ganz gut drauf hinzugeführt. Und auch was man auch im sozialen im Umgang/ Also man lernt ja nicht nur Faktenwissen, sondern man lernt ja auch wie man sich sozial verhält mit Patienten und Kollegen arbeitet und umzugehen hat. Und ich finde, das ist schon relevant. (03:56)

I: Wirkt sich vielleicht auch was negativ aus? (03:59)

B: Das kann ich nicht jetzt so gar nicht so sagen. Weiß ich nicht. (04:05)

I: Inwiefern glaubst du denn, dass die praktische Erfahrung, die du während deines Studiums machst, relevant für deine Karriere ist? (04:14)

B: Naja, ich glaube, dass (überlegt)/ Ja dass man/ Ja, learning by doing halt, ne? Und ich denke, dass das im Endeffekt, wenn man dann ans Arbeiten mal ankommt/ Ja dann hat man das tausend Mal gemacht. Dann wird man richtig gut. Dann sticht man auch damit hervor. (04:39)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen? (04:44)

B: (überlegt) Eigentlich habe ich einen wirklich sehr guten Überblick drüber. Man lernt hier im Studium die ganzen Fakultäten und die ganzen Fachbereiche ganz gut kennen, eigentlich. Und (überlegt) jetzt, so gegen Ende des Studiums sieht man sogar extra Seminare und Infoveranstaltungen, wo man auch noch dahingehet und informieren kann, wie die Möglichkeiten nach dem Studium sind. Und da ist eigentlich/ Das ist eigentlich die Unterstützung ganz gut. (05:10)

B: Was möchtest du denn nach dem Medizinstudium machen und warum? (05:15)

B: (überlegt) Da bin ich mir noch nicht ganz hundertprozentig sicher. Aber ich denke, ich werde erst mal Facharzt für Innere Medizin. Aber ich will erst mal Internist werden. Und (überlegt) im Moment sieht es so aus, dass ich vielleicht dann noch die Richtung Onkologie, Palliativmedizin machen möchte. (05:34)

I: Von welchen Faktoren hängen denn diese Wünsche ab? Also warum genau die beiden? (05:39)

B: Innere Medizin, allgemein weil ich das bisher immer am interessantesten fand. Das ist das, was ich mit dem Arztsein eigentlich am meisten verbinde. Dieses Detektiv-Spielen und auf Fälle gucken, auf Pläne gucken und dann all die Schnipsel zusammen bringen. Und die Onkologie ist ja eigentlich vollkommen auch/ Ich habe da Famulatur für vier Wochen in einem Krankenhaus gemacht. Bin ich auf die onkologische Station gekommen und das war gar nicht so schlimm, wie ich gedacht hatte. Und ganz im Gegenteil, es hat mir sehr viel Spaß gemacht. Man konnte viel machen und mir hat auch der etwas enge Patientenkontakt ganz gut gefallen. Deswegen sind es dann die beide Wünsche geworden. (06:17)

I: Und was würde dir eine Wahl zwischen den beiden erleichtern? (06:21)

B: Ich denke das wird jetzt im PJ kommen, wenn man dann wirklich vier Monate am Stück in einer Abteilung arbeitet und so viel erfährt. Ist es das was für mich oder nicht. Vielleicht ist dann ja Chirurgie im Endeffekt, dass was es im Endeffekt wird. (06:37)

I: Inwiefern hat sich denn dein Berufswunsch im Verlaufe deines Studiums geändert? (06:42)

B: Schon sehr. Immer je nach dem, was für/ Was das für ein Schwerpunkt war im Semester, bei den Hauptfächern. Dann fand man Dermatologie ganz toll, fand man die Urologie ganz toll. Und dann kommen auch wieder andere Fächer hinzu, wo man merkt, das ist doch nicht ganz so toll. Und dann/ Also eigentlich war der Berufswunsch bei mir war relativ stark im Wandel. (07:04)

I: Welcher Facharzt würde für dich denn gar nicht infrage kommen? (07:09)

B: Gar nicht in Frage kommen? (Überlegt) Ja, ich glaube Dermatologie würde für mich gar nicht in Frage kommen. (07:19)

I: Warum? (07:20)

B: Weil mir (...) diese ganzen Hautkrankheiten/ das war mir (...) zu fein. Ich hatte da nicht so das Gespür für, um die richtig zu erkennen. Und dann auch die zu behandeln, das ist viel zu viel (unv.) und auch Geschlechtskrankheiten, muss ich mir nicht unbedingt angucken. (07:42)

I: Wie empfindest du das Image der Chirurgie? (07:46)

B: (überlegt) Sehr negativ eigentlich. Also bisher bin ich wenig Chirurgen begegnet, die wirklich sehr sympathisch waren. Immer wenn ich in der Chirurgie selber Arbeiten musste, war das sehr, sehr strenge Hierarchieordnung, noch wie vor dreißig Jahren. Und ein/ einem wird/ Also so sehr rauer Umgangston. Also da fühlte ich mich bisher noch nie gut aufgehoben und ich glaube das Image ist auch, zumindest hier im Raum, bei allen Studenten ungefähr gleich angekommen. (08:19)

O: Wie würdest du denn sagen, empfindet die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie? (08:25)

B: Ich/ Ich denke sehr ähnlich. Da wird es/ Es gibt ja immer diese zwei Lager: Internisten und Chirurgen auch/ Durch die Bank weg ist es bei Medizinern ist das Image, dass die Chirurgie, die etwas machomäßigere Ärzte sind. Und die Internisten eher die Schreibtischhocker. (08:45)

I: Was denkst du empfindest die Mehrheit der Bevölkerung das Image der Chirurgie? (08:53)

B: (...) Schwer zu sagen. Ich glaube das Image in der Allgemeinbevölkerung ist eigentlich eher gut von Chirurgen, weil die arbeiten an einem. Und man ist halt direkt geheilt, im besten Fall. Also man hat halt sehr schnell einen Erfolg. Und ich glaube, das kommt ganz gut an, eigentlich. (09:10)

I: Welche Arztserien kennst du? (09:14)

B: Bitte? (09:16)

I: Welche Arztserien du kennst. (09:18)

B: Ich kenne da natürlich Dr. House, Emergency Room, Scrubs natürlich. Und ja das wären so die mir jetzt spontan einfallen würden. (09:31)

I: Okay. Was/ Was müsste sich ändern, damit für dich ein Facharzt in Allgemein- oder Viszeralchirurgie in Frage käme? (09:40)

B: Ich denke mal der Umgangston, wie mit Kollegen und Studenten umgegangen wird im OP selber. Oder auch/ Ich denke mal es ist genau das, dass der Umgangston besser wird. Und nicht so eine starke Hierarchieordnung ist. (10:01)

I: Kannst du nochmal sagen, welche Famulaturen du worin gemacht hast und vielleicht welches Wahlfach du vorhast zu nehmen im PJ? (10:10)

B: Ja. (überlegt) Ich habe Famulaturen gemacht in natürlich der Allgemeinmedizin, in der Orthopädie beziehungsweise Unfallchirurgie. In der Onkologie und in der Nuklearmedizin. (...) Und mein Wahlfach im PJ wird wahrscheinlich auch Onkologie werden. (10:33)

I: Kennst du Angebote für Studierende der Medizin, die dir neben dem Studium noch praktische Einblicke in die Praxis als Mediziner gewähren? (10:44)

B: Ja, da gibt es auf jeden Fall Angebote, die ich selber aber noch nie für mich wahrgenommen habe. Unter anderen, was ich da so mitgemacht habe, da gibt es bei uns an der Uni so extra Kurse, wo man sich anmelden kann, wo einem die Ärzte praktisch die Handgriffe beibringen und das Nähen lernen, über wie man intubiert und sowas. Also das Angebot ist eigentlich vielfältig. (11:08)

I: Und wie findest du solche Angebote? (11:10)

B: Sehr gut, weil die Ausführung darin doch immer sehr schulisch, sehr theoretisch ist. Und so lange man nicht selber wirklich ELAN mitbringt und sich halt einbringt, auch außer/ außerhalb der Uni, dann lernt man halt die praktischen Sachen nicht so gut. Und deswegen finde ich das eigentlich recht/ recht gut. (11:29)

I: Und unter welchen Umständen würdest, oder hättest du dann an so einem Angebot teilgenommen? (11:33)

B: An ein paar habe ich natürlich teilgenommen, aber meistens waren die mir dann doch zu (...) zeitaufwendig. Und schnell auch schnell ausgebucht, die guten Sachen, die man man gerne machen würde. Ja ich glaube unter Umständen ist das besser oder näher betrachtet gezogen, so wenn die Kurse viel größer gewesen wären oder halt häufiger gewesen wären. (11:58)

B: Kennst du das Zertifikat Studentischer OP Assistent der DGAV? (12:03)

I: Ich weiß, was ein OP Assistent ist, aber das Zertifikat kenne ich nicht. (12:20)

B: Welche Nationalität hast du? (12:23)

I: Deutsch. (12:24)

B: Wie alt bist du? (12:25)

I: 25. (12:26)

Transkript K4, männlich, 25 Jahre, 12. Semester

I: Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:07)

B: Das war für mich immer die gute Mischung aus was Wissenschaftlichem und was am Menschen zu machen. Ich habe diverse Praktika in anderen, also in Biochemie und Physik ge-

macht. Und das hat mir alles nicht so gut gefallen, wie die Sachen in Medizin. Und dann habe ich gedacht: Probiere ich es mal aus. (00:26)

I: Wann hast du die Praktika gemacht in Medizin? (00:29)

B: In Medizin, in der/ zwischen der elften und zwölften Klasse. Die anderen zwischen zwölf und dreizehn. Beziehungsweise zwischen dreizehn und Studiumsbeginn. (00:38)

I: Was war das, wo warst du da? (00:39)

B: Ich war am Institut für Phytopathologie, einen Monat. Also Biologie im Prinzip. Forschung. Ich war im AANOC. Das war organische und anorganische Chemie für Chemie. Und über meinen Vater bin ich ans Physikzentrum gekommen und habe mir da auch noch was angeschaut. Und das Medizinische war in der Notaufnahme im Krankenhaus. (01:02)

I: Gab es den Personen, die dich dahingehend beeinflusst haben Medizin zu studieren? (01:07)

B: Ich glaube meinen Eltern gefiel das sehr gut. (01:11)

I: Sind die selber Mediziner? (01:13)

B: Nein. (01:13)

I: In welchem Semester bist du aktuell? (01:15)

B: Fachsemester oder? 12. (01:19)

I: Hast du noch einen Nebenjob? (01:22)

B: Ja. (01:23)

I: Was ist das und wie oft machst du das so die Woche? (01:26)

B: Ich bin Werkstudent in einer/ in einem Krankenhaus und bin da in der Notaufnahme und im kassenärztlichen Notdienst. Also auf pflegerischer Seite angestellt. Mache da die Nachtdienste und die Abende und die Wochenenden. Und ich mache da bis zu 87 Stunden, mindestens 40 Stunden im Monat. Das sind so/ Also im Schnitt sind es im Moment 60 ungefähr, (...) die ich da/ Also das ist halt/ es kommt drauf an, wie die Dienste liegen. (01:52)

I: Wie lässt sich denn mit deinem Privatleben und dem Studium alles vereinbaren? (01:59)

B: Das Privatleben leidet sehr darunter, das muss man ganz ehrlich sagen. Weil einfach das PJ frisst 45 Stunden die Woche. Dann kommen noch mal so um die 15 für die Arbeit drauf. Vor allem das ist dann meistens abends oder am Wochenende. Ich habe jetzt glaube ich auch die letzten zwei Wochenenden komplett durchgearbeitet. (...) Das ist ein bisschen schwierig. Aber ich habe zum Glück eine sehr verständnisvolle Freundin. Und wenn es irgendwie geht, mache ich was mit Freunden. Es ist aber jetzt etwas weniger als vorher. (02:30)

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (02:32)

B: Sehr gut. Also ich bin ja jetzt am Ende und je weiter ich im Studium fortgeschritten bin, also desto klinischer es wurde, desto mehr hat es mir Spaß gemacht. Und jetzt merke ich, dass es genau das Richtige für mich ist. Ich bin auch gerade in meinem Wahlterial in der Urologie. Und ich möchte auch Urologe werden. Und das ist schon sehr, sehr, sehr cool, wenn man merkt, dass es einem liegt. Dass es einem Spaß macht und dass man auch dem Menschen helfen kann, mit dem, was man macht. (03:00)

I: Was gefällt am besten und was am schlechtesten an einem Studium? (03:03)

B: Am besten (...) gefä/ Generell oder jetzt in an meiner Uni? Am besten gefällt mir, dass (...) man schon früh/ oder, dass man generell viel praktisches macht und früh schon praktische Dinge macht. Also/ Weil das liegt mir wesentlich besser, als das Theoretische. Und das/ Da habe

ich glaube ich mit meiner Uni viel Glück gehabt, weil schon vom dritten Semester an, man an den Patienten kommt. Und das gefällt mir sehr gut. Was mir am schlechtesten hier gefällt, oder jetzt im Medizinstudium ist glaube ich, das erste Staatsexamen. Weil das ist so strukturiert, dass man nicht so ganz festgelegt hat, was man dafür können muss. Sondern, dass ufer einfach aus. Und man kann in der Zeit niemals alles lernen, weil alles kriegt man sowieso nicht rein. Das ist auch glaube ich so gewünscht, dass man/ dass alle Leute viel Stress haben und dass man irgendwo Grenzen setzen muss. Aber das Gef/ Also das/ dieses Konzept dahinter gefällt mir nicht so gut. (04:07)

I: Ist das in der Regel- oder Modellstudiengang? (04:09)

B: Modellstudiengang. Wir waren auch die erste Uni. Also wir haben den eingeführt. (04:12)

I: Und wie war das mit der Orga? (04:14)

B: Ziemlich gut. Muss man ganz ehrlich sagen/ das war deswegen gut/ oder deshalb gut, weil jedes Jahr, also pro zwei Semester, gab es einen, einen Modellstudien/ Modellstudiengangsleitung gab es einen Organisator, an den man sich immer wenden konnte. Und es wurde natürlich nach hinten raus immer ein bisschen UNorganisierter, sage ich mal. Aber das ist auch gut so, weil die Leute immer verschiedenste Sachen machen wollten. Mit Auslandsterialen und dadurch, dass es ein bisschen freier gestaltet ist, hat man auch mehr Möglichkeiten. Und gerade die ersten drei Jahre waren perfekt organisiert. Muss man ganz ehrlich sagen. (04:50)

I: Inwiefern denkst du denn, dass sich so die Zeit deines Studiums, Inwiefern die relevant für deine spätere Karriere ist? (04:58)

B: Also, wenn man jetzt mal von den fachlichen Aspekten absieht, die man da lernt. Ist glaube ich so, dass es/ Also ich habe die/ die/ die /die ersten paar Jahre/ oder die ersten zwei, drei Jahre des Studiums gebraucht, um wirklich erwachsen zu werden –würde ich jetzt mal behaupten. Von der Volljährigkeit sozusagen zum Erwachsen werden (lachend). Ja das ist die Zeit des Lebens, wo man am meisten Freiheit hat, wo man am meisten machen kann, wo man die meisten Leute kennenlernt. Und ich glaube einfach diese Horizonterweiterung, die Freundschaften, die man da schließt. Also ich glaube nicht, das einen etwas kaum etwas weiter nach vorne bringen, als das Studium. (05:36)

I: Gibt es denn vielleicht auch irgendwas Negatives aus von deinem Studium auf deine Karriere? (05:40)

B: (...) Boah. (...) Also ich glaube in der Karriere, die ich anstrebe nicht. Ich will jetzt nicht der extreme Forscher werden. Und (...) ich glaube wenn/ wenn dem so wäre. Aber selbst dann (...) nein. Ich glaube nicht. (06:02)

I: Glaubst du denn/ Also inwiefern sich praktische Erfahrung auf deine Karriere auswirkt? (06:09)

B: Ja auf jeden Fall. Also/ Also, ich meine ich forciere das auch immer ein bisschen. Und ich bin auch hinterher, dass ich einfach praktisch was lerne. Und natürlich im Rahmen, aber ich (...) bin da schon ein bisschen proaktiver – sagen wir mal in den Famulaturen und in Praktika. Und ich behaupte auch, dass ich jetzt schon ziemlich viel/ ziemlich viel machen durfte und konnte, was in vielen Unis und auch vor allen an ganz vielen anderen Ländern überhaupt nicht als Student möglich wäre. Und ich glaube, ich starte schon mit einigen an praktischen Erfahrung in den Job. Das liegt aber auch zum Teil daran, dass ich diesen Nebenjob in der Notaufnahme mache. Weil man da/ also die ganze Basis aus dem FF kann: Zugänge legen, Blutabnehmen, einen Ultraschall machen, mit PATIENTEN vor allen umgehen, ne? Gerade auch in dieser Notaufnahmesituation. Und wenn man DAS schon sicher hat, wenn man ins PJ geht, dann kann man darauf aufbauen und schon weiter lernen. Man muss sich da nicht so/ ALSO natürlich findet man sich noch zurecht, und ich will jetzt auch gar nicht sagen, dass ich aus dem Quell der Weisheit getrunken habe (lachend), aber (...) doch die praktischen Erfahrungen bringen mir extrem viel für das weitere/ für das weitere Berufsleben. (07:18)

I: Du bist ja jetzt schon recht weit fortgeschritten im Studium, ne? Inwieweit hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir nach dem Studium offenstehen? (07:29)

B: Ja (...) also prinzipiell ist einem schon klar, was man alles machen kann mit den verschiedenen Fachrichtungen. Mit den Fachärzten, dass man auch mit unter anderem ja/ wie heißt es? In die Wirtschaft gehen kann oder in die Forschung. Also das ist einem schon ziemlich klar. Die Kliniken an sich, da lernt man nur das lokale Umfeld kennen, wo man mal war. ALSO (...) es ist zum Beispiel jetzt für mich: Ich habe mich jetzt festgelegt, dass ich Urologie machen werde. Und ich weiß aber noch nicht/ Also ich habe noch wenig Ahnung, wo ich es machen soll. Weil man einfach/ Also es gibt keinen/ keine Aussage, wo die, die Lehre/ oder wo die Weiterbildungen vom Assistenzarzt zum Facharzt gut ist. Und da kann man nur auf an/ also auf andere Leute vertrauen, die das einem das sagen. Und da/ da auch schwer ist dran zu kommen, vor allem in so einem kleinen FACH. Und, wie heißt es? Wie es am Ende wird. Also ich glaube, man hat schon eine gute Übersicht über die Möglichkeiten, aber wie es dann am Ende in der einzelnen Klinik wird, das ist oftmals ein Gamble. (08:41)

I: Und du hast gerade gesagt, du bist dir sicher, dass du Urologe werden möchtest. Und warum bist du dir sicher und warum hast du dich für diese Fachrichtung entschieden? (08:51)

B: (überlegt) Ich bin mir sicher, weil ich/ weil das so (...)/ Es gibt einfach super viele Vorteile, die ich gut finde. Es ist/ es ist ein operatives Fach, mit aber auch noch kleinen konservativen Anteilen. Von den/ Also es ist zwar ein kleines operatives Gebiet, aber man hat extrem viele Möglichkeiten. Offen, endoskopisch, laparoskopisch, computer-, roboterassistiert, computerassistiert. Man kann sich gut niederlassen. Was mir sehr, sehr, sehr wichtig ist: Patienten. Also Patienten mit urologischen Erkrankungen und die Kollagenen. Ich habe bis jetzt noch nie ein so gutes Umfeld erlebt. Also wie in urologischen Kliniken. Und das zieht sich durch. Ich war schon in mehreren Urologien. Ich habe mal ein entspannte nette Assistenzärzte gesehen und in der Regel sind auch die Patienten gut drauf. Was daran liegt, dass viele der/ Oder die großen urologischen Krankheitsbilder machen den Leuten akut Schmerzen, oder akut Probleme. Oder sind Krebs. Und die kann man in aller Regel schnell und gut behandeln. Krebs ist natürlich ein bisschen außen vor, aber das ist auch kein Bauchspeisenkrebs oder Lungenkerbs, sondern da hat man einiges an Therapieoptionen und kann den Menschen auch einfach noch Hoffnung schenken. Und denen noch Lebensqualität geben. So die Kombi/ UND es ist auch noch eines der Fächer, was glaube ich besser mit einem familiärem Alltag, mit Freunden vereinbar ist, als diverse andere Fächer. Und was war der/ der/ der zweite Teil der Frage? Ich habe jetzt gesagt, warum Urologie und wie ich drauf gekommen bin. Genau! (lacht) Wir haben im fünften Semester den Block Harn- und Geschlechtsorgane, wo man das erste Mal so Urologie anschneidet. Und dann hat/ Ich habe so eine etwas flapsige Art und bin auch ein bisschen der direkte Typ. Und dann hat irgendwann mal eine Kommilitonin zu mir gesagt: „Boah, Bastian du wirst bestimmt/ oder du wärst bestimmt voll der gute Urologe“ (lacht). Und dann habe ich mal eine Famulatur gemacht. Und dann habe ich gemerkt, das passt wie die Faust auf's Auge. Mir war schon klar, dass es irgendwo in eine chirurgische Richtung gehen würde, weil ich einfach super gut taktil und haptisch bin. Und Uro hat dann gut gepasst. Ich habe noch ein paar andere Sachen ausprobiert. Aber das war bis jetzt das Beste. (11:05)

I: Was würdest du denn sagen von welchen Faktoren generell dein Berufswunsch abhängt? (11:11)

B: Also bei mir, das glaube ich, das habe ich in der Frage eben schon beantwortet so, was die Gründe dafür sind. Generell wovon der Berufswunsch abhängt, ist glaube ich zum großen Teil, was in/ was für eine Klinik man kommt. Und wo man zufällig hingerät. Also, was ich glaube sich durchzieht ist, dass die Leute, die vorher im Rettungsdienst oder in der Anästhesie, oder auf der Intensivmedizin vor dem Studium waren, die werde in der Regel alle Anästhesie machen. Also das sieht man ganz, ganz häufig. Daraus akquiriert gefühlt die Anästhesie einen Großteil ihrer Pat/ ihrer Assistenzärzte. (...). Dann ist es/ Und dann glaube ich, wenn man jetzt nicht so Sonderfälle hat, dass es schon vor dem praktischen Sachen feststeht, wie jemand, der die Augenarztpraxis seiner Eltern übernimmt, oder was weiß ich. Oder man dann sonst irgendwelche besonderen Präferenzen hat. Das ist glaube ich ganz davon abhängig, was man für Erfahrungen man in den Praktika macht. Also in den Famulaturen und im PJ. Weil, wenn man da eine gute Klinik gerät/ Also ich habe jetzt auch im PJ gemerkt, dass mir Innere wesentlich mehr Spaß macht, als ich es vorher gedacht hätte. Und ich muss auch sagen, wenn ich jetzt wider erwarten nirgendwo eine Urologiestelle finden würde, würde ich auch überlegen in der Inneren anzufangen, weil das Team hier ist cool. Ich kenne noch zwei andere Krankenhäuser, wo die

gute Teams haben. Und da lernt man auch viel. (...) Ich glaube das sind so die/ Also das sind die wesentlichen Faktoren, von den ich/ von denen das abhängt. (12:37)

I: Und was würde beruflich oder als Facharzt für dich absolut nicht in Frage kommen und warum? (12:43)

B: (überlegt) Uniklinik. Also eine universitäre Karriere. Das ist gar nicht mal so sehr an die Fachrichtungen gekoppelt. Weil das sind unmenschliche Arbeitszeiten. Also ich hatte mal eine Ex-Freundin, die Neurologin wurde und die/ Im ersten Jahr ist die morgens um sieben aus dem Haus gegangen und ist abends irgendwann zwischen halb elf und ein Uhr zurückgekommen. Weil einfach so viel zu tun war. Das ist natürlich in peripheren Häusern anders. Und Fachrichtungen, die in den primären Häusern gar nicht für mich in Frage kommen, sind glaube ich solche mit keinem Patientenkontakt, so wie Radiologie, Pathologie und sowas. Und ich glaube auch die noch sehr alten Chirurgen, also jetzt Allgemeinchirurgie, plastische Chirurgie. Weil da noch sehr hierarchische Strukturen herrschen - in denn aller meisten Kliniken zumindest. Und weil da noch/ Also das ist einfach sehr, sehr viel Stress, den man sich gerne antun kann, aber/ Also ich glaube das sind auch die Fachrichtungen, wo die meisten Leute rauchen (lachend) – Habe ich das Gefühl – um da irgendwie den Stress abzubauen. Und da herrscht auch ein etwas rauherer Ton. (13:56)

I: Inwiefern hat sich dein Berufswunsch so im ganzen Verlaufe deines Studiums verändert? (14:01)

B: Am Anfang, als ich noch keine Ahnung hatte, wusste ich nur, dass ich was Chirurgisches machen wollte. Dann habe ich mal ein Pflegepraktikum auf der AUGENheilkunde gemacht. Habe dann gedacht: „Ja das ist auch ein nettes Fach“. Und habe dann auch erst mal gedacht: Vielleicht machst du Augenheilkunde“. Als wir den Block Augenheilkunde gemacht haben, ist mir klar geworden: Okay, da bin ich sicherlich nicht intelligent genug für (lachend). Oder da darfst du auch erst als Oberarzt operieren. Und das dauert dann Jahre, bis du da mal ein bisschen Praxis drin hast. So bin ich dann vom Hölzchen aufs Stöckchen gekommen und irgendwann kam dann die Urologie. Und dann war ich mir schon relativ sicher und habe dann noch ein paar andere Sachen ausprobiert. Allgemeinchirurgie, Gyn, Innere und Anästhesie. Und das war/ Also vor allem Innere, Anästhesie, Allgemein-. Viszeralchirurgie sind ja so die großen Fächer. Und das/ wie heißt es? Dann hat sich Urologie herauskristallisiert. (16:23)

I: Wie empfindest du persönlich das Image der Chirurgie? (15:05)

B: (lacht) (überlegt) Boah. (...) Also ich persönlich (...) sehe dann/ Also sehe, dass das eine hohe Arbeitsbe/ dass das mit einer hohen Arbeitsbelastung zu tun hat. Dass man, wie heißt es? Das man was Stationen angeht und so das drum herum. Die Menschen oft, ja nicht mit einem zweiten Blick betrachtet. Dass man halt als Chirurg, Chirurg ist und nicht Arzt. Als Internist ist man Arzt, gefühlt. Also das ist auch so gefühlt die einzige Fachrichtung, wo man richtiger Arzt ist, weil er sich das ganze anschaut. Vielleicht auch noch Neurologie. Und (...) ich glaube inzwischen kann man nicht mehr so pauschal Chirurgie sagen, weil sich/ also weil diese einzelnen/ einzelne Fachrichtungen, die noch alle zum Common Trunk Chirurgie gehören, haben sich inzwischen so spezialisiert haben, dass es doch sehr unterschiedlich ist. Also zum Beispiel Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie. Haben alle ein anderes Amueseguel, als jetzt plastisches, Chirurgie, Thorax Chirurgie. Deswegen ist das schwer zu pauschalisieren. (16:23)

B: Würdest du denn sagen, dass die Allgemeinheit der Medizinstudenten das auch so empfindet, wie du, oder? (16:30)

I: Also gerade den ersten Teil, den ich gesagt habe, ja. (16:32)

B: Was denkst du denn, wie die Allgemeinheit der Bevölkerung das Image der Chirurgen wahrnimmt, oder Chirurgen? (16:39)

B: Also das kommt/ hängt von zwei Faktoren ab. Zum einen, ob man eher aus einer ländlichen oder aus der städtischen Gegend stammt. Ich glaube je ländlicher es wird, desto mehr Vertrauen hat man einfach in die Chirurgen und desto mehr gibt es da noch das Image (...) „die Operation heilt mich“. Und je mehr man in die Städte kommt, desto mehr gibt es das Image: „Es wird zu viel operiert, die wollen auf ihre Kosten kommen. Auf ihre Zahlen kommen. Muss das wirklich

bei mir gemacht werden? Und das wird sowieso nicht besser dadurch“. Ich meine auch, dass es noch von Fachrichtung abhängig. Ich glaube aber generell, dass es/ Da die Chirurgie auch ein medizinischer Beruf ist und da auch/ und wenn man auch Arzt ist und das alles noch unter den Deckmantel des Arztes läuft (...) hat man in der Bevölkerung noch ein relativ gutes Image, weil man ja Arzt ist. (17:34)

I: Warum entscheidest du zwischen Stadt und Land? Also was ist an den Stadtmenschen anders, als an den Landmenschen? Warum denken die so? (17:43)

B: Die Erfahrungen, die ICH bis jetzt gemacht habe, wenn wir jetzt mal sagen hier ist Land und wo ich studiere ist Stadt. Sind die Leute wesentlich genügsamer, hier im/ auf dem Land. Also da, in der Stadt, wenn jemand fünf Stunden in der Notaufnahme warten musste, dann sind die in der Regel puterrot vor Wut oder richtig sickig. Und hier auf dem Land (...)/ Ja das gehört einfach dazu und das akzeptiert man. Die Leute sind auf Station viel genügsamer, haben/ Also es wird nicht jeden Tag gefragt: „Kann ich jetzt endlich entlassen werden?“. Sondern man setzt noch viel mehr Vertrauen in die Ärzte. Warum das so ist, weiß ich nicht. Aber das sind zumindest die Erfahrungen, die ich gemacht habe. Und also, dass man genügsamer ist, auch mehr Zeit mitbringt, mehr Geduld hat und mehr Vertrauen in die Ärzte hat. Und es ist auch mehr so dieses: „Ja ich will gar nichts wissen“/ Oder viel oft/ man hört ja auch öfters. „Ich will gar nicht wissen, was sie da machen, aber machen sie mich wieder gesund“. Und das hört man in der/ Also in der städtischen Umgebung sehr selten. (18:46)

I: Was müsste sich denn ändern, damit ein Facharzt in Allgemeinchirurgie- oder Viszeralchirurgie für dich in Frage käme? (18:54)

B: Die Arbeitsbelastung und die Hierarchien. Wenn ich/ wenn/ Wenn ich da eine Klink finde, wo/ finden würde, wo man ein gutes Team hat. Aber ich glaube, das ist bei jedem Facharzt Voraussetzung. Oder bei jeder Weiterbildung, wo/ wo es geregelt/ EINIGERMAßEN geregelte Arbeitszeiten gibt. Das man mal länger bleiben muss ist klar, aber, ne? Wo es einigermaßen geregelt ist. Und wo nicht, also wo keine krassen Hierarchien herrschen und wo nicht regelmäßig mit irgendwelchen Instrumenten durch den OP geschmissen wird. Oder was weiß ich. Das/ das wären für mich Voraussetzungen für einen Facharzt in der Allgemein- und Viszeral Chirurgie. (19:37)

I: Kennst du Angebote für Studierende der Medizin, welche dir neben dem Studium noch einen praktischen Einblick in das Fach gewähren? (19:47)

B: Ja. Da gibt es was bei mir im Marienhospital, wo du so ein Chirurgiekompaktkurs an zwei Tagen machen kannst. Da habe ich von gehört. Das habe ich auch mal überlegt, ob ich das machen soll. Dann/ Außerhalb des Studiums auch wirklich? Oder? Also weil im/ in der Uni hast du ja einige – wie heißt es? Qualiprofile, wo man dann Nähen üben kann; was weiß ich. Und sonst ist es immer davon abhängig, wo man hingerät. Also in einer Famulatur hatte ich mal sehr nette Assistenzärzte, die dann für die Studenten, die da waren, einen Kurs gegeben haben, wo man an Schweinefüßen das Nähen geübt hat. Zum Beispiel. Und sonst? Um Chirurgie zu lernen, abseits der Uni ist mir nur dieses eine bekannt. (20:37)

B: Weißt du wie das heißt? (20:39)

I: Nein, aber ein Freund von mir weiß das relativ sicher. Der hatte da glaube ich auch mal von berichtet. (...) Wenn ich mich nicht ganz vertue – kann auch wer anders. Aber irgendwer vom Job. Ich kann das auch nochmal in Erfahrung bringen. (20:48)

B: Nein musst du nicht, ist egal. (20:50)

I: Aber das weiß ich, das war explizit. Da konnten Studenten hin und es ging wohl über zwei Tage und da hat man halt alles an chirurgischen Sachen mal am/ am Schwein oder was weiß ich, an Modellen. Ja. (21:03)

I: Wie findest du solche Angebote? (21:06)

B: Ich finde, also ich finde das super. Weil Chirurgie ist eines der Fächer, wo man einfach stunden-, tage-, wochen-, monate-, jahrelang üben, üben, üben muss. Und jede Möglichkeit, die

sich einem ergibt, finde ich gut zu Nutzen. Ich konnte an den beiden Terminen nicht. Sonst wäre ich da glaube ich hingegangen. Ja. Also ich finde das/ also WENN es solche Angebote gibt, finde ich es super. (21:30)

I: Und unter welchen Umständen würdest du an so einem teilnehmen? (21:32)

B: Wenn es bezahlbar ist. Weil als Student ist das Geld knapp. Und es Sachen sind, die ich noch nicht beherrsche. (21:41)

I: Welche Nationalität hast du? (21:43)

B: Deutsch. (21:44)

I: Wie alt bist du? (21:45)

B: 25. (21:47)

Transkript K5, männlich, 31 Jahre, 12. Semester

I: Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:05)

B: Ich habe Zivildienst im/ als Rettungssanitäter gemacht. Und da muss man ein Praktikum im OP machen. Beziehungsweise in der Anästhesie. Und da ist man dann auch zwangsläufig im OP. Und da war ich (...) ja halt im OP und da fand ich das so cool irgendwie zu sehen, wie die da so operieren und so. Und da habe ich gesagt: "Ich werde Arzt". (00:34)

I: Gab es vielleicht auf Personen, die dich dahingehend beeinflusst haben? (00:39)

B: Nein. (00:41)

I: Im wievielten Semester befindest du dich aktuell? (00:46)

B: Zwölftes. (00:50)

I: Hast du noch einen Nebenjob oder sowas? (00:54)

B: Ja. (00:54)

I: Was machst du da und wie häufig? (00:56)

B: Also Ich arbeite/ Also ich habe (...) bis vor zwei Jahren/ oder bis vor zweieinhalb Jahren, während des Studiums noch im Rettungsdienst gearbeitet und bin Rettungswagen gefahren. Und seit zweieinhalb Jahren arbeite ich in einem kleineren Krankenhaus/ oder nein so klein ist das gar nicht. 380 Betten oder so. In der Notaufnahme. Und das mache ich etwa (...) ETWA/ ETWA im Moment 40 Stunden die Woche, aber sonst waren es/ 40 Stunden im Monat. Aber sonst waren es eher so 70 Stunden im Monat. (01:41)

I: Und wie lassen sich dein Nebenjob, Studium und Privatleben so vereinbaren? (01:46)

B: Mit einer toleranten Frau. (01:49).

I: Wie gefällt dir denn dein Studium? (01:52)

B: Sehr gut. (01:54)

I: Was gefällt dir denn am besten und was am schlechtesten? (01:58)

hier gibt es diesen Modellstudiengang, den ich tatsächlich sehr gut finde. Und DAS finde ich sehr gut. Sehr schlecht finde ich (überlegt)/ Eigentlich sind es nur persönliche Sachen. Also so/ so persönlich, dass ich/ dass ich ein persönliches Problem damit habe, dass es einzelne Personen gib, die in Prüfungen/ Also Prüfer oder/ oder Protokollanten, zum Beispiel, in mündlichen Prüfungen, die in Prüfungen, dann halt nicht das Mitschreiben, was man sagt. Und dann einen

Fehler kriegt. Und wenn man dann in die Einsicht geht, hat man keinerlei Handhabe oder so was. Also so/ Das sind eigentlich nur so (...) INkompetente Mitarbeiter des Modellstudienganges, sage ich jetzt mal. Das ist eigentlich das einzige, was mich mal wirklich genervt hart am Studium. (02:56)

I: Du hast eben gesagt, dass du den Modellstudiengang besser findest, oder gut. Woran machst du das fest? (03:03)

B: Also zum einen: Die Betreuung. Da ist die/ der Modellstudiengang echt/ das schreibt der sich so ein bisschen auf die Fahne, dass/ dass wir gut betreut werden. Und das ist auch der Fall. Das heißt, man hat jeden/ jedes Semester hat man einen eigene/ Also einen Ansprechpartner, einen Koordinator, der das Semester koordiniert. Und der dann da halt so (überlegt) ja der einen bei Fragen zu Verfügung steht, aber auch, der den Stundenplan für einen schreibt und so. Das heißt, man muss keine/ man wählt im Endeffekt keine Fächer, oder sowas. Sondern es wird alles, der gesamte Stundenplan – wird einem vorgekaut. Das heißt, das Einzige was man wählt, sind irgendwelche Gruppen, bei denen man ist, weil man irgendwelche Leute nett findet. Dann kann man sich in so kleineren GRUPPEN – das sind meistens so kleinere Gruppen. Meistens sind es Siebener- oder Fünzfener Gruppen, oder sowas – zusammen tun. Und je nachdem welche Kurse das sind. Die werden in diesen Gruppen absolviert. Und irgendwelche Untersuchungskurse, oder irgendwelche praktischen Sachen und das ist/ Dafür sind halt diese/ diese Koordinatoren unter anderem da. Und zum anderen ist es/ ORGANbezogenes lernen. Das heißt, es gibt SYSTEMblöcke, und nicht so, wie es im Regelstudiengang ist, dass man bis zum Physikum die Naturwissenschaften und die Biochemie LERNT. Und dann (überlegt)/Also erst mal/ und die Anatomie und danach lernt man dann die Pathologie. Also wie geht der Körper kaputt quasi. Und die Klinik ganz zum Schluss. Sondern bei uns ist das so, dass von Anfang an - oder ab dem dritten Semester -/ im ersten Jahr sind noch so Grundlagen, naturwissenschaftliche Grundlagen. Oder im ersten Jahr und danach sofort ab dem dritten Semester gibt es dann diese Systemblöcke, wie dann, zum Beispiel der Herzkreislaufblock. Das heißt man lernt ALLES über die Anatomie des Her/ Herzens. Alles über die Anatomie der/ der Blutgefäße. Dann lernt man alles über die Pathologie. Also wie kann das Ganze erkranken? Man lernt die Physiologie? Als wie funktioniert das Ganze mechanisch? Und physikalisch? Und man lernt die KLINIK: Das heißt, welche Krankheiten gibt es in dem Zusammenhang? Also zum Beispiel, wie ein Herzinfarkt: Was ist ein Herzinfarkt? Da lernt man dann halt nicht nur die/ dass, das irgendwie Schmerzen und Atemnot hervorruft. Sondern da lernt man dann auch vom Pathologen, wie sieht ein Herz aus, was man aufgeschnitten hat, was ein Herzinfarkt gekriegt hat. Man sieht es unter dem Mikroskop und man lernt von den Physiologen, wie halt die Pumpleistung nachlässt und sowas alles. Und man lernt von den Pharmakologen, wie man das dann medikamentÖS behandelt. Und wie da die Hintergründe sind. Und das zieht sich halt immer so Blockweise durch das ganze Studium. Das heißt, man lernt immer in Blöcken, halt ja, den Körper kennen. Und nicht ZUERST Anatomie und dann „wie geht der Körper kaputt“ und dann „wie behandelt ich alles“. Dann muss ich ja ganz zum SCHLUSS, wenn ich mir überlegte: „Wie behandle ich das mir noch mal?“ mir von zweiten Semester die Anatomie überlegen. Und das ist da halt deutlich ja halt/ halt GANZ anders strukturiert. (06:15)

I: Hast du denn dennoch Verbesserungsvorschläge? (06:18)

B: Ja. Also jetzt so spontan fällt mir jetzt nichts ein. Aber was bei uns zum Beispiel auch immer sehr wichtig ist, ist die Evaluation. Wir sind verpflichtet jeden Kurs zu evaluieren. Da gibt es so ein Onlineportal und da kriege ich auf jeden Fall auch immer so/ Das sind dann immer so kursspezifische Sachen, die ich dann da irgendwie anrege. Zum Beispiel gibt es einen Kurs, der/ Das war immer so der fällt ins Dritte, glaube ich. Und das Problem ist, der ist Ende drittes Semester und da ist nur wenig Zeit zwischen den Semesterferien und dem nächsten Semester. Und das heißt also, man lernt am Anfang, vor den Semesterferien, etwas. Dann hat man zweieinhalb Monate Semesterferien und dann kommt der zweite Teil. Und dann erst die Klausur. Das heißt, man muss sich da auch wieder dran erinnern: Was hat man denn vor den Semesterferien überhaupt gelernt? Und da ist natürlich die Motivation – dann da überhaupt zuzuhören – extrem gering, weil du vergisst ja EH alles. Und deswegen haben wir/ habe ich, zum Beispiel auch mal angeregt/ aber das habe nicht nur ich alleine, sondern auch viele andere, die gesagt haben: „man sollte das entweder zusammen packe, also vor oder nach den Semesterferien. Oder das man halt, zum Beispiel, vor den Semesterferien ein Klausurschreibt über den Stoff, den man vorher hatte und dann nach Semester“. Sowas halt, ne? Ist auch mittlerweile so umgesetzt. (07:38)

I: Inwiefern denkst du denn, dass deine Zeit während des Studiums relevant für deine Karriere ist? (07:49)

B: Die Zeit wär/ JA, so ganz verstehe ich die Frage nicht, weil: Natürlich ist das äußerst relevant, weil: wenn ich keine Zeit (lachend) für das Studium investiere, beziehungsweise, wenn das Studium einen Tag dauert, dann kann ich ja auch nicht arbeiten (...) und keine Karriere machen. (08:10)

B: Also was würdest du sagen, was für Faktoren sich vielleicht positiv-, und welche negativ auf deine Karriere auswirken? (08:18)

B: (überlegt) Also ich glaube, dass die Tatsache, dass wir auch so Untersuchungskurse relativ frühe haben. Also sehr früh mit Patienten in Kontakt kommen und so. Ein früh/ Also durch einen frühen Patientenkontakt, dass ich dadurch mehr Sicherheit im Umgang mit Patienten habe, und zumindest am Anfang - also ich glaube jetzt nicht, dass mich das von jemanden unterscheidet, der Regelstudiengang gemacht hat, wo der jahrelang keine Patienten sieht; nur irgendwie am Ende – und ich glaube nicht, dass sich dann nach einem Jahr irgendwas unterscheiden würde. Aber ich glaube, so in dem ersten halben Jahr vielleicht, um reinzukommen in das Studium und in den/ Quatsch in die Arbeit und in das/ in das Berufsleben und Stationsarbeit, und so. Dass, das vielleicht schon (überlegt) einen gewissen Vorteil bringt. Aber ansonsten würde ich sagen: „Scheiß egal. Man kriegt überall Jobs, man kann überall Karriere machen. Egal, was man studiert, oder wie man studiert hat (lachend). (09:21)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir so nach dem Studium offenstehen? (09:29)

B: (überlegt) Och, ich glaube ich habe einen ganz guten Überblick darüber. (...) Also, ich gehe davon aus, dass na/ Also ich kann natürlich jegliche Form von/ Also ich bin dann ja Arzt, nach dem Studium. Und ich kann in/ jegliche Form der Arbeit im Krankenhaus machen, wie natürlich auch in der Praxis, wie in der Forschung, wie in der Pharmaindustrie. Selbst als Büro/ Also UNTERNEHMENSberater könnte ich – denke ich – problemlos arbeiten. Also (...) ja. (10:04)

I: Und inwiefern hast du einen Überblick über die Facharztztrichtungen? (10:08)

B: Da habe ich, glaube ich, auch einen ganz guten Überblick drüber (lachend). Also ich kann da jetzt nicht jede einzelne Facharzttrichtung wahrscheinlich aufzählen, die es gibt, weil da gibt es/ Obwohl? Ja wahrscheinlich mit genug Zeit (zu sich selbst sagen), ja. Aber (überlegt) wir haben/ Also ich/ Willst du jetzt von mir verschiedene hören, oder? (10:37)

I: Nein. (10:38)

B: Gut. (10:39)

I: Was möchtest du denn nach dem Medizinstudium machen und warum? (10:45)

B: Ich möchte als Arzt arbeiten, weil ich dafür studiert habe. (10:52)

I: Ja, (...) (10:58)

B: Willst du eine Fachrichtung lieber hören? (10:59)

I: Ja genau. Hast du schon ein bestimmte Fachrichtung und woran liegt es, dass du diese Fachrichtung magst? (11:07)

B: Also so GANZ genau weiß ich es noch nicht. Aber, das hat sich auch immer Laufe meines Studiums bestimmt fünf Mal geändert – aber momentan gibt es so zwei Favoriten, die ich bevorzuge. Punkt Nummer Eins: Ist der Nephrologe, der Nierenfacharzt. Und (...) das würde ich gerne machen, weil ich die Niere einfach klasse finde. Mich das sehr interessiert und man da (...) viel nachdenken muss. Ja? Also, das schreckt viele ab. Also viele, glaube ich, wollen kein Nephrologe werden, weil das eben so kompliziert ist. Aber ich finde das gerade deswegen sehr interessant. Und zum anderen kenne ich jetzt auch durch das PJ – da einen GROßTEIL, oder

den größten Teil der Klinik/ oder des/ des Personals, von der nephrologischen Klinik hier in – und das ist ein total nettes Team und eine sehr angenehme Arbeitsatmosphäre. Und das ist auf jeden Fall mit ein Grund, warum ich sagen würde: „Ich würde in Nephrologie gehen“. Und zweitens: die GYNäkologie. Da habe ich mal ein Praktikum gemacht und habe merkt, dass das eine schöne Mischung ist, aus Nachdenken und Operieren. Und der Nephrologie operiert GAR NICHT: Also gar nicht im Sinne von: GAR NICHT. Der/ Also der macht wirklich nur das/ das /das INVASIVSTE, was DER macht, ist mit einer Nadel in die Niere stechen. Und das ist alles. Und ich habe gemerkt, dass mir OP schon Spaß macht. Und da stelle ich mich auch nicht so doof an. Und deswegen würde ich gerne, EIGENTLICH auch ein bisschen was operierendes machen, aber ich will halt kein CHIRURG werden. Weil da verdummt man dann doch schon ziemlich, wenn man den ganzen Tag im OP steht. Und ich möchte schon ganz gerne mal ein EKG befunden können, oder so. Und deswegen habe ich so ein bisschen die Hoffnung, dass die Gynäkologie da eine gute Mischung ist. (13:34)

I: Was würde denn deine Wahl zwischen diesen zwei Fachrichtungen erleichtern? (13:19)

B: Ich/ Wenn ich herausfinde, dass ich mich, zum Beispiel, bei der Gynäkologie geirrt habe (lacht). Das es nicht Nachdenken ist, oder/ UND/ Also ich werde jetzt erst/ Also ich werde im/ in acht Monat/ acht Wochen werde ich in der GYNÄKOLOGIE einen Einsatz haben, für vier Monate. und wenn ich dann dort feststelle, dass zum Beispiel das Team echt scheiße ist, und dann ist für mich klar, da gehe ich nicht hin! Weil das ist/ Das WICHTIGSTE an er ganzen Arbeit – und da würde ich eher Augenheilkunde machen, als Nephrologie – sage ich jetzt mal –, wenn sich rausstellt, dass die Nephrologen jetzt alle scheiße sind, und die Augenheilkunde mega coole Leute. Und eine nette Arbeitsatmosphäre. Das ist für mich viel wichtiger, als das Fach selber. Weil im Endeffekt BEGEISTERN kann man sich für alles. (14:17)

I: Du hast eben gesagt, dass sich dein Berufswunsch schon fünf Mal im Laufe des Studiums verändert hat. Kannst du mal darlegen inwiefern sich das so von Anfang bis Ende immer geändert hat? (14:26)

B: Ich bin gelernter Zimmermann. Und als ich angefangen habe zu studieren, habe ich gedacht: Ich werde auf JEDEN Fall Orthopädie oder Unfallchirurg. Schön sägen und bohren. Das ist mein Ding. Als ich dann die ersten Fachrichtungen/ die ersten VORlesungen gehört habe, die so klinischen Bezug, eine klinische Relevanz hatten – das war dann glaube ich so im (...) ersten Semester glaube ich schon. Oder zweiten? Ich weiß nicht, auf jeden Fall sehr früh, – habe ich gemerkt, dass ich doch lieber Arzt werde, als Unfallchirurg. Und dann habe ich/ Als ich den K/ Den Herzkreislaufblock, das hatte ich eben ja zum Beispiel mal erwähnt. Als ich den Herzkreislaufblock gelernt habe – und da war auch Lunge–Atmung. Das hängt so sehr zusammen, das ist auch ein und derselbe Facharzt. Da habe ich gemerkt: ich würde auch gerne Kardiologe werden. Weil Kardiologe finde ich auch klasse. Und dann war für mich immer klar: Ich werde Kardiologe. Dann habe ich mitbekommen, dass zum Beispiel der Kardiologe vermutlich der (überlegt) Assistenz, oder der/ der Facharzt ist, von den internistischen Fachärzten, der am meisten Arbeiten muss. Und hier die beschissensten Arbeitsbedingungen unter den Internisten hat. Dass das für mich dann auch rausgefallen ist. Und dann habe ich gemerkt, dass ich die Niere gut finde. Und da habe ich dann auch wieder gemerkt, die Niere operieren tun die Urologen. Und deswegen fand ich die Urologie ganz interessant. Habe dann aber auch relativ früh gemerkt, dass ich/ da habe ich auch mal Famulatur, also Praktikum gemacht. Das war auch ganz cool, aber //(überlegt) Doch interessanter fand ich dann die NEPHROLOGIE, also den Internisten, der sich mit der Niere dann auskennt. Und das war dann, glaube ich, tatsächlich so, bis zum Schluss, immer so mein/ mein F/ mein Favorit. Ganz am Anfang hatte ich auch mal Onkologie. Fand ich auch mal gut. Weil das auch so ein Facharzt ist, der so viel denken muss, und so viel wissen muss. Das hat mich beeindruckt. Aber Onkologie mache ich/ werde ich nicht. (16:37)

I: Welche Facharzttrichtungen würdest du auf jeden Fall ausschließen? Oder was würdest du/? (16:43)

B: Neurologie, Psychiatrie und Kinderheilkunde. (16:46)

I: Warum? (16:47)

B: Weil die Kinderärzte hier, da habe ich auch mal ein Praktikum gemacht, in der Uniklinik. Und die waren alle DERmaßen/ die hatten so einen Stock im Arsch und waren so (überlegt) un-freundlich. Und da war so eine beschissene Stimmung, dass mir das alles kaputt gemacht hat. Also ich wollte es eh nie werden, aber da hat mich das nochmal bestätigt. Psychiatrie: Ich (...) habe ein großes Problem damit, (...) gewisse psychische Erkrankungen ernst zu nehmen. Also als Arzt darf man natürlich bei einem Depressiven nicht sagen: „Jetzt reiß dich mal zusammen“ weil das ist ja eine Krankheit. Aber trotzdem denke ich das halt sehr häufig (lachend) und das wäre ziemlich fehl am Platze. Und das ist für mich zu viel Larifari. Irgendwie so nichts Konkretes und sehr frustrierend, weil wirklich HEILEN tut man die Leute ja nicht. Man behandelt die ja nur und stellt Diagnosen. Und das ist so ein bisschen unbefriedigend. Und in der NEUROLOGIE, da halte ich mich für zu dumm. Also da muss man – zumindest habe ich das Gefühl – so viel Neuroanatomie wissen, diese ganze Anatomie der Nerven und des Gehirns. Und wie das mit diesen ganzen Transmitter und Botenstoffen. Das habe ich irgendwie nie kapiert. Auch durch die Neuroprüfung bin ich so mit Ach und Krach, mit einer vier, durchgekommen. Ja und deswegen wäre das nichts für mich. (18:22)

I: Wie empfindest du das Image der Chirurgen? (18:28)

B: (überlegt) Ja es kommt so ein bisschen drauf, was für eine Chirurgie. Also der Allgemeinchirurg – auch Viszeral Chirurg genannt. Oder beziehungsweise, in der Regel ein Viszeralchirurg, ist für mich doch ein/ gehört mit zu der richtigen Medizin. Also so /so, es gibt so zwei/ Also ich finde der InternIST und der Allgemeinch/ oder Abdominalchirurg. Das sind so die zwei Ärzte. Alles andere, weiß ich jetzt nicht so. Aber, weil das ist so, das was die Leute haben. Und was die Leute/ womit man die behandelt. Und der Viszeralchirurg muss tatsächlich auch was nachdenken. Der darf nicht einfach so drauf los schnibbeln. Der UNfallchirurg, der hat das einfachste Leben der Welt. Also das ist/ der muss überhaupt nicht nachdenken. Der steht den ganzen Tag im OP und das ist halt wirklich/ da braucht man auch kein Medizin für studiert zu haben, um Unfallchirurg zu werden. Und dasselbe gilt für (...) ja Gefäßchirurgie. Es gibt ja so viel ver/ Also plastische Chirurgie muss man auch kein Me/ Arzt für sein, um plastische Chirurgie zu machen. Also da macht man Handchirurgie, da macht man Verbrennungen, aber das ist alles. Kann man sich alles im VHS-Kurs selber beibringen. (19:50)

I: Was würdest du denn sagen, wie die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image der Chirurgie empfindet? (19:58)

B: Ähnlich (überlegt) und ja, ich/ ich würde sagen, vielleicht nicht ganz so DRastisch, wie ich das jetzt ausgedrückt habe, aber ich glaube tatsächlich, dass der/ das Image des Chirurgen doch (überlegt) nicht das BESTE ist. Andererseits muss man sagen (überlegt), dass natürlich viele Medizinstudenten Chirurgen WERDEN. Ja sonst würde es die ja nicht mehr geben. Also glaube ich, dass die da auch in gewisser Weise (überlegt) nicht ganz so kritisch damit umgehen. Ich glaube die, die Chirurg werden, sind sich schon dessen bewusst, dass die große Medizin vorbei ist. (...) Zumindest bei einen Unfallchirurgen. (20:48)

I: Und was würdest du sagen, hält die Allgemeinbevölkerung von Chirurgen? (20:52)

B: Das sind die richtigen Ärzte. (...) Die flicken einen zusammen, die HEILEN natürlich direkt. Das ist ja das Tolle, ne am Unfallchirurg. Wenn man sich das Bein bricht, dann kriegt man zwei Nägel da rein und einen Gips. Und dann gehst du nach Hause. Und dann bist du geHEILT. Aber wenn man dann Diabetes hat und man geht dann zum Arzt. Der macht dann nicht zwei Nägel rein und einen Gips und dann ist die Diabetes geheilt, sondern den hast du dein Leben lang. Und wenn du Glück hast, stirbst du nicht dran. Und wenn du Pesch hast schon, aber das (überlegt)/da /das/ dass da halt viel (überlegt) denken hinter steckt und (überlegt) so, dass/ und das sehr anspruchsvoll ist, das glaube ich, sehen/ sieht die Allgemeinbevölkerung nicht so. Genauso ist der Hausarzt ja schon fast – wenn man sagt, ich will Hausarzt werden, ist ja schon fast ein Schimpfwort. Wobei der Hausarzt ja einer der wichtigsten Ärzte, wenn nicht der wichtigste Arzt im deutschen Gesundheitswesen ist. Und in den meisten Fällen, die ich kennengelernt habe, auch tatsächlich gut ausgebildet sind. Und teilweise auch echt was auf dem Kasten haben und das wird aber oft nicht gesehen und es ist sehr schade. Und das heißt also, im Endeffekt muss man sagen, in der Allgemein Bevölkerung würde ich denken, der Chirurg ist der richtige Arzt. Und die anderen, da weiß man nicht so genau, was die machen. (22:17)

I: Was müsste sich denn ändern, damit ein Facharzt in Allgemeiner oder Viszeralchirurgie für dich in Frage käme? (22:26)

B: Interessanterweise, mittlerweile gar nicht mehr so/ Also ja gar nicht mehr so viel. Weil ich habe viel/ Jetzt zwei Monate war ich in einer Abteilung. In der Allgemeinen und Viszeralchirurgie und das hat mir echt Spaß gemacht. Weil ich da/ das Team war so cool. Der Chef war komischer Typ, aber der Rest war total cool. Und ich durfte da mega viel machen und habe da echt schnell viel Verantwortung übergeben bekommen. Und das war echt cool. ABER – und da war ich zu dem Zeitpunkt dann begeistert – und jetzt bin ich da so zurückblicke, muss ich sagen, das hat mir Spaß gemacht, das war cool. ABER sehr/ obwohl das Team eben das war super! Ja? Das war wahrscheinlich das, warum ich es so cool fand. Und warum ich sagen würde, das käm für mich in Frage, weil das TEAM so super war. Und da echt/ das einfach SPAß gemacht hat da. Aber ich habe gemerkt, es gibt erstens vielleicht sogar noch coolere Teams und zweitens, wenn das Team cool ist und die Arbeit sogar noch cooler ist, dann werde ich doch eben lieber Nephrologe, zum Beispiel. (23:56)

I: Kennst du Angebote für Studenten, die dir neben dem Studium einen praktischen Einblick in die Medizin gewähren? (23:46)

B: (überlegt) Ja, also es gibt so speziell quasi serielle Fortbildungen für Medizinstudenten. Die so ein paar Mal im Jahr, gibt es sowas, zum Beispiel, für Chirurgen hier, das nennt sich dann irgendwie so (...) „Chirurgie trau dich“, oder irgendwie so. Also ich meine da spielen die ja schon damit, dass sie ein schlechtes Image haben. Auf jeden Fall da/ da lernt man, zum Beispiel, praktisch Nähen und Knoten und Gipse anlegen und sowas alles, ja? Also das kenne ich. Ansonsten neben dem Studium? (überlegt) Ist halt die Frage (...) was du meinst. Also wenn es ein Nebenjob ist, zum Beispiel, dann ja. Und wenn es einfach nicht dann ist, natürlich die Frage: Was für ein Interesse hat ein Medizinstudent neben seinem 40-Stunden die Woche-Studium, noch in seiner Freizeit irgendwo was anderes Praktisches zu machen, was nicht wirklich hoch interessant ist? Also das muss ja wirklich, dann wie dieses Chirurgie-Ding, wo man halt wirklich richtig coole Sachen machen kann. Ja das ist natürlich für/ für Mediziner auch cool, wenn man mal Nähen darf, für Studenten. Aber ich wüsste jetzt/ wüsste ich jetzt nicht. Und wenn es sowas geben sollte, müsste es halt wirklich herausragen sein. (25:16)

I: Also, das wäre die Bedingung unter der du dann teilnehmen würdest? (25:13)

B: Ja es muss ersten kostenlos sein für einen Studenten. Und zweitens muss es einfach mega (...) gut sein. Und/ und HOCHinteressant, weil ansonsten (überlegt), warum sollte man das machen? Also (...) ich glaube auch, dass der größte Teil der Medizinstudenten KEIN Interesse daran hat, neben dem Studium, oder beziehungsweise die würden sich wünschen vielleicht mehr praktische Erfahrung zu haben, bevor sie in den Job gehen, aber freiwillig dann noch mehr Stunden zu machen und die einzige Freizeit quasi die sie noch haben, zu opfern, das glaube ich, da sind die wenigsten bereit für. (26:03)

I: Wie alt bist du? (26:26)

I: 31. (26:07)

I: Welche Nationalität hast du? (26:10)

B: Deutsch. (26:10)

I: Kurze Nachfrage, du hast gesagt du hast vorher gesagt du hast vorher Tischler gelernt? (26:14)

B: Zimmermann. (26:15)

I: Zimmermann, Zimmermann. Sorry. Wann hast du denn dann mit dem Studium begonnen? Direkt nach der Ausbildung, oder hast du erst in dem Beruf gearbeitet? (26:22)

B: Weder noch. Ich habe (überlegt) meine Aus/ Ich habe zuerst Zivildienst gemacht. Dann habe ich ein Jahr bei einem Zimmermann gearbeitet. Dann habe ich meine Ausbildung gemacht.

Dann habe ich zwei Jahre im Rettungsdienst gearbeitet und DANN habe ich mein Studium angefangen. (26:41)

Transkript K6, weiblich, 32 Jahre, 12. Semester

I: Warum hast du dich dafür entschieden Medizin zu studieren? (00:06)

B: Ha! (überlegt) In erster Linie – das hört sich blöd an, aber weil man Menschen helfen will. (...) Ja. Ich habe immer gedacht, der Grund, warum der Mensch ein Gehirn hat ist, dafür da, damit man sich gegenseitig helfen kann. (00:22)

I: Gab es denn spezielle Personen, Ereignisse oder Erfahrungen, die dich dahingehend beeinflusst haben? (00:28)

B: Also, erst mal habe ich mein erstes Praktikum mit 14 gemacht im Krankenhaus. Und das war ein Schülerpraktikum. Und ich war total naiv. Und ich weiß noch, dass das eine ältere Frau war. Eine Oma. Und sie gesagt hat: „Och, ich habe Apfelsaft umgeschüttet“. Und ich mit 14 zur Schwester: „Schwester, da ist Apfelsaft auf dem Boden“. Und natürlich war es kein Apfelsaft. Ja! Und später mit Emergency-Room, und dann dachte ich: Yeah, geil! Und dann habe ich Schwesternausbildung gemacht. Und dann habe ich schnell gemerkt: Gefällt mir überhaupt nicht. Man hat uns viel zu viel Wissen mitgegeben, für das, was du als Schwester dann machst. Und dann bin ich AUSgewandert. Habe abgewartet, bis mein Numerus Clausus (...) akzeptiert wurde. Wie das/ Also, dass ich per Wahllosverfahren rein komme. Und bin dann wieder zurück. (...) Ja. Und dachte: Jetzt kannst du ein bisschen mehr Verantwortung übernehmen und musst nicht nur ausführen. (01:30)

I: Du bist ausgewandert? Wohin und was hast du da gemacht? (01:34)

B: Ich habe auch als Schwester dann in Schottland gearbeitet. Und da hat man quasi DAS gemacht, was du jetzt hier als PJler machst (lachend). Ja. (01:44)

I: Im wievielten Semester bist du aktuell? (01:46)

B: Zwölf. (01:47)

I: Hast du neben dem Studium noch einen Nebenjob? (01:49)

B: Ja. (00:50)

I: Was ist das und was für einen Zeitlichen Aufwand verwendest du darauf pro Woche? (01:56)

B: Also ich bin angestellt für zehn Stunden pro Woche an der Uniklinik. Aber AUFwenden tue ich nur vier (lachend). Was ganz nett ist. Das habe ich mir aber auch erarbeitet. Vor fünf Jahren habe ich da als Blutabnahme-Hiwi morgens angefangen. Und NACH und NACH sind alle Hiwis groß geworden, und Ärzte geworden. Und dann war ich die Hiwiälteste. Und dann, ich so: „Ja, wie wäre es denn mal mit einem Hiwi, der die andern Hiwis einarbeitet und Dienstplan schreibt“. Und jetzt kriege ich sechs Stunden die Woche für Dienstplan schreiben und (...) STUDENTEN einarbeiten. Was ganz nett ist und, ja. Es ist ganz gechillt. Ja. (02:33)

I: Wie gefällt dir dein Studium? (02:36)

B: Also ich f/ Jetzt im PJ vermisse ich das Student sein. Das FREI haben und das REISEN. Und weiß jetzt das Semesterticket zu schätzen. Aber ich weiß generell Deutschland zu schätzen, weil die mir durch das Bafög, das doch echt ermöglichen. Und (überlegt) das Studium selber. Also wenn man mich jetzt nochmal fragen würde: Würdest du es nochmal machen? Würde ich sagen: „Nein“. (03:08)

I: Warum? (03:09)

B: Weil ich einfach die Arbeitsbedingungen in Deutschland (...), das Gesundheitssystem, Qualität, was Patientenpflege angeht, total in Frage stelle, weil ich jetzt einen Vergleich habe mit Schottland. (03:22)

I: Was ist da anders? Kannst du das mal ausführen? (03:26)

B: Ja. Also das/ Also Schottland ist ja auch nicht vergleichbar mit England oder Wales. Aber die schottischen Schwestern nehmen das Blut ab, die legen Kanülen, die gucken sich die Labore an, mache die Verbände. Und da sind die Ärzte mehr für die Diagnostik und die Auswertung der Diagnostik da. Und das (...) fehlt mir hier total, dass das Pflegepersonal so unterdrückt wird. Und (überlegt) die Patienten ka/ Also die Pflege der Patienten so total untergeht. Da kann ich als Arzt auch später nichts dran machen. Und ja, mich belastet das total, dass die Pflege immer noch so ausgenutzt wird und dass sich die Pflege sich nicht wehrt. (...) Ja. Da leide ich ziemlich drunter. Und – ja sonst, habe ich jetzt einen. Als ARZT werde ich ein gechillteres Leben haben. Ich/ Da werden mich andere Sachen vielleicht aufregen, als Schwester. Aber, ich habe nicht mehr diesen Druck vom Patienten, dass ich dem gerecht werden muss und gleichzeitig ein Bett auswaschen muss. Und ja. Also ich werde nicht mehr von ALLEN Seiten belagert, sondern nur von zwei, drei. Was ganz nett ist. (04:33)

I: Du studierst ja den Modellstudiengang. Hast du noch Verbesserungsvorschläge, was das angeht? (04:42)

B: Auf meine Uni bezogen nicht. Ich kann das jetzt nur am Vergleich sagen. Eine Kollegin ist in Köln. Und da gefällt es mir hier tausend Mal besser, von dem was ich gehört habe. Wie nachher zum Beispiel die Basisprüfung abläuft, ist das alte Physikum. Ist hier – finde ich – viel, viel besser, weil Physio rausfällt und Biochemie. Das wird alles gar nicht mehr gefragt und dadurch bist du viel mehr direkt in der Klinik drin von Anfang an. Also ich würde jedem empfehlen in hier zu studieren. Von der Uni er. Ja. (05:16)

I: Inwiefern denkst du, dass deine Zeit während des Studiums relevant für deine Karriere ist? (05:23)

B: (...) Also ICH denke, man kann das gut/ Studium gut verkürzen. Mindestens um ein Jahr. (...) Also ich denke das PJ gehört (überlegt) nach der Ausbildung/ Also: Schriftliches Staatsexamen, mündliches Staatsexamen, fertig sein, Doktor sein und dann als der frühe AIPler, oder wie in der Schweiz Unterassistent anfangen. Mit weniger Kohle, aber dafür supervised von anderen Assistenzärzten, dass man NICHT von dem Studentenstatus direkt in den Assistenzarztstatus reingeworfen wird. Weil DAFÜR werden wir im PJ einfach zu sehr ausgenutzt und du kriegst GAR NICHT das mit, was du wirklich nachher brauchst. (06:05)

I Was würdest du denn/ (06:09)

B: Also gerade, die die halt KEINE klinische Erfahrungen haben. Die, die 25 sind, die haben ja jetzt vielleicht noch nicht so viele Leute sterben gesehen, oder wiederbelebt, wie jetzt mein Kumpel im Rettungsdienst, oder wie ich im/ als Krankenschwester schon vorher gesehen habe. (06:26)

I: Inwiefern hast du denn einen Überblick über Berufsmöglichkeiten, die dir jetzt nach dem Studium offenstehen? (06:34)

B: JA, du hast natürlich die ganze Stations- (überlegt)/ Stationsarztgeschichte. In jegliche Fachrichtungen. Und NACHHER dann die Mögliche Weiterbildungen. Aber, es fehlen schon die Informationen von der Uni. Darüber welche Seitenäste es eigentlich auch gibt. Dass du nicht nur in die Arbeitsmedizin rutschen kannst, oder in die Forschung. Sondern, dass du nebenbei einfach noch geil Gutachten schreiben kannst, und/ Oder bei der Polizei Blut abnehmen kannst und dadurch einfach ein bisschen Kohle reinziehst. Ja. Also die Info wird schon zurück gehalten. Aber das hat bestimmt auch seinen Grund. Weil man will die Leute ja in der Klinik halten (lacht). Ja. Aber grundsätzlich würde ich sagen, bin ich NICHT so gut darüber informiert. (07:24)

I: Und über die Facharzttrichtungen? (07:26)

B: Ja das guckt man sich ja durch die Famulaturen und nachher durch das PJ auch ein bisschen an. (Überlegt) Trotzdem weiß ich noch nicht, was ich will. Weil (...) ich glaube, dass das (...)/ Jeder hat ja so seinen eigenen individuellen Ziel, was er sich dann von Leben erwartet. Und man hat die Arbeit ja dadurch entweder (...) mehr als die Hälfte einen Anteil, oder weniger (...). (07:55)

I: Aber warum, weißt du noch nicht was du machen willst, also woran liegt das? (08:00)

B: Ah, dass liegt an meinem Alter. Das liegt an der Beziehung, die ich mit meinem Partner habe und weil ich noch nicht weiß, was ich will. (...) Und ja. Also ich bin schon/ Ich möchte GELD haben. Also ich möchte nicht umsonst arbeiten (...). Also dafür habe ich schon meine Ausbildung gemacht und dafür habe ich jetzt ein anderes System kennengelernt, wo ich gesehen habe: Das muss nicht so sein. Und nur weil den Deutschen das vorher irgendwie ALLE anderen in der Welt irgendwie verteufelt. Und Deutschland ist ja so gut. Aber das sehe ich halt nicht so. Ich habe ja den Vergleich. (08:36)

I: Was würdest du denn generell sagen, von welchen Faktoren deine Berufswahl dann abhängig ist? (08:40)

B: Definitiv work-life-balance. (überlegt) Genderfairness. Keine Diskriminierung aufgrund meines Geschlechtes und (überlegt) Kitaplätze. Ja. (...) Und Förderung von Frauen. Also einfach die Gleichberechtigung, die fehlt schon. Also ich höre immer noch von Chefärzten, die stellen keine Frauen ein, weil die eine Gebärmutter haben und ja, könnte ich kotzen, ne? (09:13)

I: Was würde dir denn deine Wahl erleichtern? (09:16)

B: Bessere WERBUNG von den einzelnen Fachrichtungen. Dass die dir zeigen, wir haben voll Bock auf dich. Und auch gleichzeitig einen vernünftigen Ausbildungsplan dahinzulegen. Und nicht dieses: Ja wir bilden dich aus in fünf Jahren, oder sechs, oder sieben und dann gucken wir einfach mal, wenn du ein Kind kriegst, dann hast du entweder Pech gehabt, oder du gliederst dich halt irgendwie wieder ein. Und ja ich finde die/ Wir haben halt diesen Ausbildungskatalog, aber der ist sehr (...) WENIG Struktur drin. Also es wird angekreuzt, was angekreuzt wird, was dir noch fehlt eventuell, wenn du dann als Facharzt übernommen werden sollst in der Klinik. Und ja, bessere Kooperation zwischen den Krankenhäusern. Also entweder das, das gibt es ja. Oder (...) ja einfach vorher einen festen Plan, dass sich jedes Jahr einer mithinsetzt und sagt: „Findest du, du hast jetzt gerade das erreicht, was du wolltest in dem Jahr?“. Ja. (10:13)

I: Inwiefern hat sich dein Berufswunsch im Verlaufe des Studiums verändert? (10:19)

B: (lacht) Ganz oft. Aber auf Grund von privaten Gründen und auch von dem, was man dann in den Praktika mitkriegt und (...) ja. Je älter du wirst – irgendwie – verändert sich ja auch alles. Ja. (10:35)

I: Gab es spezielle Facharzttrichtungen, die du mal favorisiert hast oder wie hat sich das verändert? (10:40)

B: Indem ich dann auf der Station war und dachte: Ja, ach du scheiße. Habe ich ja gar keinen Bock drauf (lacht). Ja. Also bei mir ist das total teamabhängig. Also dann werde ich so angefixt. Für mich ist das Team eigentlich das Wichtigste und die Fachrichtung doch schon, so das, was hinten dran steht. Aber trotzdem möchte ich FAIR bezahlt werden. Ja. Und was war die Frage? (10:06)

I: (überlegt) Wie sich die Berufswunsch im Verlauf des Studiums verändert hat. (11:12)

B: Ja auf jeden Fall mit Wissen auch. Also je mehr Wissen du durch das Studium gekriegt hast und durch die Praktika, und durch nette Menschen und Kollegen. Hattest du dann Bock doch auf einmal auf NIERE. Und im ersten Semester dachtest du: Die Niere?!. Und ja. Und irgendwann hörst du dann doch Herzrhythmusstörungen und Klappenfehler. Und jetzt denkst du so: Ja ist voll geil. Dann zeigst du das einem jüngeren Semester und die stehen da genauso vor der Mauer, vor der DU vor vier Jahren gestanden hast. Ist dann ganz cool. Also eigentlich kann ich mir alles vorstellen, solange das Team stimmt. Und ja. Die einfach auch Zeit und Bock haben dich einzuarbeiten. (11:48)

B: Also es gibt jetzt keine Facharzttrichtung, die gar nicht für dich in Frage kommen würde? (11:52)

B: (überlegt) Gar nicht in Frage (...) Psychiatrie. (12:02)

I: Warum? (12:03)

B: Und Neurologie! Neurologie ist mir einfach zu kompliziert. Das muss/ Behalte ich alles gar nicht mehr. Und die Patienten (...) die siehst du halt jedes/ die siehst du dahin siechen, über ganz lange Zeit. Da mache ich lieber Onkologie und mache ein schönes Ende. Mache ein schönes Ende/ ein schönes Ende mit denen. Begleite die bis zum Tod. Was ja auch was sehr positives für einen selber mitbringen kann, wenn man jemanden schön bis zum Tod begleitet (überlegt). Aber Psychiatrie: NEIN! (...) Crazy People. Nein. Drehtürpatienten. Rein, raus mit demselben Problem. Nein. (12:44)

I: Wie empfindest du das Image der Chirurgie? (12:50)

B: ICH bin Chirurgie-Schwester. Ich liebe die Chirurgie! (...) Also bin in der Chirurgie groß geworden und ich liebe die Chirurgie! Ich mag das total, dass (überlegt)/ Dass da KLARE St/ strikte Anweisungen gegeben werden, ohne viel Drumherum-Gepuffe und ja. (...)

I: Was denkst du denn wie die Allgemeinheit der Medizinstudenten das Image empfindet? (13:20)

B: Ich glaube, es kommt drauf an ,wie alt du bist und wie du als (...) FRAU groß geworden bist. ODER auch jetzt als Mann. Ja. Manche kommen damit einfach von Grund auf überhaupt nicht klar. Was aber auch nicht heißen muss, dass es richtig so ist, wie es jetzt läuft. Also ich finde die Chirurgie kann und muss sich auch verändern. Gerade auch mit dem Frauenanteil. Aber es ist auch jeder Zeit möglich. Also nur weil es heißt, wir operieren auf einmal von acht bis 16 Uhr. Und wenn man dann mehrere Frauen einstellt, die schwanger sind, dass man dann sagt: „Okay dann operieren wir halt von neun bis 18 Uhr“. Was ist das Problem? Dass man da ein bisschen flexibel ist. Also Deutschland ist ein reiches Land. Und dass da diese Mauern aufgesetzt werden, das ist für mich absolut unverständlich. Und ja, ich war jetzt auf dem Chirurgenkongress. Da war das ein großes Thema. Wie kriegen wir Frauen in die Chirurgie? Und das ist einfach mit Flexib/ Flexibilität zu erreichen, meiner Meinung nach. (14:21)

I: Du hast ja eben gesagt, dass manche nicht damit können. Also mit der Chirurgie. Warum, woran liegt das deiner Meinung nach? (14:30)

B: Charakter (...) von allen/ Also von sich selber, den man dann mitbringt. Als auch den Charakter/ Charakteren von den Vorgesetzten. (14:41)

I: Wie sind die? (14:42)

B: Kommt drauf an. Also das kann man gar nicht so/ Ich würde die Chirurgie nicht in einen Topf werfen. Es gibt ganz tolle Chirurgen. Es gibt richtige Arschlöcher (lachend) und ja. Wer hat Bock für ein Arschloch zu arbeiten? Keiner! Ob die jetzt Internisten sind, oder Chirurgen. Ja würde ich/ Also ich habe viel schlimmere Internisten jetzt kennengelernt, als ich Chirurgen kennengelernt habe. (15:08)

B: Was würdest du denn sagen, wie die Allgemeinheit der Gesamtbevölkerung das Image von Chirurgen wahrnimmt? Oder Chirurgeninnen? (15:16)

B: Arbeitstiere, keine Zeit für Freizeit (überlegt) Mannsweiber (überlegt). Ja es ist eigentlich ziemlich traurig. (...) Ja. Hat die Chirurgie nicht verdient, meiner Meinung nach. Weil ich habe richtig tolle FRAUEN und als Chirurgen kennengelernt, und die haben genau so gute Arbeit geleistet, und in manchen Sachen sogar echt besser. So dass ich gesagt habe: „Boah, wenn ich Patient wäre, will ich von der operiert werden“. Frauen bringen da ganz andere Qualitäten mit. Nicht besser, aber anders. Aber es ist auch nicht mehr genderspezifisch. Würde ich gar nicht mehr so in diese Schubladen packen. (16:01)

I: Was müsste sich denn für dich ändern, damit für dich ein Facharzt in Allgemein- oder Viszeralchirurgie in Frage käme? (16:08)

B: (überlegt) Definitiv Überstundenbezahlung. Dass, das geregelt ist. Und (überlegt) (...) Ja. Also faire/ und Freizeitausgleich. Also dann kann man auch schon gerne den Facharzt nach ACHT Jahren machen und nicht nach FÜNF. Also ich finde dieses reingequetsche in fünf Jahren, so ein bisschen (...)/ Wer hat die fünf Jahre festgelegt? Man hinterfragt sonst auch irgendwie alle Zeiten bei Krankheiten. Warum dann nach drei Tagen? Warum nach einer Woche? Und (überlegt) ja. Also die Bezahlung und definitiv fle/ Flexibilität. Das gesagt wird: „Hey, wenn du keinen Bock hast, oder du kannst nicht. Du musst um 16 Uhr Feierabend machen, dann sorgen wir dafür, dass du um 16 Uhr abgelöst wirst“. Das halt immer einer im Stand-By ist. Oder die sorgen wie bei der Bundeswehr dafür, dass wenn du notfallmäßig reingerufen wirst, dass eine Nanny gerufen wird. Dass du einfach weißt: Du kannst dein Kind versorgen. Also die Bundeswehr hat sich mega geil präsentiert auf dem Chirurgen Kongress für Frauenspezifisch. Nur für Frauen. Das war sehr ansprechend. Ja. (17:23)

B: Kennst du Angebote für Medizinstudenten, die dir neben dem Studium noch einen praktischen Einblick gewähren? (17:32)

B: Ja die ganzen Hiwis. Also Hilfskräfte. Es gibt da genug Angebote. Die kriegt man aber eher mit durch andere Studenten, die in höheren Semestern sind und dich dann quasi anwerben. So bin ich dann auch da reingerutscht. Ja und sonst kriegst du/ kannst du als Pfleger in der Pflege aushelfen, was auch gar nicht so schlecht bezahlt wird. (überlegt) Ja. (17:57)

I: Wie findest du sowas? (17:59)

B: Ja gut, ne? (lacht) Ja. (18:03)

I: Und wann würdest du sowas machen? Würdest du sowas nochmal machen? (18:08)

B: Also ich musste es ja machen, weil ich mit der Miete und mit meinem Leben nicht klar gekommen wäre. Also als es den/ den Mindestlohn noch nicht gab, habe ich mich in der Psychiatrie beworben. Einfach, weil ich gedacht habe: ich habe keinen Bock auf waschen. Ich habe keinen Bock auf alleine sein. Also gehe ich in die Psychiatrie. Weil in der Not/ Also in der das ist nicht die Notaufnahme, sondern die Aufnahmestation, die ja die Akut-Station ist das/ Da sind eigentlich immer mehrere Pflegekräfte und (überlegt) Ja. Und das habe ich gedacht: Geil. Weil alleine Nachtdienst, hatte ich keinen Bock. Und ich wollte so schnell wie möglich Geld verdienen, in einem kürzesten Zeitaufwand. Ja und dann habe ich mich da beworben und die haben mir 7,14 Euro die Stunde angeboten. Und dann habe ich dankend angeboten. Und dann habe ich danken abgelehnt und gedacht für das Geld gehe ich kellnern (...). Und dann bin ich Kellern gegangen. (...). Ja. Das ist halt schon unangenehm. Und jetzt gibt es ja den Mindestlohn. Jetzt würden die das nicht machen. Also das ist schon AUSNUTZEN, was die machen. Die wussten, dass ich examinierte Kraft bin. Und ich so: „Ja ich bin MINDESTENS 25 Euro die Stunde wert, ja? Und ihr wollt mich hier abstempeln“. „Ja sie sind ja dann studentische Aushilfskraft“. Ich so: „Ja aber Medikamente soll ich geben, ich soll IM Spritzen, ich soll IV spritzen, eventuell. Ja herzlichen Dank!“. Also, habe ich halt dankend abgelehnt. Und den Hiwi-Job habe ich nebenbei gemacht, weil der Kellner-Job nicht so gut und so war. JA (19:37)

I: Welche Nationalität hast du? (19:41)

B: Deutsch. (19:42)

I: Wie alt bist du? (19:43)

B: 32. (19:44)

(E) Kategoriensystem mit Definitionen und Ankerbeispielen

Arbeitsbelastung im Medizinstudium	
Definition: Alle Belastungen, Empfindungen und Meinungen, die vom Medizinstudium ausgehen	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>Ja also in den ersten vier Semestern, also bis Physikum, ist es schon sehr viel Studium. (E1)</p> <p>die Vorklinik war nicht so toll. Das war ein bisschen anstrengend und sehr theoretisch und sehr viellernen, und sehr viel Druck. (E2)</p> <p>Also (...) ich hab/ Ich hatte trotzdem muss ich halt sagen, dass ich gedacht hätte dass es schwieriger sei, weil man am Anfang immer (überlegt) Angst gemacht bekommt (...) Die meisten Ärzte sagen, die würden nie wieder Medizin studieren, wegen des Lernaufwandes. Und da hat man da am Anfang, wenn man noch nicht Erfahrung gemacht hat in dem Studium, dann denkt mal das wirklich. So sehr anstrengend, dass man halt wirklich von MORGENS bis abends lernen muss, aber so empfinde ich das selber halt nicht. (E3)</p> <p>war jetzt teilweise schon anstrengend, weil da war man wirklich von acht bis zwei drei Uhr Vorlesung hatte. Ist dann nach Hause gegangen und hat dann bis acht Uhr weitergelernt. Bis acht Uhr mindestens und meistens auch länger (lacht). (E4)</p> <p>ein bisschen gestresster; Privatleben ein bisschen mehr einschränken (E5)</p> <p>Also ganz ehrlich gesagt (lacht), bis zum sechsten Semester fand ich es sehr anstrengend und auch nicht alles super interessant. (E6)</p> <p>Als ich das Physikum geschrieben habe, war es nicht ganz so einfach. (E7)</p> <p>Momentan ist es so, dass es viele Sachen sind, die mich anstrengen. Weil das einfach nicht praxisbezogen ist. (K1)</p> <p>Ich glaube/ Ich glaube wir dürfen nicht und zeitlich ist es eigentlich auch nicht drin. Also in den ersten/ in den ersten zwei Jahren nicht.(K2)</p> <p>(überlegt) Ganz gut eigentlich. Viele Pflichtveranstaltungen hat man/ Also man hat schon ein paar Pflichtveranstaltungen, aber eigentlich kann man das mal ganz gut drum herum organisieren. und Lernerei nebenbei – irgendwie auch ist jetzt nicht das große Problem. (K3)</p> <p>das erste Staatsexamen. Weil das ist so strukturiert, dass man nicht so ganz festgelegt hat, was man dafür können muss. Sondern, dass ufert einfach aus. Und man kann in der Zeit niemals alles lernen, weil alles kriegt man sowieso nicht rein. (K4)</p> <p>Also Ich arbeite/ Also ich habe (...) bis vor zwei Jahren/ oder bis vor zweieinhalb Jahren während des Studiums noch im Rettungsdienst gearbeitet und bin Rettungswagen gefahren. Und seit zweieinhalb Jahren arbeite ich in einen kleineren Krankenhaus/ oder nein so klein ist das gar nicht. 380 Betten oder so. In der Notaufnahme. Und das mache ich etwa (...) ETWA/ ETWA im Moment 40 Stunden die Woche, aber sonst waren es/ 40 Stunden im Monat. Aber sonst waren es eher so 70 Stunden im Monat.; Mit einer toleranten Frau. (K5)</p> <p>Ich kann das jetzt nur am Vergleich sagen. Eine Kollegin ist in Köln. Und da gefällt mir mein Studiengang tausend Mal besser, von dem was ich gehört habe. Wie nachher zum Beispiel die Basisprüfung abläuft, ist das alte Physikum. Ist in meinem Studiengang – finde ich – viel, viel besser, weil Physio rausfällt und Biochemie. Das wird alles gar nicht mehr gefragt und dadurch bist du hier zu studie-</p>	<p>Arbeitsbelastung in der Vorklinik sehr hoch</p> <p>Wenig Praxis</p> <p>Wenig Wahlfreiheit</p>

ren. Von der Uni er. Ja. (K6)	
Soziales Kapital	
Definition: Personen, die eine Investition in Humankapital bewirken	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>meine Eltern, Großeltern in medizinischem Sektor. (E1)</p> <p>Schwester Pädiatrie. (E2)</p> <p>Also, meine Mutter ist OP-Schwester und mein Stiefvater, den ich seit (...) dem 6. Lebensjahr kenne, der ist selber Arzt. Und ja, dann hat man halt immer schon seine Vorbilder vor Augen. Man dann/man wurde dahin geleitet oder begleitet; Und so ist meine Familie mittelweile/ meine Freunde hier in Ungarn mittlerweile zu meiner FAMILIE geworden und so macht man halt auch viel. Zwangsläufig jeden Tag miteinander was und ins Leben selber eingebunden wird halt alles was auch in der Uni geht, deswegen also ich finde es halb man kann es gut mit dem Privat vereinbaren (E3)</p> <p>Bruder studiert Medizin, Facharzt für Innere; eine aus dem Labor gesagt oder so, dass sie diesen studentischen OP Assistenten gemacht hat und der richtig KLASSE war. Und sie fand den richtig gut. Aber ich habe zum Glück eine sehr verständnisvolle Freundin. Und wenn es irgendwie geht, mache ich was mit Freunden; die Freundschaften, die man da schließt. Also ich glaube nicht, das einen etwas kaum etwas weiter nach vorne bringen, als das Studium; Also ich hatte mal eine Ex-Freundin, die Neurologin wurde und die/ Im ersten Jahr ist die morgens um sieben aus dem Haus gekommen und ist abends irgendwann zwischen halb elf und ein Uhr zurückgekommen. Weil einfach so viel zu tun war. (E4)</p> <p>Ich glaube schon, dass man mit relativ vielen Leuten in Kontakt gekommen ist, auch die unterschiedlichen Karrieremöglichkeiten ausgeschöpft haben. Und man (...) immer wieder auch in Famulaturen (...) und beim Arbeiten mit/ Meine Familie hat halt gar keinen ärztlichen Hintergrund; ne?; Ich hätte mir glaube ich davor/ ich/ Also ich kam über eine Freundin, deren Vater, der leitender Oberarzt ist, überhaupt dahin. Und dann/ Ich glaube dav/ Ich hab damals auch überlegt, ob ich das jetzt überhaupt machen will, weil ich hab mich davor nicht so in der Chirurgie gesehen hätte. (E5)</p> <p>Ich habe einen guten Freund der ein Jahr vor/ oder zwei Jahre vor mir Abitur gemacht und Medizin studiert hat. Der musste ja immer zur Uni und von den Anatomiekursen. Und ich fand das halt irgendwie GAR nicht abschreckend zu sagen ich muss irgendwann mal an einer Leiche oder so arbeiten; Also mein/ mein Freund ist gebürtig daher, wo ich das (Zertifikat) auch gemacht habe und der wurde von dem Oberarzt angesprochen, ob er das nicht machen will. (E6)</p> <p>Also, grundlegend war es nicht so, dass meine Eltern irgendwas Medizinisches gemacht haben. Ich konnte sehr viele neue Leute kennenlernen. Wir waren öfter auf Konzerten. Wir sind jetzt auch zusammen für Festivals verabredet und so. Der Zusammenhalt von den Studenten, das, was man hier geboten kriegt, das ist schon wahnsinnig toll.; Die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten hat mir das auch nochmal bestätigt, dass das vielleicht doch ganz angenehm nicht nur Assistent zu sein, sondern vielleicht auch mal dann Entscheidung zu treffen, hinter denen du stehst und nicht immer nur weisungsbefugt/ also/ also selber weisungsbefugt zu sein, als immer die Durchführung zu haben. (K1)</p>	<p>Viele Studierende haben Mediziner in ihrem direktem Umfeld</p> <p>Soziales Umfeld nimmt Einfluss auf Bildungsentscheidungen</p>
Gelegenheitsstrukturen	
Definition: Situative Bedingungen, die aufgrund persönlicher Präferenzen in Handeln resultieren	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>Ich hab das in der Zeitung gelesen. Dass da ein paar Studenten das abgeschlossen haben und ich komme aus der Nachbarstat wo das angeboten wird. Dann dachte ich „Ja das klingt gut. Das könntest du auch mal machen. (E1)</p>	<p>Gelegenheitsstrukturen, die sich ergeben nehmen Ein-</p>

Ein Freund von mir hatte das auch gemacht. Der hatte mir davon erzählt und hatte/ Er hatte mir eben erzählt, dass die Betreuung da sehr gut ist. Das man anhand von diesen PLAN einfach so feste OP-Zeiten erfüllen muss und dadurch eben viel machen kann und viel sieht und auch wirklich drauf geachtet wird, dass die Studenten was machen und was lernen. Ja ich fand es einfach gut, dass es ein bisschen strukturiert ist und ich hatte eigentlich auch den Plan gehabt, dass ich das dann vielleicht als Nebenjob weiterführen kann. (E2)

a habe ich. Ich habe seit dem ich 16 bin/ da war ich beim Schulpraktikum und das habe ich im Krankenhaus absolviert. Also selber auch im OP und hab dann da auch (überlegt)/ War da im Prinzip war dann relativ gut, so dass die mich nachher gefragt haben, ob ich da in den Ferien arbeiten möchte. Das heißt dann, dass ich ab dem – nicht 16. sondern 17. Lebensjahr, dass ich dann ab 17 jede Ferien – solange ich in der Schule war – dann da gearbeitet hab. Und nach der Schule habe ich auch noch ein JAHR dann im Krankenhaus gearbeitet. (E3)

Ich hab jetzt überlegt auch wenn man ein Jobangebot bekommt, was ja auch viele Studenten jetzt im PJ bekommt und man sagt „Ja, ich würde das machen“, dann bekommt man relativ schnell ein Job angeboten. – meiner Meinung nach. Selbst dann würde ich nicht mal sagen, weil ich sage auch niemanden sozusagen, dass ich jetzt HNO machen will, weil ich mir alle Optionen offen lassen möchte. (E4)

Also ich kam über eine Freundin, deren Vater, der leitender Oberarzt ist, überhaupt dahin. Und dann/ Ich glaube dav/ Ich hab damals auch überlegt, ob ich das jetzt überhaupt machen will, weil ich hab mich davor nicht so in der Chirurgie gesehen hätte aber ich hab da erst mal Famulatur gemacht. Und dann/ Aber mit der Aussicht, dass ich da auch eine Stelle kriege, oder da arbeite. Und dann hat sich das irgendwie aus diesen Famulatur und da Arbeiten ergeben. Und die haben mir das vorgeschlagen. (E5)

Also wir hatten das FACH oder die VTG Chirurgie war natürlich in den Studenten-Unterricht eingebunden. Und da bestand dann die Möglichkeit einer Famulatur. Und da wurde dann nachgefragt, ob ich dieses Zertifikat machen wollte. Und dann Studentischer OP Assistent zu sein. Und dann habe ich gesagt: „Ja okay, habe ich noch nichts von gehört. Hört sich interessant an. Das würde ich machen“. (E7)

Ich habe Zivildienst im/ als Rettungssanitäter gemacht. Und da muss man ein Praktikum im OP machen. Beziehungsweise in der Anästhesie und da ist man dann auch zwangsläufig im OP. Und da war ich (...) ja halt im OP und da fand ich das so cool irgendwie zu sehen, wie da so operieren und so. Und da habe ich gesagt: „Ich werde Arzt“. (K5)

Also mein/ mein Freund ist gebürtig daher wo dieser Kurs angeboten wird. Da wo ich das auch gemacht habe. Und der wurde von dem Oberarzt angesprochen, ob er das nicht machen wollte. Und dann hat er aber gesagt, naja also er ist jetzt schon fertig. (...). Und ich war im vierten Semester. Also noch echt ganz FRÜH im Studium und ich hab gesagt „Okay ich würde das gerne machen“. Und hätte ich das wahrscheinlich nicht gemacht, dass ich da nicht teil /hätte ich da nicht dran teilgenommen, hätte ich womöglich eine ganz andere Richtung eingeschlagen, weil ich mich da einfach nie dran getraut hätte. Sondern eher immer gedacht hätte „Ist bestimmt scheiße“. (E6)

Generell wovon der Berufswunsch abhängt, ist glaube ich zum großen Teil, was in was für eine Klinik man kommt. Und wo man zufällig hingetät. (K4)

Ich habe Zivildienst im/ als Rettungssanitäter gemacht. Und da muss man ein Praktikum im OP machen. Beziehungsweise in der Anästhesie und da ist man dann auch zwangsläufig im OP. Und da war ich (...) ja halt im OP und da fand ich das so cool irgendwie zu sehen, wie da so operieren und so. Und da habe ich

fluss auf Bildungsentscheidungen, oder initiieren diese

<p>gesagt: "Ich werde Arzt" (K5)</p> <p>Also Hilfskräfte. Es gibt da genug Angebote. Die kriegt man aber eher mit durch andere Studenten, die in höheren Semester sind und dich dann quasi anwerben. So bin ich dann auch da reingerutscht. (K6)</p>	
<p>Persönlichkeit Definition: Äußerungen, die die Befragten über sich selbst und ihr Verhalten machen</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>wenn man sich auf freiwillige Sachen konzentriert. In Pflichtkursen gibt es eben viele, die da keine Lust drauf haben. (E1)</p> <p>Ich muss aber auch sagen, dass ich nicht so der karriereorientierte Mensch bin. (E2)</p> <p>Auf jeden Fall. Also wenn man draußen auf der Sprache/ Straße jemanden trifft. Also kann ich/ Krieg ich fast kein Wort dann raus. (E3)</p> <p>ja bin ja eben nicht dann so der Motivierteste. (E4)</p> <p>Ich bin jetzt nicht der krasse „Karrieremedizinermensch“ und mir ist meine Freizeit auch wichtig, der gerne in einem kleineren Facharbeitet und gerne einen guten Überblick darüber hat. Und sich dann wohler fühlt. (E5)</p> <p>Und ich bin garantiert nicht so das Genie, das heißt ich musste immer super viel dafür Lernen.; (überlegt) Ich/ Ich weiß nicht, ich möchte halt einfach (...) schon was aus meinem Leben machen. (E6)</p> <p>da ich ein recht gut strukturierter Mensch bin. (K1)</p> <p>Ich hab so eine etwas flapsige Art und bin auch ein bisschen der direkte Typ. (K4)</p> <p>Mich das sehr interessiert und man da (...) viel nachdenken muss. Ja? (K5)</p> <p>Ja. Ich habe immer gedacht, der Grund, warum der Mensch ein Gehirn hat, ist dafür da, damit man sich gegenseitig helfen kann. (K6)</p>	<p>Einstellungen zu sich selbst nehmen Einfluss auf die Facharztwahl</p>
<p>Motiv Medizin zu studieren Definition: Beweggründe Medizin zu studieren</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Also mein Papa ist Zahnarzt und meine Mama ist Krankenschwester und ich habe mir irgendwie nie was anderes vorgestellt. (E1)</p> <p>Meine Schwester hat auch Medizin studiert. Und Sie hat mir immer sehr viel davon erzählt. Was sie so macht, wie das so abläuft bei ihr. Was sie so in ihrem Praktikum machen muss. Und ich habe festgestellt, dass ich das einfach super interessant fand. (E2)</p> <p>Ja auf Jeden Fall. Also, meine Mutter ist OP-Schwester und mein Stiefvater, den ich seit (...) dem 6. Lebensjahr kenne, der ist selber Arzt. Und ja, dann hat man halt immer schon seine Vorbilder vor Augen. Man dann/man wurde dahin geleitet oder begleitet. (E3)</p> <p>Dann hat mein Bruder angefangen, der ist ein Jahr älter als ich/ der hat in unv. angefangen zu studieren und fand das irgendwie ganz Klasse. (E4)</p> <p>Ich hatte einen Krankheitsfall in der näheren Familie. Dann war ich als ich noch in der Grundschule war relativ oft im Krankenhaus und ja irgendwie die Hilflosigkeit, die ich da mit(...)erlebt habe, gerade wenn man klein ist hat das so getriggert und dann ja hat sich das so ergeben. Dann haben die Noten gestimmt (lacht). Dann hat das gepasst. (E5)</p>	<p>Viele Mediziner im sozialen Umfeld, die als Auslöser gedient haben</p>

<p>Sondern mich hatte irgendwie so über die Schule – gerade dieses intrazelluläre fasziniert und die Physiologie dahinter. Und dann hatte ich halt den Schnitt, hab es versucht und habe es dann auch direkt geschafft. Also eher so eine Kombination aus beidem. (E6)</p> <p>als Kind hatte ich eine Kieferngaumenspalte und war viel im Krankenhaus. Ich hatte auch eine Bilddarmentzündung und so. Ich war viel mit Ärzten zu tun gehabt. Und ich fand es halt immer eigentlich ganz cool, so was die da geleistet haben. Und wahrscheinlich hat mich das so auch in jungen Jahren mal dazu gebracht, dass ich überhaupt auf diese Schiene gekommen bin Medizin zu studieren. (E7)</p> <p>Gut, das ist doch was, was mich interessiert. (K1)</p> <p>Also es gab/ Ich habe viele Medizinerfreunde, die mich davon überzeugt haben, das zu machen. (K2)</p> <p>Und dann hatte ich ganz gute Noten und im Endeffekt habe ich mich schon immer für den menschlichen Körper interessiert. Wie das funktioniert und so weiter und dann war der Schritt gar nicht mehr so groß, eigentlich. (K3)</p> <p>Das war für mich immer die gute Mischung aus was Wissenschaftlichem und was am Menschen zu machen. (K4)</p> <p>Ich habe Zivildienst im/ als Rettungssanitäter gemacht. Und da muss man ein Praktikum im OP machen. Beziehungsweise in der Anästhesie und da ist man dann auch zwangsläufig im OP. Und da war ich (...) ja halt im OP und da fand ich das so cool irgendwie zu sehen, wie da so operieren und so. Und da habe ich gesagt: "Ich werde Arzt" (K5)</p> <p>In erster Linie – das hört sich blöd an, aber weil man Menschen helfen will. (...) Ja. Ich habe immer gedacht, der Grund, warum der Mensch ein Gehirn hat, ist dafür da, damit man sich gegenseitig helfen kann. (K6)</p>	
<p>Zufriedenheit mit dem Studium Definition: Empfindungen gegenüber dem Studium</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Es ist natürlich viel Arbeit – das kann man sich denken. Man lernt so viel und man vergisst dann auch wieder so viel und es ist halt ätzend immer so lange immer in der Uni bleiben zu müssen. Aber im Grunde ist das was man macht eigentlich wie jeden Tag Lieblingsfach haben. Also ich würde sagen es gefällt mir super! (E1)</p> <p>Vorklinik war nicht so toll. Das war ein bisschen anstrengend und sehr theoretisch und sehr viel lernen, und sehr viel Druck, ABER so in der Klinik – wenn man halt wirklich von Ärzten unterrichtet wird, die auch ein bisschen eine andere Perspektive haben, als jetzt so die/ die Vorklinikdozenten. (überlegt) Ich weiß nicht, da ist irgendwie eine ganz anderer Berufsethos dahinter und eine ganz andere Freude an seinem Beruf und da hat man auch das Gefühl, das macht denen Spaß (lachend) zu unterrichten. Und die wollen, dass man was lernt und dann, keine Ahnung, begeistert man sich auch mehr für/ für die einzelnen Fächer und für das, was man so tut. Also (...) MIR ist es in den ersten/ in den ersten zwei Semester richtig schwer gefallen so zu gucken „Okay, in welche Richtung soll es denn für mich eigentlich gehen?“, weil ich einfach alles so toll fand. Dann hatten wir irgendeinen neuen Dozenten und dann dachte ich „Das hat der so schön der erklärt“ und dann hatte man richtig Lust das auch zu machen (schwärmend). Keine Ahnung, das hat mich dann irgendwie alles so, so begeistert. Die ganzen neuen Sachen, die man dann gelernt hat, die ganzen neuen spannenden Krankheitsbilder, die man dann gelernt hat und keine Ahnung (schwärmend). Also ja ich find es echt (...)/ Auf der einen Seite so (...) der wissenschaftliche Teil und dass man JA so Krankheiten erforschen kann und so gucken, woran liegt es denn und was</p>	<p>Hohe Arbeitsbelastung in der Vorklinik</p> <p>Wenig Wahlfreiheit</p> <p>Wunsch nach mehr Praxis</p>

<p>ist da eigentlich das Problem. Und natürlich auf der anderen Seite dann aber auch der soziale Aspekt. Ja. Das man (...) versucht die Leute zu behandeln, gut zu behandeln. Ihnen/ Sie zu unterstützen in ihrer Erkrankung, das finde ich auch einfach nur eine schöne Aufgabe. (09:25)</p> <p>Also/ So ja der soziale Aspekt gefällt mir glaube ich am besten; Einfach das es extrem viel zu lernen ist; Und das ja also einfach noch ein bisschen mehr Praxis reinbringen. (E2)</p> <p>Ich fände es schöner, wenn man in der Vorklinik ein bisschen mehr eingebunden würde in die Klinik. (E3)</p> <p>Das einzige was man jetzt wählen konnte war das Wahlfach (...) nach sechs Jahren (lacht). (E4)</p> <p>Die vielen praktischen Anteile. Das/ Wir waren viel am Patienten, dann konnte – wir haben so ein Studienhospital – dass man da in/ (überlegt) ja im/ am Setting lernen kann, wo man auch Fehler machen kann. (E5)</p> <p>mehr Freiräume, so dass man seinen persönlichen Interessen im Studium nachgehen kann. (E6)</p> <p>(...) dass man vielleicht auch sich Gedanken macht, wer die Lehre überhaupt macht. Mal manchmal hat man Leute da stehen, die JA, die wurden dazu befohlen die Lehre zu machen, und das merkt man dann auch. Also, dann KANN MAN auch die Veranstaltung SEIN lassen (...). Dann finde ich es ist immer verschwendete Zeit. (E7)</p> <p>Momentan ist es so, dass es viele Sachen sind, die mich anstrengen. Weil das einfach nicht praxisbezogen ist. (K1)</p> <p>sehr schulisch, sehr theoretisch ist. (K3)</p>	
<p>Erfahrungen Chirurgie Definition: Welche Erfahrungen machten Befragte bereits in/mit der Chirurgie</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>und dann hab ich ein Schulpraktikum gemacht in der Chirurgie in der Heimat und das fand ich gut und dann bin ich so dabei geblieben; Also ich hab da auch öfter mal in der Uniklinik/ War ich mal in der Allgemeinchirurgie. Die müssen sehr, sehr viel, sehr oft und auch nachts arbeiten. Also es steht durchaus im Raum Allgemein Chirurg zu werden. Da müsste sich jetzt eigentlich nicht viel ändern. Wenn sich was ändern dann/ Viele beklagen eben, das man viel Dienst hat. Eine hohe Arbeitsbelastung hat. Weil eben halt Patienten die kommen, Allgemeinchirurgiepatienten sind. Sie müssen viel länger bleiben. Also wenn man in der Allgemein-chirurgie ein Praktikum macht, hat man meistens einen zehn bis elf Stunden Tag. (E1)</p> <p>(überlegt) Das die meistens sehr lang sind und mit sehr vielen Überstunden verbunden und ja das/ (...) Ja, also das ist auch nicht so/ so wirklich familienfreundlich ist es nicht. Und es ist, glaube ich, auch gerade unter den Chirurgen nicht so, DA dann zu sagen: „Okay man macht nur eine 75-Prozent-Stelle“. Ist glaube ich nochmal schwieriger, als in den anderen Fachärzten. Einfach weil es da noch so gerne gesehen ist und/ (...) Ja es ist halt doch irgendwie auf den chirurgischen Stationen karriereorientierter als an anderen.; Also zum einen, einfach, dass ich einen guten Einblick in die Chirurgie bekommen habe. Das finde ich wichtig, weil ich das Fach interessant fand und JA für mich dann/ Also für MICH war es gut, dass ich das zwar gesehen habe, dass ich das spannend finde. Aber auch, dass ich das ausschließen kann (E2)</p> <p>Das liegt/ Ich weiß nicht. Ich glaub das liegt einfach daran/ Es gibt unterschied/ In jeder Fach(...)abteilung gibt es immer unterschiedlichen Schlag Mensch, der</p>	<p>Hohe Arbeitsbelastung</p> <p>Überstunden</p> <p>Rauer Umgangston</p> <p>Frauen haben Probleme da Arbeitszeiten schwer zu reduzieren ist</p>

dann auch meistens dort arbeitet. Und ich kam mit jedem gut klar oder so. Waren auch nett, war auch witzig und alles, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass ich dort wirklich dann ewig bleibe (lacht). Deswegen. Deswegen habe ich dann jetzt/ Außerdem ist es ein sehr großes chirurgischen Fach, wo auch die OP's auch teilweise sehr lang sind. (E4)

Weil man relativ stark an Rufdienste eingegliedert ist, also mehr als in einem konservativen Fach, ist ja klar! Oder in Bereitschaftsdienste. Weil ich glaube dass trotzdem relativ viele Männer in der Chirurgie arbeiten, denen das vielleicht gar nicht mal so wichtig ist. Und ich glaube/ ODER die Frauen, die da auch arbeiten in Datteln, die Ärztinnen, die haben schon Probleme Familie (lachend) und Kinder unter einen Hut zu bringen. Und knipsen dann mit Teilzeit rum und kriegen ihren Facharzt nicht fertig und irgendwie gibt es relativ wenige Kontakte so, was ich jetzt mitbekommen habe, dass man das gut hinkriegt. (E5)

ich nehme dafür gerne in Kauf, dass ich halt wahrscheinlich wenig Freizeit haben möchte. (E6)

Also, ein Faktor ist, dass ich jetzt einfach auch schon sechs Jahre lang im Krankenhaus gearbeitet habe. Ich war ja in einem besonderen Bereich, der mich sehr interessiert und wo ich dann sagen kann: „Okay, Chirurgie wird es nicht sein für mich.“ Das ist einfach zu sehr Ellenbogengesellschaft und ja. Ich habe einfach auch nicht so das Interesse daran zu schneiden. Sage ich es mal so. (...)

Auf keinen Fall Allgemein Chirurgie. Oh Gott! (lacht) Also (...). Ja. Schwierig. Ich würde für mich/ Was sich ändern möchte, dass ich das mache, weil ich schon viel zu lange mit diesen (..) / Also mit diesen Bereich in Kontakt gekommen bin und für mich die Allgemein Chirurgie an sich auch sehr frustrierend war, weil die Patienten super oft zu Rezidiv-OP wieder mussten. Also es geht ja auch viel um KREBS. Und ja, ich glaube da könnte sich GAR nichts verändern, dass ich das noch mitmachen möchte. Ja. Nein, ich glaube nicht. Diese hierarchischen Strukturen haben mich eher abgeschreckt. (K1)

Sehr negativ eigentlich. Also bisher hin ich wenig Chirurgen begegnet, die wirklich sehr sympathisch waren. Immer wenn ich in der Chirurgie selber Arbeiten musste, war das sehr, sehr strenge Hierarchieordnung, noch wie vor dreißig Jahren. Und ein/ einem wird/ Also so sehr rauer Umgangston. Also da fühlte ich mich bisher noch nie gut aufgehoben und ich glaube das Image ist auch, zumindest hier in dem Essener Raum, bei allen Studenten ungefähr gleich angekommen. (K3)

also jetzt Allgemein Chirurgie, plastische Chirurgie. Weil da noch sehr hierarchische Strukturen herrschen in denn aller meisten Kliniken zumindest. Und weil da noch/ Also das ist einfach sehr, sehr viel Stress, den man sich gerne antun kann, aber/ Also ich glaube das sind auch die Fachrichtungen, wo die meisten Leute rauchen (lachend) – Habe ich das Gefühl – um da irgendwie den Stress abzubauen. Und da herrscht auch ein etwas rauerer Ton. (K4)

ICH bin Chirurgie-Schwester. Ich liebe die Chirurgie! (...) Also bin in der Chirurgie groß geworden und ich liebe die Chirurgie! Ich mag das total, dass (überlegt)/ Dass da KLARE St/ strikte Anweisungen gegeben werden ohne viel Drumherum-Gepuffe und ja. (K6)

Weil da noch sehr hierarchische Strukturen herrschen in denn aller meisten Kliniken zumindest. Und weil da noch/ Also das ist einfach sehr, sehr viel Stress, den man sich gerne antun kann, aber/ Also ich glaube das sind auch die Fachrichtungen, wo die meisten Leute rauchen (lachend) – Habe ich das Gefühl – um da irgendwie den Stress abzubauen. Und da herrscht auch ein etwas rauerer Ton. (K4)

ICH bin Chirurgie-Schwester. Ich liebe die Chirurgie! (...) Also bin in der Chirurgie groß geworden und ich liebe die Chirurgie! Ich mag das total, dass (überlegt)/ Dass da KLARE St/ strikte Anweisungen gegeben werden ohne viel Drumherum-

Gepuffe und ja. (K6)	
Interesse Chirurgie	
Definition: persönliches Interesse für die Chirurgie bezogen auf die Facharztwahl	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>Also die Chirurgie kann sich glaube ich freuen (lacht), sie haben auf jeden Fall noch einen Chirurgieinteressenten mehr gefunden! (E1)</p> <p>Also es ist doch sehr viel Arbeitsaufwand. Das habe ich gesehen. (...). Da hat eigentlich jeder, jeden Tag Überstunden gemacht. (...) aber das ist nicht so unbedingt das, wo ich hin will, weil das war doch schon sehr (...) ja (...) schon sehr karriereorientiert und das ist einfach nicht, nicht mein Ziel. (E2)</p> <p>Ich bin generell offen für ALLES. Deswegen habe ich mich noch nie festgel/ bisen an irgendeine besondere Fachrichtung.; Ja, also ich werde sofort anfangen zu arbeiten und (...) wahrscheinlich in der Chirurgie (...) weil mir das am meisten Spaß macht. (E3)</p> <p>Ja also Chirurgie oder so, das reizt mich. Das heißt ich werde auf jeden Fall ein chirurgisches Fach machen. (E4)</p> <p>Es hat ja generell die Option gegeben, dass ich überhaupt was Chirurgisches machen will. Von daher eigentlich (...) ist es positiv. Ich würde auch glaube ich (überlegt)/ Oder mir macht die Chirurgie ja voll viel Spaß. Auch Allgemeinchirurgie. Aber ich kann mir halt aufgrund der Arbeitsbedingungen, das nicht vorstellen, die ich aber letztendlich auch darüber halt kennengelernt habe; oder mir mehr Gedanken darüber gemacht habe. (E5)</p> <p>Und dann habe ich halt durch diesen OP Assistenten, den ich ja gemacht habe, das allererste Mal in die Chirurgie reingeguckt und war halt KOMPLETT fasziniert und begeistert. Und das hat mich seit dem auch nicht mehr losgelassen und mittlerweile würde ich halt eher sagen: "Ja ich gehe auf jeden Fall erst mal auf Karriere und guck dann mal was passiert.". Also eigentlich alles geändert (lacht). (E6)</p> <p>Ich weiß schon recht genau, dass ich schon in den chirurgischen Bereich rein will, aber ich weiß noch nicht, ob ich Allgemeinchirurg, oder ob ich Allgemeinchirurg, Unfallchirurgie, oder ob ich eher Orthopäde werde; ob ich mich vielleicht auf ein kleineres Fach spezialisiere. (E7)</p> <p>Ich war ja in einem besonderen Bereich, der mich sehr interessiert und wo ich dann sagen kann: ‚Okay, Chirurgie wird es nicht sein für mich‘. Das ist einfach zu sehr Ellenbogengesellschaft und ja. Ich habe einfach auch nicht so das Interesse daran zu schneiden. Für mich ist es jetzt nicht so interessant, wie der Chirurg, der sagt: ‚Jemand kommt mit einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus. Ich operiere ihn und er kann wieder gehen. Ich habe das vollbracht‘. Also das interessiert mich nicht. (K1)</p> <p>will halt kein CHIRURG werden; Weil da verdummt man dann doch schon ziemlich, wenn man den ganzen Tag im OP steht. (K5)</p> <p>ICH bin Chirurgie-Schwester. Ich liebe die Chirurgie! (...) Also bin in der Chirurgie groß geworden und ich liebe die Chirurgie! Ich mag das total, dass (überlegt)/ Dass da KLARE st/ strikte Anweisungen gegeben werden ohne viel Drumherum-Gepuffe und ja. (K6)</p>	<p>Ausmaß des Interesses ist unterschiedlich</p> <p>Aber Interesse ist bei den meisten Befragten gegeben</p>
Arbeitsbedingungen Chirurgie	
Definition: Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen in der Chirurgie	
Ankerbeispiel	Essenz
Also ich hab da auch öfter mal in der Uniklinik/ War ich mal in der Allgemeinchirurgie. Die müssen sehr, sehr viel, sehr oft und auch nachts arbeiten. Also es	ausgeprägte Hierarchien

<p>steht durchaus im Raum Allgemein Chirurgie zu werden. Da müsste sich jetzt eigentlich nicht viel ändern. Wenn sich was ändern dann/ Viele beklagen eben, das man viel Dienst hat. Eine hohe Arbeitsbelastung hat. Weil eben halt Patienten die kommen, Allgemein Chirurgiepatienten sind. Sie müssen viel länger bleiben. Also wenn man in der Allgemein Chirurgie ein Praktikum macht, hat man meistens einen zehn bis elf Stunden Tag. (E1)</p>	<p>rauer Umgangston</p>
<p>Das die meistens sehr lang sind und mit sehr vielen Überstunden verbunden und ja das/ (...) Ja, also das ist auch nicht so/ so wirklich familienfreundlich ist es nicht. Und es ist, glaube ich, auch gerade unter den Chirurgen nicht so, DA dann zu sagen: „Okay man macht nur eine 75-Prozent-Stelle. Ist glaube ich nochmal schwieriger, als in den anderen Fachärzten. Einfach weil es da noch so gerne gesehen ist und/ (...) Ja es ist halt doch irgendwie auf den chirurgischen Stationen karriereorientierter als an anderen. (E2)</p>	<p>lange Arbeitszeiten spezieller Schlag Mensch</p>
<p>Das liegt/ Ich weiß nicht. Ich glaub das liegt einfach daran/ Es gibt unterschied/ In jeder Fach(...)abteilung gibt es immer unterschiedlichen Schlag Mensch, der dann auch meistens dort arbeitet. Und ich kam mit jedem gut klar [in der Unfallchirurgie] oder so. Waren auch nett, war auch witzig und alles, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass ich dort wirklich dann ewig bleibe (lacht). (E4)</p>	
<p>Weil man relativ stark an Rufdienste eingegliedert ist, also mehr als in einem konservativen Fach, ist ja klar! Oder in Bereitschaftsdienste. Weil ich glaube, dass trotzdem relativ viele Männer in der Chirurgie arbeiten, denen das vielleicht gar nicht mal so wichtig ist. Und ich glaube/ ODER die Frauen, die da auch arbeiten in dem Krankenhaus, die Ärztinnen, die haben schon Probleme Familie (lachend) und Kinder unter einen Hut zu bringen. Und knipsen dann mit Teilzeit rum und kriegen ihren Facharzt nicht fertig und irgendwie gibt es relativ wenige Kontakte so, was ich jetzt mitbekommen habe, dass man das gut hinkriegt; dass er irgendwie in die Chirurgie passt, weil man sich da schon ein bisschen durchkämpfen muss (E5)</p>	
<p>Ich nehme dafür gerne in Kauf, dass ich halt wahrscheinlich wenig Freizeit haben möchte, ; Also ICH persönlich habe die Erfahrung gemacht, dass man von auch älteren Chefärzten, die garantiert noch genau diese Hierarchie hatten und auch so diesen typischen harten Ton erlernt haben, super viel lernen kann (...). Dass es natürlich einen rauen Ton teilweise gibt. Aber ich kann mit dem irgendwie umgehen, weil man sich bewusst sein muss: Okay da geht es jetzt mal auch um Leben und Tod, oder was auch immer. Was natürlich klar ist. (E6)</p>	
<p>Ich habe es ja gesehen in der Klinik, dass wenn nachher die Frauen einfach Kinder haben und eine Familie und nicht nur die ganze Zeit im Krankenhaus bleiben. Und die Frauen, die im Krankenhaus bleiben keine Kinder und keinen Mann haben. Und die kennt man auch und so möchte ich später nicht werden (lachend); Oh Gott! (lacht) Also (...). Ja. Schwierig. Ich würde für mich/ Was sich ändern möchte, dass ich das mache, weil ich schon viel zu lange mit diesen (...) / Also mit diesen Bereich in Kontakt gekommen bin und für mich die Allgemein Chirurgie an sich auch sehr frustrierend war, weil die Patienten super oft zu Rezidiv-OP wieder mussten. Also es geht ja auch viel um KREBS. (K1)</p>	
<p>Immer wenn ich in der Chirurgie selber Arbeiten musste, war das sehr, sehr strenge Hierarchieordnung, noch wie vor dreißig Jahren. Und ein/ einem wird/ Also so sehr rauer Umgangston. Also da fühlte ich mich bisher noch nie gut aufgehoben. (K3)</p>	
<p>Weil da noch sehr hierarchische Strukturen herrschen - in denn aller meisten Kliniken zumindest. Und weil da noch/ Also das ist einfach sehr, sehr viel Stress, den man sich gerne antun kann, aber/ Also ich glaube das sind auch die Fachrichtungen, wo die meisten Leute rauchen (lachend) – Habe ich das Gefühl – um da irgendwie den Stress abzubauen. Und da herrscht auch ein etwas rauere Ton. (K4)</p>	

<p>Was aber auch nicht heißen muss, dass es richtig so ist, wie es jetzt läuft. Also ich finde flexibel ist. Also Deutschland ist ein reiches Land. Und dass da diese Mauern aufgesetzt werden, das ist für mich absolut unverständlich. Und ja, ich war jetzt auf dem Chirurgenkongress. Da war das ein großes Thema. Wie kriegen wir Frauen in die Chirurgie?. Und das ist einfach mit Flexib/ Flexibilität zu erreichen, meiner Meinung nach. (K6)</p>	
<p>Image (persönlich) Definition: persönliche Wahrnehmung des Images der Chirurgie</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Man kriegt ja auch durch die Vorlesung und die Praktika in Chirurgie eben auch, dass es eben nicht nur Geschneide ist, sondern auch viel dahinter steckt. Aber eigentlich ein positives, gutes Bild von den Chirurgen. (E1)</p> <p>Ja, also das Image der Chirurgie ist (...) Nicht so richtig positiv, würde ich sagen (lachend) Es ist schon sehr/ Also die Chirurgen sind Arbeitstiere und JA (...). Und sind meistens auch sehr überzeugt von sich selbst und von dem was sie tun (schmunzelnd) und (...) ja. Image der Chirurgie ist nicht immer so ein schönes und es ist sehr LAUT und die Hierarchie ist sehr streng. Ja. Das ist so das Image. (E2)</p> <p>Asi. (lacht) Ja, also wie gesagt das Image habe ich gerade schon nahe gelegt, halt mit der Unfallchirurgie, dass dort halt viele in Anführungszeichen (überlegt)/ Ich weiß nicht wie man das jetzt ausdrücken darf oder so (lachend) aber dann halt so coolerer Leute halt, die dann halt (...) eben (überlegt) ja mehr das Studium auf die LEICHTE Schulter nehmen, sozusagen mehr Freizeit genießen. Also indem Sinne aber auch lockerer sind. Sind nicht so verkrampft dann in diesem Beruf sind. (E4)</p> <p>Also, ich hab mir die früher immer Machohaft vorgestellt und es hat sich auch teilweise bestätigt (...). Das sind schon oft auch spezielle Charaktere, nicht jeder (...)/ nicht jedem würde ich jetzt zuschreiben, dass er irgendwie in die Chirurgie passt, weil man sich da schon ein bisschen durchkämpfen muss. Aber ich glaube das sind schon sehr selbstbewusste Menschen unter dem Strich. (E5)</p> <p>Ich hatte immer gedacht: ,Chirurgie, das ist was für Leute, die keinen Bock auf Freizeit haben. Und (überlegt) warum sollte ich das machen? Da habe ich ja nichts mehr vom Leben. Und ich finde es sowieso blöd. Ich glaube ich kann nicht im OP stehen. Und ich werde das eh nie lernen können'. So, das war meine ja Meinung dazu, was man halt so eher mitbekommen hat von den höheren Semestern oder von anderen Leuten. (E6)</p> <p>Ich empfinde es als gut. Also ich glaube, dass man da durchaus angesehen ist, wenn man da Chirurg wird. (E7)</p> <p>Aber viele Chirurgen (...) sind sehr FACHspezifisch auf ihren Fall fixiert und vergessen oftmals, das Ganzheitliche, sage ich mal so. (K1)</p> <p>Also eher positiv natürlich, als negativ. (K2)</p> <p>Sehr negativ eigentlich. Also bisher hin ich wenig Chirurgen begegnet, die wirklich sehr sympathisch waren. (K3)</p> <p>Die Menschen oft, ja nicht mit einem zweiten Blick betrachtet. Dass man halt als Chirurg, Chirurg ist und nicht Arzt. (K4)</p> <p>Und der Viszeralchirurg muss tatsächlich auch was nachdenken. Der darf nicht einfach so drauf los schnibbeln. Der UNfallchirurg, der hat das einfachste Leben der Welt. Also das ist/ der muss überhaupt nicht nachdenken. Der steht den ganzen Tag im OP und das ist halt wirklich/ da braucht man auch kein Medizin für studiert t zu haben, um Unfallchirurg zu werden. Und dasselbe gilt für (...) ja Gefäßchirurgie. Es gibt ja so viel ver/ Also plastische Chirurgie muss man auch kein</p>	<p>unterschiedliche Wahrnehmung des Images</p> <p>meist negative Wahrnehmung</p>

<p>Me/ Arzt für sein, um plastische Chirurgie zu machen. Also da macht man Handchirurgie, da macht man Verbrennungen, aber das ist alles, kann man sich alles im VHS-Kurs selber beibringen. (K5)</p> <p>Arbeitstiere, keine Zeit für Freizeit (überlegt) Mannsweiber (überlegt). Ja es ist eigentlich ziemlich traurig. (...) Ja. Hat die Chirurgie nicht verdient, meiner Meinung nach. Weil ich habe richtig tolle FRAUEN und als Chirurgen kennengelernt, und die haben genau so gute Arbeit geleistet, und in manchen Sachen sogar echt besser, so dass ich gesagt habe: ‚Boah, wenn ich Patient wäre, will ich von der operiert werden‘. Frauen bringen da ganz andere Qualitäten mit. Nicht besser, aber anders. (K6)</p>	
<p>Image Chirurgie (Kommilitonen) Definition: Antizipation der Wahrnehmung des Images durch die Kommilitonen</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Ja also die werden oft von den Internisten belächelt, dass sie so die doofen Metzger (E1)</p> <p>Ja, also das Image der Chirurgie ist (...) Nicht so richtig positiv, würde ich sagen (lachend) Es ist schon sehr/ Also die Chirurgen sind Arbeitstiere und JA (...). Und sind meistens auch sehr überzeugt von sich selbst und von dem was sie tun (schmunzelnd) und (...) ja. Image der Chirurgie ist nicht immer so ein schönes und es ist sehr LAUT und die Hierarchie ist sehr streng. Ja. Das ist so das Image. (E2)</p> <p>Und ich denk mal so ist halt auch das Image schon ganz hoch bei den Medizinstudenten (...) zur Chirurgie. (E3)</p> <p>Asi. (lacht) Ja, also wie gesagt das Image habe ich gerade schon nahe gelegt, halt mit der Unfallchirurgie, dass dort halt viele in Führungszeichen (überlegt)/ Ich weiß nicht wie man das jetzt ausdrücken darf oder so (lachend) aber dann halt so coolerer Leute halt, die dann halt (...) eben (überlegt) ja mehr das Studium auf die LEICHTE Schulter nehmen, sozusagen mehr Freizeit genießen. Also indem Sinne aber auch lockerer sind. Sind nicht so verkrampft dann in diesem Beruf sind. (E4)</p> <p>Die Pflichtpraktika, die wir machen MUSSTEN ja da haben die meisten nicht so gute Erfahrungen gemacht. Von daher ist das unter dem Schnitt nicht so gut. (12:16) Mega die Machos, gerade gegenüber Frauen. (E5)</p> <p>Auch aus meinem persönlichen Freundeskreis habe ich eine, die das auch gut findet und alle anderen sagen „Nein, auf gar keinen Fall. Nimmt mir viel zu viel Zeit weg. Ich hab keine Lust da immer nur der Handlanger im OP zu sein. (E6)</p> <p>dass es bei den Medizinstudenten – wie ich es gerade gesagt habe – schon diese Vorurteile gibt („Ja der Chirurg hat mal wieder das nicht gemacht. Der hat darauf nicht gedacht, sondern wollte nur schnell operieren und dies und das machen). (E7)</p> <p>Das ist ganz unterschiedlich. Viele sagen eben nach der Ausbildung als Rettungsassistenten, Physiotherapeut oder auch als Krankenschwester: „Ich will jetzt auch mal an den Tisch. Das interessiert mich, die Anatomie finde ich interessant. Mich stört es auch nicht, dass es so ein bisschen ellenbogengesellschaftsmäßig ist.“ Die wollen es machen. Und andere sagen halt auch „das wäre GAR nichts für mich. Also ja also es wird aber oft schon von den ja Götterkomplex, Chefarzt geredet. Das man/ Der FACHLICH vielleicht auch richtig gut ist und Soziale Kompetenz SECHS oder so (...) Ja. Auch sehr/ sehr unterschiedlich. (K1)</p> <p>auf einer Siebenerskala wäre das eher so eine vier, fünf. (K2)</p> <p>Ich denke sehr ähnlich. Da wird es/ Es gibt ja immer diese zwei Lager: Internisten</p>	<p>Kommilitonen haben ein bestimmtes Bild von Chirurgen, je nach eigener Fachrichtung</p>

<p>und Chirurgen auch/ Durch die Bank weg ist es Medizinern ist das Image, dass die Chirurgie die etwas machomäßigeren Ärzte sind, und die Internisten eher die Schreibtischhocker. (K3)</p> <p>Ähnlich (überlegt) und ja, ich / ich würde sagen, vielleicht nicht ganz so DRAs-tisch, wie ich das jetzt ausgedrückt habe, aber ich glaube tatsächlich, dass der/ das Image des Chirurgen doch (überlegt) nicht das BESTE ist. (K5)</p>	
<p>Image Chirurgie (Bevölkerung) Definition: Antizipation der Wahrnehmung des Images durch die Bevölkerung</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Also das Image von der Allgemeinbevölkerung und (...) quasi ist glaube ich ziem-lich gut. (E1)</p> <p>Chirurgie hat nicht ganz so einen guten Ruf. (E2)</p> <p>Ich glaube Chirurgen haben generell immer ein hohes Ansehen, weil die halt/ Wenn jemand eine Operation braucht und dann ein Arzt dem helfen kann und der nachher keinen Schmerzen da mehr hat – Ich glaube schon, dass die meisten Leute dann sehr DANKBAR sind den Ärzten gegenüber und somit halt das Image auch relativ hoch ist oder gut ist. (E3)</p> <p>Ich würde auch ähnlich sagen. WEIL ich hab dann (...) den Eltern meiner Freun-din erzählt, dass ich jetzt in der Chirurgie bin und das es eigentlich ganz nett ist und dass ich mir das ja immer vorstellen könnte Chirurg zu werden. Und die meinten dann, dass ich doch gar nicht in die Chirurgie soll, das sind dann alt eben solche Frauenhelden und solche Leute, die dann halt eben nicht (...) so in dem Sinne dann so standfest sind. (E4)</p> <p>Meine Mama hat immer gesagt Chirurgie ist die „Königsdisziplin“ obwohl sie da-von gar keine Ahnung hat (lachend). Und ich glaube schon, dass das Image so, dass es sowas geht/ Also, das ist auch noch so eine Abstufung, indem was man/ was Menschen sehen. Von außen/ Innerhalb der Chirurgie jetzt. Und ich glaube, dass es zum Beispiel schon sehr großen (...) macht. Die Chirurgie. So diese/ dieses OP-Setting, wo viele auch nicht so die Ahnung haben oder nur aus ir-gendwelchen Serien wissen, was da/ oder sich so denken, was da passiert. (E5)</p> <p>Ich glaube die Allgemeinbevölkerung sieht es eigentlich ganz gut. (E7)</p> <p>Arzt zu sein ist glaube ich, ist immer noch/ Also ich glaube wenn man sagt „Ich bin Arzt“ das macht glaube ich immer noch was her. (K1)</p> <p>Aber ich glaube die Allgemeinheit sieht es eher positiv, als negativ. (K2)</p> <p>Ich glaube das Image in der Allgemeinbevölkerung ist eigentlich eher gut von Chirurgen, weil die arbeiten an einem, und man ist halt direkt geheilt. (K3)</p> <p>Das sind die richtigen Ärzte. (...) Die flicken einen zusammen, die HEILEN natür-lich direkt. Das ist ja das Tolle, ne am Unfallchirurg. Wenn man sich das Bein bricht, dann kriegt man zwei Nägel darein und einen Gips und dann gehst du nach Hause. Und dann bist du geHEILT. (K5)</p> <p>Arbeitstiere, keine Zeit für Freizeit (überlegt) Mannsweiber (überlegt). Ja es ist eigentlich ziemlich traurig. (...) Ja. Hat die Chirurgie nicht verdient, meiner Mei-nung nach. (K6)</p>	<p>Bevölkerung hat ein posi-tives Bild von Chirurgen</p>
<p>Konkurrenz von anderen Fächern Definition: Fächer, welche in direkter Konkurrenz zur Chirurgie stehen</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Es gibt ja wenig, dass ich gar nicht machen würde.; Also da schwanke ich noch</p>	<p>Es gibt Prä-ferenzen,</p>

<p>zwischen chirurgischen Fächern und Narkosearzt. Das ist halt BEIDES interessant. (E1)</p> <p>ich bin immer noch unentschlossen (...) deswegen finde ich das auch so blöd (lachend) Ich schwanke zwischen Anästhesie, Neurologie und Allgemeinmedizin. (E2)</p> <p>Ich bin generell offen für ALLES. (E3)</p> <p>Ich hab noch nie irgendwas hundertprozentig ausgeschlossen bis auf Radiologie. Ansonsten (...) ist noch alles offen; (...) kürzere OP-Zeiten und da ist dann eben HNO zum Beispiel in den Fokus gerückt. Weil HNO, die haben halt teilweise auch OP's die nur 30 Minuten gehen oder so (lacht) halt nur eine Stunde, wo man dann halt eben auch beides hat. Also Stationsarbeit viel und dann eben OP's und dann eben auch ein bisschen gestaffelt, das man nicht einen ganzen kompletten Tag für eine OP im OP steht. (E4)</p> <p>Ich würde erst mal das PJ abwarten, aber wenn das Frühjahr gut ist dann würde ich gerne Augenheilkunde machen. (E5)</p> <p>Also ich finde Endokrinologie wahnsinnig spannend, das ist alles was innere Medizin/ so jetzt mit Hormonstoffwechsel. (K1)</p> <p>Ich denke das wird jetzt im PJ kommen, wenn man dann wirklich vier Monate am Stück in einer Abteilung arbeitet und so viel erfährt. Ist es das was für mich oder nicht. (K3)</p>	<p>diese unterliegen Schwankungen, selbst im PJ</p>
<p>Verlauf des Berufswunsches Definition: Veränderung des Berufswunsches im Laufe des Studiums</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Also (...) MIR ist es in den ersten/ in den ersten zwei Semester richtig schwer gefallen so zu gucken „Okay, in welche Richtung soll es denn für mich eigentlich gehen?“, weil ich einfach alles so toll fand. Dann hatten wir irgendeinen neuen Dozenten und dann dachte ich „Das hat der so schön der erklärt“ und dann hatte man richtig Lust das auch zu machen (schwärmend). (E2)</p> <p>da man ganz viele andere Dinge halt auch sieht, weil vorher kannte ich halt nur die klassischen Sachen, wie Anästhesiologie und Chirurgie, Innere Medizin. (...), wo man dann schon überlegt, ob das nicht auch vielleicht was für einen wäre. (E3)</p> <p>Am Anfang wollte ich halt wirklich dann Viszeral- oder Unfallchirurg werden (...). In Anführungszeichen der coole Chirurg (lacht). Und (überlegt) da war es mir egal ob ich dann jetzt dann irgendwie dann wahrscheinlich dann bis in die Puppen dann irgendwie dann da am OP-Tisch stehen würde oder so (...). Jetzt habe ich so in dem Sinne geändert, dass ich auch gemerkt habe, dass ich dann auch eventuell das gar nicht körperlich nicht schaffe. Mit Rückenschmerzen und alles Drum und Dran, (E4)</p> <p>Ja, ich wollte schon Orthopädin werden. (überlegt) Und (...) ich bin jetzt zu dem Entschluss gekommen, dass ich dafür nicht die Kraft habe (lacht); Ich glaube auch, dass man je nachdem, wie ein Fach in der Uni behandelt wurde, eher darin seinen Facharzt machen will, als in anderen Fächern. Also ich glaube schon, dass das ziemlich relevant ist. (E5)</p> <p>Ja aber ich war ja nach wie vor noch damals völlig davon überzeugt: ‚Chirurgie niemals!‘ (E6)</p> <p>was man jetzt so gerade im Studium hatte.; am Ende vom Studium jetzt noch nicht fertig gereift Also so, weil DAS, was man jetzt gerade so gelernt hat, was frisch ist, da denkt man sich dann: (...) So, über dieses Fach würdest du gerne mehr erfahren'. Und habe mich dann für eine Famulatur beworben.(E7)</p>	<p>Schwankend je nach Studienschwerpunkt</p> <p>Dozenten begeistern für Fächer</p>

<p>Dann fand man Dermatologie ganz toll, fand man die Urologie ganz toll und dann kommen auch wieder andere Fächer hinzu, wo man merkt, das ist doch nicht ganz so toll. Und dann/ Also eigentlich war der Berufswunsch bei mir war relativ stark im Wandel. (K3)</p> <p>Am Anfang, als ich noch keine Ahnung hatte, wusste ich nur, dass ich was Chirurgisches machen wollte. (K4)</p> <p>Ich bin gelernter Zimmermann. Und als ich angefangen habe zu studieren habe ich gedacht: Ich werde auf JEDEN Fall Orthopäde oder Unfallchirurg. Schön sägen und bohren. Das ist mein Ding!" (ebd.). Danach schwankte sein Berufswunsch einige Male hin und her: „Aber, das hat sich auch immer Laufe meines Studiums bestimmt fünf Mal geändert. (K5)</p>	
<p>Faktoren der Berufswahl Definition Faktoren, die als wichtig für die Ergreifung einer Fachrichtung bewertet werden</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Die Chirurgie ist eigentlich interessant weil man da viel mit den Händen machen kann und auch den Patienten geht es sofort besser, ne? Also man hat sich das Bein gebrochen und man flickt es wieder zusammen und ihm geht es gut. Also so denkbar einfach und man hat den Erfolg quasi direkt. Beim Narkosearzt sind es eher die Arbeitszeiten. Also für Familienplanung, da muss man nicht bis tief in die Nacht arbeiten. Ist also eher so der Hintergrund. (...) Aber man muss ja auch ein bisschen weiter denken: Man wird dann ja auch irgendwann mal alt und kann dann nicht mehr so lange arbeiten. Das ist dann schon so ein Ding.; Das heißt es kommt ja immer drauf an wie die Atmosphäre in den Klink ist. Ist die Stelle vielleicht gut bezahlt und toll aber da fühlen sich alle unwohl. Das/ Wenn man jetzt wüsste – wie ich nicht – wenn man in dem Krankenhaus ist die Atmosphäre toll, dann würde ich mir schon sagen dann mache ich lieber Narkose als Chirurgie. (E1)</p> <p>Dann hatten wir irgendeinen neuen Dozenten und dann dachte ich: ‚Das hat der so schön erklärt‘ und dann hatte man richtig Lust das auch zu machen (schwärmend). Keine Ahnung, das hat mich dann irgendwie alles so, so begeistert. (E2)</p> <p>für die gewisse Fachrichtung ein lockerer, cooler Dozent da auftritt und einem das Fachgebiet halt schmackhaft macht. (E3)</p> <p>Also eine Fachärztin hat mir vor kurzem gesagt, man entscheidet sich für das, wo man dann die besten Lehrer hatte (lacht), weil die Lehrer sozu/ Also/ Ärzte, die dann am besten gelehrt haben, weil die halt letztendlich, die dann dazu führen das Fach beliebt zu machen; (...) dass ich auch gemerkt habe, dass ich dann auch eventuell das gar nicht körperlich nicht schaffe. Mit Rückenschmerzen und alles Drum und Dran, was da auf einen zu kommen, deswegen/ deswegen überlege ich dann halt auch, dass ich dann wenn ich ÄLTER werde, also Ü40 oder so dann, dass ich dann eine Option habe (überlegt), ein Beruf auszuüben, der ja, der eben gesundheitsschonender ist. Also (...) MIR ist es in den ersten/ in den ersten zwei Semester richtig schwer gefallen so zu gucken „Okay, in welche Richtung soll es denn für mich eigentlich gehen?“, weil ich einfach alles so toll fand. Dann hatten wir irgendeinen neuen Dozenten und dann dachte ich „Das hat der so schön der erklärt“ und dann hatte man richtig Lust das auch zu machen (schwärmend). (E2)</p> <p>da man ganz viele andere Dinge halt auch sieht, weil vorher kannte ich halt nur die klassischen Sachen, wie Anästhesiologie und Chirurgie, Innere Medizin. (...), wo man dann schon überlegt, ob das nicht auch vielleicht was für einen wäre. (E3)</p> <p>Am Anfang wollte ich halt wirklich dann Viszeral- oder Unfallchirurg werden (...). In Anführungszeichen der coole Chirurg (lacht). Und (überlegt) da war es mir egal</p>	<p>Persönliche Präferenzen</p> <p>Dozenten</p> <p>teamabhängig</p> <p>körperliche Konstitution</p> <p>Antizipation der Zukunft</p>

ob ich dann jetzt dann irgendwie dann wahrscheinlich dann bis in die Puppen dann irgendwie dann da am OP-Tisch stehen würde oder so (...). Jetzt habe ich so in dem Sinne geändert, dass ich auch gemerkt habe, dass ich dann auch eventuell das gar nicht körperlich nicht schaffe. Mit Rückenschmerzen und alles Drum und Dran, (E4)

Ja, ich wollte schon Orthopädin werden. (überlegt) Und (...) ich bin jetzt zu dem Entschluss gekommen, dass ich dafür nicht die Kraft habe (lacht); Ich glaube auch, dass man je nachdem, wie ein Fach in der Uni behandelt wurde, eher darin seinen Facharzt machen will, als in anderen Fächern. Also ich glaube schon, dass das ziemlich relevant ist. (E5)

Ja aber ich war ja nach wie vor noch damals völlig davon überzeugt: ‚Chirurgie niemals!‘ (E6)

was man jetzt so gerade im Studium hatte.; am Ende vom Studium jetzt noch nicht fertig gereift. Also so, weil DAS, was man jetzt gerade so gelernt hat, was frisch ist, da denkt man sich dann: (...) So, über dieses Fach würdest du gerne mehr erfahren’. Und habe mich dann für eine Famulatur beworben.(E7)

Dann fand man Dermatologie ganz toll, fand man die Urologie ganz toll und dann kommen auch wieder andere Fächer hinzu, wo man merkt, das ist doch nicht ganz so toll. Und dann/ Also eigentlich war der Berufswunsch bei mir war relativ stark im Wandel. (K3)

Am Anfang, als ich noch keine Ahnung hatte, wusste ich nur, dass ich was Chirurgisches machen wollte. (K4)

Ich bin gelernter Zimmermann. Und als ich angefangen habe zu studieren habe ich gedacht: Ich werde auf JEDEN Fall Orthopäde oder Unfallchirurg. Schön sägen und bohren. Das ist mein Ding!“ (ebd.). Danach schwankte sein Berufswunsch einige Male hin und her: „Aber, das hat sich auch immer Laufe meines Studiums bestimmt fünf Mal geändert. (K5) Das liegt/ Ich weiß nicht. Ich glaub das liegt einfach daran/ Es gibt unterschied/ In jeder Fach(...)abteilung gibt es immer unterschiedlichen Schlag Mensch, der dann auch meistens dort arbeitet. Und ich kam mit jedem gut klar oder so. Waren auch nett, war auch witzig und alles, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass ich dort wirklich dann ewig bleibe (lacht). (E4)

Ja, ich wollte schon Orthopädin werden. (überlegt) Und (...) ich bin jetzt zu dem Entschluss gekommen, dass ich dafür nicht die Kraft habe (lacht). (...) Also man kann das als Frau auch gut durchziehen, aber ich bin (...) kein so (...) kräftiges Mädels und ich komme da schon im OP an meine Grenzen. Und ich denke mal, das/ oder ich kam zu dem Schluss (...), dass (...) da einige stärkere Frauen (lacht) oder Männer da ein bisschen besser aufgehoben sind.; Dass man (überlegt) genau/ nettes Team hatte, was einen an die Hand nimmt und (überlegt) begeistert von dem Fach ist. Das ist ausschlaggebend. Ja.(E5)

Ich habe mir irgendwie das nie zugetraut. Ich dachte immer so: ‚Sowas wirst du niemals können. Du kannst nicht so lange am OP-Tisch stehen. Du hast gar nicht die Kraft dazu‘ (E6)

Wenn die was über ihr Fach erzählen und dann auch echt gut das rüberbringen, dann habe ich immer das Gefühl: ‚Okay, ja das könnte dich auch erfüllen dieses Fach. Das ist bestimmt geil, wenn du das MACHST‘ (E7)

Und die Sicherheit, den Teamgedanken den man dann entwickelt, die tollen Kollegen die man dann hat. Das war wirklich so, dass man, ja, im Team gearbeitet hat und aufeinander zählen musste. Weil in der Notfallsituation geht es halt nicht, dass da einer nicht mitmacht. Und das war vom Gefühl zum Team dazugehören.; Ich weiß es nicht. Also ich habe mir noch längst nicht alles gesehen. (K1)

<p>wenn man dann wirklich vier Monate am Stück in einer Abteilung arbeitet und so erfährt: „Ist das was für mich oder nicht? (K3)</p> <p>besser mit einem familiärem Alltag, mit Freunden vereinbar ist, als diverse andere Fächer; Also ich habe jetzt auch im PJ gemerkt, dass mir Innere wesentlich mehr Spaß macht, als ich es vorher gedacht hätte. Und ich muss auch sagen, wenn ich jetzt widererwarten nirgendwo eine Urologiestelle finden würde, würde ich auch überlegen in der Inneren anzufangen, weil das Team hier ist cool; und wo man zufällig hingerät (K4)</p> <p>und wenn ich dann dort feststelle, dass zum Beispiel das Team echt scheiße ist, und dann ist für mich klar, da gehe ich nicht hin! Weil das ist/ Das WICHTIGTSE an er ganzen Arbeit; das Team eben das war super! Ja? Das war wahrscheinlich das; warum ich es so cool fand. Und warum ich sagen würde, das [chirurgischer Facharzt] käme für mich in Frage, weil das TEAM so super war. Und ich da echt/ das einfach SPAß gemacht hat; da. Aber ich habe gemerkt, es gibt erstens vielleicht sogar noch coolere Teams und zweitens, wenn das Team cool ist und die Arbeit sogar noch cooler ist, dann werde ich doch eben lieber Nephrologe, zum Beispiel. (K5)</p> <p>Also bei mir ist das total teamabhängig. Also dann werde ich so angefixt. Für mich ist das Team eigentlich das Wichtigste und die Fachrichtung doch schon, so dass was hinten dran steht. (K6)</p>	
<p>Motiv der Kursteilnahme Definition: Beweggründe für die Kursteilnahme</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Ich hab das in der Zeitung gelesen. Dass da ein paar Studenten das abgeschlossen haben und ich komme aus der Nachbarstat wo das angeboten wird. Dann dachte ich „Ja das klingt gut. Das könntest du auch mal machen. (E1)</p> <p>Ein Freund von mir hatte das auch gemacht. Der hatte mir davon erzählt und hatte/ Er hatte mir eben erzählt, dass die Betreuung da sehr gut ist. Das man anhand von diesen PLAN einfach so feste OP-Zeiten erfüllen muss und dadurch eben viel machen kann und viel sieht und auch wirklich drauf geachtet wird, dass die Studenten was machen und was lernen. Ja ich fand es einfach gut, dass es ein bisschen strukturiert ist und ich hatte eigentlich auch den Plan gehabt, dass ich das dann vielleicht als Nebenjob weiterführen kann. (E2)</p> <p>(...) dort waren dann immer die Studenten, wobei ich immer schon eine gewisse Eifersucht hatte, weil ich ja auch studieren möchte/ wollte und da hab ich halt immer gesagt, wenn ich dann später auch mal studiere, dann werde ich das auf jeden Fall machen, weil es halt schon was Schönes ist. Weil man dann einen tieferen Einblick bekommt, als wenn man nur immer also immer nur Haken hält oder was Ähnliches macht (...) und so wird halt einem viel angelehrt in verschiedenen Bereichen und das war schon gut. (E3)</p> <p>Ja, kann man mal machen. Mich interessiert die Chirurgie und sieht ja nicht schlecht aus wenn man ein Zertifikat hat; Das ist das, was die Studenten am MEISTEN reizt: wenn die Operation dann halt letztendlich um ist, und man lange den Haken gehalten hat, dann letztendlich die Wunde auch zunähen darf. Das wurde aber auch erfüllt (E4)</p> <p>Ich hab damals auch überlegt, ob ich das jetzt überhaupt machen will, weil ich hab mich davor nicht so in der Chirurgie gesehen hätte; ganz cool, dass man sowas am Schluss schriftlich hat (E5)</p> <p>Also mein/ mein Freund ist gebürtig daher wo dieser Kurs angeboten wird. Da wo ich das auch gemacht habe. Und der wurde von dem Oberarzt angesprochen, ob er das nicht machen wollte. Und dann hat er aber gesagt, naja also er ist jetzt schon fertig. (...). Und ich war im vierten Semester. Also noch echt ganz FRÜH im</p>	<p>Antizipation von Akkumulation von Humankapital</p> <p>Gelegenheitsstruktur</p> <p>beeinflusst durch Umfeld</p> <p>gute Reputation des Kurses</p> <p>Praxis</p>

<p>Studium und ich hab gesagt „Okay ich würde das gerne machen“. (E6)</p> <p>Also wir hatten das FACH oder die VTG Chirurgie war natürlich in den Studenten-Unterricht eingebunden. Und da bestand dann die Möglichkeit einer Famulatur. Und da wurde dann nachgefragt, ob ich dieses Zertifikat machen wollte. (E7)</p>	
<p>Effekt des Kurses Definition: Welchen Effekt zeigt der Kurs</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Auf jeden Fall positiv für die Chirurgie.(...) . Das war auf jeden Fall den Berufswunsch für die Chirurgie, nicht direkt jetzt allgemein Viszeralchirurgie, aber allgemeinchirurgische Fächer haben den Wunsch noch verstärkt, zumindest nicht gemindert. Also die Chirurgie kann sich glaube ich freuen (lacht), sie haben auf jeden Fall noch einen Chirurgieinteressenten mehr gefunden! (E1)</p> <p>Also für MICH war es gut, dass ich das zwar gesehen habe, dass ich das spannend finde. Aber auch, dass ich das ausschließen kann. Das war für mich ein Vorteil (lachend) (E2)</p> <p>Ja wieder positiv weil (...) man hatte dann Patientenkon/ Patientenkontakt/ Man hatte sowohl vor der Operation, als auch nach der Operation den Bezug zu den Patienten und man konnte halt in den meisten Fällen sofort sehen, dass es den Patienten besser geht. Und das hat auf jeden Fall meine Meinung zur Chirurgie verstärkt. (...) Oder mein Interesse. (E3)</p> <p>Also im Grunde eigentlich (überlegt) GAR nicht beziehungsweise, wenn dann ein bisschen negativ, weil es war halt so, weil ich/ ICH HAB ja die Famulatur extra dort geMACHT, um das dann zu machen. (E4)</p> <p>Oder mir macht die Chirurgie ja voll viel Spaß. Auch Allgemeinchirurgie. Aber ich kann mir halt aufgrund der Arbeitsbedingungen, das nicht vorstellen, die ich aber letztendlich auch darüber halt kennengelernt habe; oder mir mehr Gedanken darüber gemacht habe. (E5)</p> <p>Das hat es ja komplett geändert. Ich hatte immer gedacht: „Chirurgie das ist was für Leute, die keinen Bock auf Freizeit haben. Und (überlegt) warum sollte ich das machen? Da habe ich ja nichts mehr vom Leben. Und ich finde es sowieso blöd. Ich glaube ich kann nicht im OP stehen. Und ich werde das eh nie lernen können.“, so das war meine ja Meinung dazu, was man halt so eher mitbekommen hat von den Höheren Semestern oder von anderen Leuten. Dann habe ich das halt gemacht. Habe mich da angemeldet und bin ja eigentlich der komplett anderen Meinung jetzt. (E6)</p> <p>Persönlichen Nutzen? Also ich weiß auf jeden Fall jetzt, dass das FACH auf jeden Fall was für mich ist. (E7)</p>	<p>Unterschiedliche Effekte, auch abhängig von vergangener Zeit bis zum Interview</p>
<p>Erwartungen an den Kurs Definition: Erwartungen die vor dem Kurs an ihn gestellt wurden</p>	
<p>Ankerbeispiel</p>	<p>Essenz</p>
<p>Ich wusste natürlich, dass man Nähen lernen muss und wie bestimmte Sachen da angeboten werden, aber wie das letztendlich ist? Bin ich einfach mal blind (lacht) eingegangen; Also man konnte da einfach ganz viel mitnehmen. (E1)</p> <p>die Betreuung da sehr gut ist. Das man anhand von diesen PLAN einfach so feste OP-Zeiten erfüllen muss und dadurch eben viel machen kann und viel sieht und auch wirklich drauf geachtet wird, dass die Studenten was machen, und was lernen; Ja ich fand es einfach gut, dass es ein bisschen strukturiert ist und ich hatte eigentlich auch den Plan gehabt, dass ich das dann vielleicht als Nebenjob weiterführen kann; Also, Ich fand/ ich fand es richtig gut, weil so dass sich für die Famulanten nochmal extra Zeit genommen wird, um irgendwas zu unterrichten,</p>	<p>Unterschiedliche Erwartungen, jedoch wurden alle erfüllt oder übertroffen</p>

<p>das gibt es eigentlich sonst nicht. Man kann mit in die PJler Kurse gehen, aber dass man eigene Kurse nur für die Famulanten macht, das gibt es eigentlich sonst nirgends. Das war echt schön. Und auch sonst: Es wurde eben immer drauf geachtet, dass man mit in die OP's gegangen ist. Die Oberärzte waren sehr nett und haben auch viel erklärt. Ja hat mir echt ganz gut gefallen (E2)</p> <p>Also, ich habe erwartet, dass mir (...) verschiedene Operationstechniken beigebracht werden, also beziehungsweise verdeutlicht werden, dass ich die/ dass ich den Ablauf (überlegt) perfekt kenne und dass ich das Laparoskopieren beherrschen kann. Und (...) woanders/ und nähen. Das Nähen. Das mir das beigebracht wird. Ja und sonst (...) war eigentlich keine andere Erwartung.; Also ich wusste selber nicht viel über den Kurs. Ich hatte es halt immer nur vorher bei den anderen Studenten gesehen und (...), die Erwartung von mir/ Nähen/ Zum Beispiel das Lernen des Nähen/ Das Nähen lernen und das Laparoskopieren, das wurde mir halt schon perfekt vermittelt und so waren dann meine Erwartungen dann befriedigt. (E3)</p> <p>Das ist das, was die Studenten am MEISTEN reizt: wenn die Operation dann halt letztendlich um ist, und man lange den Haken gehalten hat, dann letztendlich die Wunde auch zunähen darf. Das wurde aber auch erfüllt. (E4)</p> <p>Ja mehr als erfüllt. (E5)</p> <p>Ich wusste nicht, was man da macht. Oder wie das so vonstattengeht. Ich war zuvor ja niemals im OP. Und es hat mich nicht verstört, sondern im Gegenteil, einfach nur fasziniert und ich glaube dann kann an einfach nur glücklich drüber sein. (E6)</p> <p>Also ich dachte, ich sehe auf jeden Fall viele OP's. Bin viel im OP-Saal und/ aber ich hatte gehofft dass man wenigsten ein bisschen was vom Stationsalltag mitbekommt. Und das war auch so Letzten Endes (E7)</p>	
<p>Kurs bietet Einblick in die Chirurgie Definition: Bewertungen über ausreichende Informationen, die der Kurs zur Fachrichtung liefert</p>	
<p>Ankerbeispiele</p>	<p>Essenz</p>
<p>Also die komplette Chirurgie. Ich glaube nicht, dass man da überhaupt einen Überblick/ Das sind ja, was weiß ich? 20 verschiedene Subspezialisierungen – aber in dem Bereich der allgemeinen Chirurgie, auf jeden Fall. (E1)</p> <p>ganz, ganz kleiner Fleck von der Chirurgie; einen tieferen Einblick bekommt, als wenn man nur immer also immer nur Haken hält, oder was Ähnliches macht (...) und so wird halt einem viel angelernt in verschiedenen Bereichen, und das war schon gut. (E3)</p> <p>Aber ich finde man hat halt einfach das ARBEITEN kennengelernt. An hat die Komplikationen mitbekommen. Man hat gesehenen, wie es läuft. Wenn es gut läuft. Man hat aber auch mitbekommen, wenn mal ein schwieriger Patient dort lag. Wenn es mal hektisch wurde. Wenn der Chef mal nicht mehr so gut Sprüche auf Lager hatte (überlegt). Weil man/ Also weil ich halt einfach gesehen habe, wie das so abläuft, wie anstrengend das auch sein kann. (E6)</p> <p>Und ja, da ich GENERELL schon Bock habe Chirurg zu werden, war es halt echt gut, dass man dann auch mal viel Zeit im OP verbracht hat. Weiß wie das so ist. Da läuft das ja alles etwas anderes, als wenn man viel auf Station ist, oder in Ambulanzen oder so. Da verbringt man einfach viel ZEIT im OP und merkt dann auch: ‚Okay ist das was für einen? Kann ich jetzt irgendwie da DREI, vier Stunden am Tisch stehen und ja quasi mich wenig bewegen? Oder dann auch die ganze Zeit die Konzentration aufrechterhalten? Und ja/ Und ist es wirklich so abwechslungsreich, wie ich mir das vorstelle?‘ Und das war es auf jeden Fall! (E7)</p>	<p>Kurs bietet genügen Informationen</p>

Kosten/Nutzen der Teilnahme	
Definition: Kosten (Investitionen), die der Kurs verursachte und Nutzen den der Kurs stiftet	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>... im Rahmen von so einem Kurs kann man da eben viel Routine reinbringen. Und in einer Uniklinik oder wenn man wo anderes im OP steht, dann wird man nur gefragt: ‚Kann man das oder kann man das nicht?‘ Und wenn man das nicht kann, dann kriegt man das auch nicht beigebracht; nicht nur die OP-Fertigkeiten gelernt, sondern auch das Verhalten im OP. Was eben viel Übung und Routine eigentlich braucht (E1)</p> <p>Weil ich finde es ist trotzdem wichtig und man sollte – und jeder Mediziner sollte – sich damit ein bisschen auskennen, auch wenn er das Fach jetzt später nicht machen will - anständig nähen können. Und sowas ist trotzdem nicht verkehrt. (E2)</p> <p>überlegt) Ich hoffe, dass durch das Zertifikat die (...) (überlegt) meine Chance steigt in Deutschland ein Studienplatz zu bekommen (...) für das kommende Semester. Und außerdem möchte ich dann, wenn ich später an einer andren Stadt studiere hoffe ich/ Hoffe ich dass ich dadurch ein kleinen Job bekomme wobei es dann zum Beispiel am Wochenende vielleicht in der Chirurgie (überlegt) als (...) Hofassistenten arbeiten könnte. (E3)</p> <p>Und es hat nicht funktioniert und das ist schon was frustrierend wenn man da Monate in Führungszeichen investiert, um dieses Zertifikat zu bekommen und letztendlich das nicht bekommt. (E4)</p> <p>... ob ich das jetzt überhaupt machen will, weil ich hab mich davor nicht so in der Chirurgie gesehen hätte. Und eigentlich ist man persönlicher Nutzen, dass ich gemerkt habe, dass ich das voll gerne im OP bin. Und, dass ich mir das sehr gut vorstellen kann, trotzdem irgendwas Chirurgisches später zu machen. (E5)</p> <p>Ich konnte mich auch mit diesem Zertifikat schon mal häufig gut bewerben. Das sieht immer gut aus. Und (überlegt). Also wie gesagt, ich habe da einen Profit von; Gerade im Vergleich zur Uni, wo man ja denken würde: ‚Okay hier ist eigentlich/ hier sollte die Lehre sehr gut sein‘ Da war es halt in der Klinik um Welten besser. Also ich hab da viel mehr gelernt, als ich hier im Studentenunterricht lernen würde; Ich habe mich in diesem Bereich auch – würde ich sagen – noch weiterentwickelt“, „Also jetzt am Wochenende hatte ich wieder Chirurgiewahlfach an der Uni und habe daraus wieder profitiert. (E6)</p> <p>Persönlichen Nutzen? Also ich weiß auf jeden Fall jetzt, dass das FACH auf jeden Fall was für mich ist. Und ich denke auch, dass / Also man hat ja jetzt auch weiter Chirurgiekurse/ Also das ist ja man lernt/ man lernt ja während des Studentischen OP Assistenten, lernt man ja sowas. Und erst ist dann das erst/ ist man/ ein/ vielleicht gar nicht so bewusst, dass man wirklich so viel MITGENOMMEN hat, aber gerade ein Vergleich zu anderen, die das nicht gemacht haben, merkt man, dann doch im Unterricht: Okay du hast auf jeden Fall MEHR Ahnung jetzt davon, als die. Du kannst da schon ein bisschen auf einer andren Ebene reden als die anderen. Weil du jetzt wirklich schon öfter mal dabei warst. (E7)</p>	<p>Zertifikat als Profit</p> <p>Praktische Erfahrungen</p> <p>Arbeitsroutine</p> <p>Vorsprung zu anderen Studierenden</p> <p>Kaum Kosten erwähnt</p>
Zertifikat als HK	
Definition: Wahrnehmung der Signalfunktion und der erworbenen Kompetenzen	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>...bin ich da ziemlich froh, dass ich den gemacht hab. Viele Kommilitonen, die jetzt die genauso weit sind wie ich haben im OP noch nie nähen dürfen. oder so. Und in einer Uniklinik oder wenn man wo anderes im OP steht, dann wird man nur gefragt „Kann man das oder kann man das nicht?“ Und wenn man das nicht kann, dann kriegt man das auch nicht beigebracht. Und durch den Kurs kann man sagen „Ja ich kann das. Ich kann den Bauch zu nähen“. (E1)</p>	<p>schriftlich, bescheinigt Vorteile gegenüber anderen Medizinstudierenden durch den</p>

<p>Ich hatte eigentlich auch den Plan gehabt, dass ich das dann vielleicht als Nebenjob weiterführen kann. Das hat dann leider nicht geklappt, aber die Idee hat sich dann doch irgendwie verlaufen. Aber ich fand das an sich ein ganz gutes Konzept. (E2)</p> <p>Ich hoffe, dass durch das Zertifikat die (...) (überlegt) meine Chance steigt in Deutschland ein Studienplatz zu bekommen (...) für das kommende Semester. Und außerdem möchte ich dann, wenn ich später an einer anderen Stadt studiere hoffe ich/ Hoffe ich dass ich dadurch ein kleinen Job bekomme wobei es dann zum Beispiel am Wochenende vielleicht in der Chirurgie (überlegt) als (...) Hofassistenten arbeiten könnte. (E3)</p> <p>Ja, kann man mal machen. Mich interessiert die Chirurgie und sieht ja nicht schlecht aus wenn man ein Zertifikat hat. (E4)</p> <p>...ganz cool, dass man sowas am Schluss schriftlich hat. (E5)</p> <p>Ich konnte mich auch mit diesem Zertifikat schon mal häufig gut bewerben. Das sieht immer gut aus. Und (überlegt). Also wie gesagt, ich habe da einen Profit von. (E6)</p>	SOA
Verbesserungsvorschläge Definition: Vorschläge zur Verbesserung des SOA	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>Also was ich noch ganz gut gefunden hätte, das hat nämlich nicht funktioniert, dass die Studenten mehr nähen müssen. Das hat nicht funktioniert, weil aktuell zu dem Zeitpunkt eine Studie gelaufen ist, deswegen mussten viele auch geklammert werden und deswegen konnten wir nicht nähen. Aber einfach das darauf noch ein bisschen mehr geachtet wird. Zum Beispiel, dass man das dann auch in der Liste festhalten könnte, dass man so und so viele Nähte gemacht hat. Das fände ich ganz gut. ODER wenn man noch irgendwie/ Obwohl das macht nicht so viel Sinn. (überlegt) JA doch. Doch, das mit den Nähten! Das mit dem Nähen. Mehr reinbringen! (E2)</p> <p>Dass man das abklärt, wann die Ferienzeit ist und sagen halt der (überlegt)/ der Aufpasser – sag ich mal – auch dafür oder der Stellvertreter, dass der auch auf jeden Fall im Krankenhaus ist. Das man/ Das der Student dann nicht auf eigenen Beinen steht und dass er da selber sich strukturieren muss, was er selber zu tun und zu lassen hat. (E3)</p> <p>Das heißt man musste sich selber um die praktischen Anforderungen kümmern, was letztendlich halt letztendlich nicht möglich ist, wenn man nur einen Monat Famulatur macht. (E4)</p> <p>Besser machen würde ich vielleicht/ generell vielleicht die Organisation von dem Ganzen. Dass man/ dass man sagt: „Okay, weil alle sind gerade eingebunden in den Alltag“. Und das hat ja nicht nur einer dann, weil wir waren ja mehrere Famulanten und dann war es immer schwierig Termine zu finden. Und das auch der Arzt dann konnte. Und dann kam dieses und jenes dazwischen. War immer nicht ganz so einfach. Ja. (...)Das war ganz cool. Aber die Ärzte wussten dann schon wie man einen einbindet am besten. Und was man dann am besten noch machen kann und was man nicht machen sollte. Also, war ganz cool. (E7)</p>	Individuell, je nach Klinik und Zeitpunkt der Teilnahme
Einstellung zu praktischen Angeboten Definition: Einstellung zu praktischen Angeboten	
Ankerbeispiel	Essenz
<p>Einfach generell Praxiserfahrung ist super wichtig. Das ist ja so das, was dir wirklich mal einen Einblick darin gibt, wie du später arbeiten wirst. (E2)</p> <p>Weil ich nicht glaube, dass das Studium/ Also was ich eben gesagt habe, eigent-</p>	Durch Praxis wird man auf den Beruf vorbereitet, diese fehlt

<p>lich kann einem das Studium einem nicht so viel Praxis bieten und würde einen dann zeitlich einschränken. Dann fände ich es auch wieder blöd, wenn man dann Pflichttermine hätte (lachend). Aber eigentlich finde ich es ganz cool, dass man so ein bisschen in ein Team reinwächst, gerade wenn man vorher gar keine Ahnung hatte, wie es in einem Krankenhaus abläuft. Finde ich das schon ganz sinnvoll. (E5)</p> <p>klinischen Blick, wie es heißt, den man nicht im Studium lernen kann. (K1)</p> <p>Naja, ich glaube, dass (überlegt)/ Ja dass man/ Ja, learning by doing halt, ne? Und ich denke, dass das im Endeffekt, wenn dann ans Arbeiten mal ankommt/ Ja das hat man das tausend Mal gemacht. Dann wird man richtig gut. Dann sticht man auch damit hervor. (K3)</p> <p>doch die praktischen Erfahrungen bringen mir extrem viel für das weitere/ für das weitere Berufsleben Weil Chirurgie ist eines der Fächer, wo man einfach stunden-, tage-, wochen-, monate-, jahrelang üben, üben, üben muss. Und jede Möglichkeit, die sich einem ergibt, finde ich gut zu nutzen. (K4)</p> <p>aber freiwillig dann noch mehr Stunden zu machen und die einzige Freizeit quasi die sie noch haben, zu opfern, das glaube ich, da sind die wenigsten bereit für. (K5)</p>	<p>den Studenten</p>
--	----------------------

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die M.A.-Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle bildlichen Darstellungen und Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungsleistung an dieser oder einer anderen Fakultät oder Prüfungsbehörde war.

Bochum, 13. Juli 2017

A handwritten signature in black ink that reads "Anna Melcher". The script is cursive and fluid.

Anna Melcher