

**Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
der Universität zu Lübeck  
Kommissarische Leitung: Prof. Dr. Alexander Katalinic**

---

**Eine qualitative Untersuchung  
zur Entwicklung der Studienmotivation  
angehender Humanmediziner**

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck  
– Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von  
Ann Margareta Bernhardt  
aus Winsen/ Luhe  
Lübeck 2014

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jens-Martin Träder  
2. Berichterstatterin: Priv.-Doz. Dr. phil. Ruth Deck

**Tag der mündlichen Prüfung: 05.09.2014**

**zum Druck genehmigt. Lübeck, den 05.09.2014**

**- Promotionskommission der Sektion Medizin -**

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis .....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	VIII
1 Einleitung und Fragestellung.....	1
2 Forschungsstand .....	5
2.1 Motivation zur Studienwahl .....	5
2.2 Inhalte des Medizinstudiums .....	6
2.3 Veränderung der Studienmotivation.....	8
2.4 Ursachen von Demotivation im Studium .....	9
2.5 Motivierende Faktoren im Medizinstudium .....	10
2.6 Arztbild von Medizinstudenten .....	11
2.7 Berufsbild von Medizinstudenten.....	12
2.8 Psychische Gesundheit von Medizinstudenten .....	12
2.9 Zusammenfassung des Forschungsstandes.....	14
3 Material und Methoden .....	15
3.1 Vorverständnis und Forschungshypothesen .....	17
3.2 Datenerhebung.....	19
3.2.1 Gesprächsgruppen .....	20

3.2.2	Leitfragen.....	23
3.2.3	Pretest .....	24
3.2.4	Ablauf der Gruppensitzungen.....	24
3.2.5	Transkription .....	27
3.3	Datenauswertung .....	29
4	Ergebnisse.....	36
4.1	Leitfrage 1.....	41
4.2	Leitfrage 2.....	46
4.2.1	Aktuelle Motivation.....	47
4.2.2	Entwicklung der Motivation im Studium .....	50
4.3	Leitfragen 3 und 4.....	53
5	Diskussion .....	74
5.1	Beantwortung der Forschungsfragen.....	74
5.2	Betrachtung der Hypothesen .....	80
5.3	Rückblick.....	84
5.4	Ausblick.....	88
6	Zusammenfassung .....	90
7	Literaturverzeichnis .....	91
8	Anhänge.....	97
8.1	Votum der Ethikkommission.....	97

8.2	Sitzungsleitfaden .....	98
8.3	Kurzfragebogen .....	100
8.4	Studieninformation für Teilnehmer-Rekrutierung.....	102
8.5	Einwilligungserklärung der Sitzungsteilnehmer .....	104
8.6	Transkriptionsregeln.....	105
8.6.1	Formatierung .....	105
8.6.2	Symbole .....	105
8.6.3	Sonstige Regeln .....	106
9	Danksagung .....	108

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Für die vorliegende Studie modifizierter Ablauf der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse .....	34
Abbildung 2: Kategoriensystem als Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse.....	40

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die Gesprächsgruppensitzungen .....22

# Abkürzungsverzeichnis

AQUAM = Arbeitsgruppe Qualitative Methoden

AStA = Allgemeiner Studierendenausschuss

IMPP = Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen

LUST = Lübeck University Students Trial



# 1 Einleitung und Fragestellung

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel. In immer mehr Kommunen ist der „wohnortnahe Zugang zu ärztlichen Leistungen nicht mehr gegeben oder zumindest eingeschränkt“ (Bundesärztekammer 2012). Gerade in ländlichen Regionen fehlen niedergelassene Haus- und Fachärzte<sup>1</sup>, „aber auch in den Krankenhäusern sind bundesweit mehr als 6000 Arztstellen unbesetzt“ (ebd.). Obwohl die Arztzahlen moderat ansteigen, besteht also ein regionaler Ärztemangel, der sich auszubreiten droht. Als Gründe für diese Situation sind eine alternde Bevölkerung, wachsende Multimorbidität und ein Trend zur Teilzeittätigkeit unter Medizinerinnen zu nennen – dieser nicht zuletzt aufgrund eines erhöhten Frauenanteils in der Ärzteschaft (Hofmeister, Rothe et al. 2010: S. 160).

Zudem führen hohe Arbeitsbelastung und ein unausgewogenes Verhältnis von Arbeit und Freizeit (Schieflage der sogenannten ‚Work-Life-Balance‘) zu einer anhaltenden Abwanderung von Medizinerinnen in das Ausland oder in medizinferne Berufe. Seit 2005 erfasst die Bundesärztekammer die Zahlen der in das Ausland abgewanderten deutschen Mediziner. Dabei zeigt sich eine jährliche Abwanderung von gut zweitausend bis etwa dreieinhalb tausend Ärzten. Die stärkste Abwanderung wurde im Jahr 2011 mit 3.410 abgewanderten Ärztinnen und Ärzten festgestellt (Bundesärztekammer 2011).

Insgesamt scheint die Attraktivität des Arztberufes zu leiden. Die vermeintlichen Ursachen dieser Problematik sind vielfältig. Eine alleinige Konzentration auf den ärztlichen Berufsalltag würde dabei zu kurz greifen. Denn schon zu Beginn des beruflichen Werdegangs, nämlich im Studium, finden sich Treiber der Unzufriedenheit und damit erste Anlässe für spätere Auswanderung oder für die Wahl einer nichtärztlichen Tätigkeit nach dem Studienabschluss.

---

<sup>1</sup> Zum Zwecke verbesserter Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit weitgehend auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Formulierungen in der männlichen Form beziehen sich daher grundsätzlich sowohl auf weibliche als auch auf männliche Personen.

Zwar zählt die Humanmedizin mit fast fünf Bewerbern pro Studienplatz zu den beliebtesten Studienfächern (Stiftung für Hochschulzulassung 2013), jedoch liegen die Studienabbrecherquoten bei knapp zehn Prozent (Heublein, Richter et al. 2012: S. 30). Nicht selten kommt es bei Medizinstudenten im Verlauf ihres Studiums zu einem Desillusionierungsprozess (Dettmer und Kuhlmeier 2010: S. 105). Häufig müssen Vorstellungen und Ziele, mit denen das Medizinstudium begonnen wurde, an die Anforderungen der Realität angepasst werden. Dies allein ist sicher kein auf das Medizinstudium begrenztes Phänomen. Jedoch besteht der Verdacht, dass Studierende der Humanmedizin psychisch besonders stark belastet sind (Raj, Simpson et al. 2000) und dass viele von ihnen am Ende ihres Studiums Resignation mit Burnout-Tendenzen oder Schonverhalten aufzeigen (Aster-Schenck, Schuler et al. 2010). Auch eine Befragung von Lübecker Studenten ist zu dem Ergebnis gekommen, dass Medizinstudenten im Verlaufe ihres Studiums zunehmend gesundheitliche Risikomuster und eine reduzierte Studienmotivation zeigen (Voltmer, Kötter et al. 2012).

Die vorliegende Studie fokussiert das Studium der Humanmedizin in Deutschland mit Blick auf die Veränderung der Studienmotivation während des Studiums und mit Blick auf die Frage, welche Faktoren zur Motivation beziehungsweise Demotivation im Studienverlauf beitragen. Dieser Fokus impliziert keine Geringschätzung des Einflusses der Arbeitsbedingungen im Arbeitsalltag von Mediziner\*innen in der Bundesrepublik. Vielmehr ist er Ausdruck der Überzeugung, dass die Entwicklung der Motivation im Laufe des Studiums einen großen Einfluss auf die konkrete Berufswahl von approbierten Ärzt\*innen hat und sich weit über das Studium hinaus auf deren Berufszufriedenheit und beruflichen Werdegang auswirkt. Zudem erlaubt die Konzentration auf das relativ klar abgegrenzte Themengebiet der Studienmotivation eine detaillierte empirische Analyse und damit die Generierung von aussagekräftigen Forschungsergebnissen.

Der Begriff Studienmotivation umfasst insgesamt „die Motivation, sich überhaupt für ein Studium und nicht für einen alternativen Weg der Ausbildung zu entscheiden, die Motivation für ein bestimmtes Fach und schließlich die Motivation im Studium, das heißt zum Lernen und Erarbeiten der jeweiligen Studieninhalte“ (Fabry und Giesler 2007: S. 115). Die Studienmotivation ist dabei als situationsabhängiges, individuelles Ergebnis eines von vielen Faktoren

beeinflussten Prozesses zu sehen. Beispielsweise bringen die Studierenden unterschiedliche Voraussetzungen mit (Begabungen, intellektuelle Fähigkeiten). Es kommt zu Wechselwirkungen dieser Voraussetzungen mit Faktoren der universitären Lernumgebung (Dozentenverhalten, Lernklima, Leistungsdruck, Interesse an den Lerninhalten; ebd.: S. 115). Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Beweggründe für die Wahl des Studienfaches Humanmedizin einerseits und auf die studienbezogene Lernmotivation andererseits.

Umgangssprachlich werden die Begriffe ‚Motivation‘ und ‚Motiv‘ häufig synonym gebraucht. Insbesondere in der Psychologie ist jedoch eine – wenn auch nicht immer eindeutig anwendbare – Unterscheidung der beiden Begriffe verbreitet. Hierbei ist die jeweilige Dauerhaftigkeit entscheidend: Unter einem ‚Motiv‘ wird eine langfristig zugrundeliegende Disposition verstanden. Eine ‚Motivation‘ hingegen ist eher ein situativer, „aktueller Prozeß, der durch die Anregung eines Motivs ausgelöst wird“ [sic!] (Universität Heidelberg o. J.). Die vorliegende Studie verwendet die beiden Begriffe entsprechend dieser Unterscheidung.

Einblicke in die (Selbsteinschätzung der) Entwicklung der Studienmotivation beziehungsweise -demotivation von Humanmedizinerinnen sowie in deren zentrale Einflussfaktoren stehen damit im Mittelpunkt der vorliegenden Dissertation. Über eine derartige Bestandsaufnahme hinaus sollen Empfehlungen für eine die Studienmotivation fördernde Gestaltung der universitären Lehre abgeleitet werden.

Die drei zentralen Forschungsfragen der vorliegenden Studie ergeben sich aus dem Beschriebenen wie folgt:

- 1) Wie entwickelt sich die Studienmotivation angehender Humanmediziner im Laufe des Studiums?
- 2) Welche Faktoren üben maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Studienmotivation angehender Humanmediziner im Laufe des Studiums aus?
- 3) Welche Empfehlungen für eine die Studienmotivation generell fördernde Gestaltung der universitären Lehre in der Humanmedizin lassen sich aus den Untersuchungsergebnissen ableiten?

Eine im statistischen Sinne repräsentative Untersuchung aller angehenden Ärzte an der Universität zu Lübeck oder gar in Deutschland generell ist im Rahmen dieser Dissertation nicht möglich. Tatsächlich zielen die methodische Anlage und die Art der Datenauswertung weniger auf eine derartige Repräsentativität als auf die Identifikation der Motivationsentwicklung im Studienverlauf und ihrer zentralen Einflussfaktoren. Die systematische Überprüfung der relativen Bedeutung der einzelnen Faktoren in einer größeren Gruppe von Studierenden verspricht wertvolle ergänzende Einsichten, kann jedoch in der vorliegenden Dissertation nicht geleistet werden.

Wie im weiteren Verlauf dieser Arbeit deutlich werden wird, kann der beschriebene Fokus dabei helfen, eine wichtige Forschungslücke zu schließen: Zwar befassen sich zahlreiche Studien mit Teilaspekten der Studienmotivation angehender Humanmediziner. Allerdings sind die Wechselwirkungen zwischen – erstens – der Motivation zur Aufnahme des Medizinstudiums, zweitens deren Entwicklung während des Studiums und drittens generell bedeutsamen motivierenden und demotivierenden Faktoren bisher nicht hinreichend untersucht worden.

Um die oben genannten Forschungsfragen zu beantworten, geht die vorliegende Dissertation wie folgt vor: Zunächst wird der aktuelle Stand der Forschung zu dem hier zentralen Themengebiet aufgearbeitet. Im Anschluss wird das methodische Vorgehen dargestellt. Hierbei wird auf die Gesprächsgruppenbildung ebenso eingegangen wie auf die Datenerhebung und Datenauswertung. Auf dieser Grundlage werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung präsentiert, wobei angesichts der Fülle empirischen Materials eine begründete Auswahl besonders relevanter Aspekte erforderlich ist. Im Zuge der Ergebnispräsentation werden auch Empfehlungen für eine die Motivation fördernde Lehrgestaltung formuliert. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert. Zudem wird kritisch auf das Untersuchungsdesign zurückgeblickt und es wird ein Ausblick auf mögliche Folgestudien gegeben.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Am Ende der Arbeit findet sich eine Zusammenfassung sowie ein Anhang mit zusätzlichen Informationen und Dokumenten.

## 2 Forschungsstand

Die im Kontext dieser Studie relevante Forschungslandschaft ist vielfältig. Im Folgenden werden für einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zentrale Studien und deren Ergebnisse skizziert.

### 2.1 Motivation zur Studienwahl

Sönnichsen, Donner-Banzhoff et al. (2005) haben Medizinstudenten im ersten Semester unter anderem danach befragt, warum sie das Studium der Medizin begonnen haben. Als wichtigste Motive für die Aufnahme eines Medizinstudiums wurden „das Arbeiten mit Menschen, die Hilfeleistung für andere und die Verwirklichung der eigenen Ideale“ (ebd.: S. 222) angegeben.

Auch bei Jungbauer, Kamenik et al. (2004) fand sich als Grund für die Studienwahl vor allem „der Wunsch, mit anderen Menschen Umgang zu haben und ihnen zu helfen“ (ebd.: S. 51).

Zentrale Gründe für die Entscheidung Medizin zu studieren sind nach Kiessling, Schubert et al. (2003) „Menschen helfen zu können, die Freude an der Arbeit mit Menschen, der feste Berufswunsch Arzt/Ärztin zu werden und ein interessantes Studium. Als eher unwichtig wurden die Aussichten auf einen festen Arbeitsplatz, soziale Anerkennung, Einkommenschancen, Vorbilder in der Familie und fehlende Alternativen eingestuft“ (ebd.: S. 138).

Für das Deutsche Ärzteblatt wurde untersucht, weshalb Medizinstudenten später eine kurative Tätigkeit ausüben möchten. Demnach spielte für die Studenten die Nähe zu ihren Patienten, fachliches Interesse, eine verantwortungsvolle Position und das Arbeiten im Team eine große Rolle (Richter-Kuhlmann 2007: S. A 1881).

Maudsley, Williams et al. (2007) resümierten, dass für britische Studierende der unteren Semester bei ihrer Studienwahl ausschlaggebend war, als Mediziner wertvolle, bedeutende und herausfordernde Erfahrungen machen zu können, Menschen zu helfen, etwas zu verändern sowie naturwissenschaftlichen Interessen nachzugehen.

In einer Studie von 2011 (Zupanic, Hofmann et al. 2011) nannten die meisten Studenten als Hauptgrund für ihre Studienwahl „das Interesse an medizinischen Zusammenhängen [...], gefolgt von der Motivation zur Hilfeleistung (Vorklinik), bzw. Freude am Kontakt mit Menschen (Klinik).“

Dass, wie in den genannten Studien impliziert, wesentlich humanistische Ideale gefolgt von naturwissenschaftlichem Interesse für den Beginn eines Medizinstudiums verantwortlich sind, kann eine qualitative Untersuchung aus Bremen in dieser Eindeutigkeit nicht bestätigen. Hier wurde in den Interviews von den Studenten angegeben, dass auch das familiäre Umfeld, persönliche Betroffenheit und Arbeitsplatzsicherheit/ Ökonomie eine wichtige Rolle für die Studiengangwahl spielen (Schmacke, Niehus et al. 2008).

Fabry und Giesler (2007) fanden die meiste Zustimmung bei den „Aussagen ‚Das Studium entspricht meinem Berufswunsch‘ und ‚Das Studium entspricht meinen Neigungen und Fähigkeiten‘. Am wenigsten hat demgegenüber der Wunsch der Eltern zur Studienwahl beigetragen“ (ebd.: S. 119).

In einer Studie von 2010 (Osenberg, Huenges et al.) wurde mit 41,1 Prozent „das Interesse an medizinischen Zusammenhängen am häufigsten als Hauptmotivationsgrund angegeben, ein Medizinstudium zu beginnen. Auch Motivation zur Hilfeleistung (15,7 %), die Vielseitigkeit der möglichen Berufsausübung (17,7 %) und Freude am Kontakt mit Menschen (14,2 %) waren häufige Beweggründe, ein Medizinstudium aufzunehmen“ (ebd.: S. 79-80). Deutlich seltener lag eine eigene Anamnese (1,7 Prozent) oder die Fortführung einer familiären Berufstradition (1,1 Prozent) als Motivationsgrund zur Studienwahl vor (ebd.: S. 80).

## 2.2 Inhalte des Medizinstudiums

Eine Befragung von Studierenden der Humanmedizin an den Universitäten Lübeck, Kiel, Greifswald und Rostock sowie eine Bestandsaufnahme der Lehrpläne ergaben, dass das Studium vor allem Wert auf die Theorievermittlung lege (Schmacke, Niehus et al. 2008). Auch wurde festgestellt, dass „Fertigkeiten, wie der Umgang mit Patienten und Patientinnen, die

Beziehungsgestaltung sowie psychosoziale Kompetenzen, wie Gesprächsführung und Empathie, nicht oder nicht ausreichend praktisch vermittelt“ würden (ebd.: S. 23). Insgesamt fördere dies „Studenten und Studentinnen mit einem umfangreichen Faktenwissen, welche aber nicht unbedingt in der Lage seien, mit Patienten und Patientinnen zu kommunizieren“ (ebd.: S. 23-24). Weiterhin wurde bemängelt, dass Emotionen nur wenig Platz im Medizinstudium eingeräumt würden und der Umgang von Lehrenden mit den Studierenden und Patienten häufig unmenschlich und respektlos ablaufe. Ein solcher Umgang habe weitreichende Folgen für die angehenden Ärzte.

Vor allem der vorklinische Abschnitt des Medizinstudiums erfordere hohen Lernaufwand und sei besonders theorielastig. „Je nach Persönlichkeitstyp, Vorwissen und familiärem Hintergrund wird diese Zeit eher als Herausforderung und eigene Bestätigung oder eher als Belastung empfunden“ (ebd.: S. 21). Nach bestandem Physikum erlebten viele Studenten ihr Studium als angenehmer. Auch dann gebe es noch sehr arbeitsintensive Phasen, jedoch würden sich daran als Ausgleich längere Freiphasen anschließen. Auch der zunehmende Praxisanteil wurde positiv bewertet – reiche aber nach Meinung vieler noch nicht aus, um in adäquater Weise auf die späteren Berufsanforderungen vorzubereiten (ebd.: S. 21).

Weitere Studien haben sich mit Lehrinhalten des Medizinstudiums auseinandergesetzt. Demnach weisen beispielsweise Studenten, die an einem Kommunikations-Training teilgenommen haben, danach bessere kommunikative Fähigkeiten auf als Studenten ohne dieses Training. Dies belegen zwei amerikanische Studien (Windish, Price et al. 2005; Yedidia, Gillespie et al. 2003). Zudem ist beschrieben worden, dass ein erfolgreicher Einsatz solcher Fähigkeiten zu einer Verbesserung von Heilungserfolgen führe (Stewart 1995).

Eine englische Studie hat bereits 1980 gezeigt, dass die medizinische Lehre nicht in ausreichender Weise Fähigkeiten der zwischenmenschlichen Kommunikation zu vermitteln vermag. Vermutlich liege dies daran, dass es keine hinreichenden Bemühungen gebe, ‚biomedizinisch‘ fokussiertes Denken und Handeln von Ärzten mit dem ‚psychosozialen‘ Erleben von Patienten in Einklang zu bringen. Diese zwei Ansätze würden oft von unterschiedlichen Lehrkräften isoliert voneinander vermittelt und es sei wenig verwunderlich, dass die ‚biomedizinische‘

Ausrichtung der Lehre im prüfungslastigen Alltag vorrangig auf der Tagesordnung stehe (Sanson-Fisher und Maguire 1980).

Bis heute ist das Erlernen von zwischenmenschlicher Kommunikation ein viel diskutiertes Thema in der medizinischen Lehrforschung. Laut einer US-amerikanischen Studie erlernen Studenten Fähigkeiten im Bereich von Patientenbefragung und Zwischenmenschlichkeit schneller, wenn sie an einem Curriculum teilnehmen, das auch kommunikative Kompetenzen vermittelt. Ein Lehrplan ohne diese Inhalte führe sogar zu einem Rückgang derartiger Fähigkeiten, so die alarmierende Feststellung der Autoren (Hook und Pfeiffer 2007).

Ein Mangel an Gelegenheiten zur Verantwortungsübernahme im Medizinstudium führt laut Schillinger (2006) zu einer Rückbildung der moralischen Urteilsfähigkeit. Dieses könne teilweise auf die spezifische Lernumwelt zurückgeführt werden. Im stark verschulerten Medizinstudium werde nur geringer Freiraum für selbst gesteuertes Lernen und die Übernahme von Verantwortung eingeräumt. Auch sei der Zeitaufwand für die Bewältigung der Studienanforderungen so groß, dass außerhalb des Studiums nur wenig Zeit bleibe, sich außeruniversitär zu engagieren und Verantwortung zu übernehmen.

Jungbauer, Kamenik et al. (2004: S. 55) haben eine auf Absolventenaussage beruhende Liste von Defiziten im Medizinstudium erstellt. Angeführt wird diese Liste von der unzureichenden Erlernung praktischer Fähigkeiten. Weiterhin würden auch Kenntnisse für den Umgang mit Patienten sowie psychosoziale Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeit nur unzureichend vermittelt.

## 2.3 Veränderung der Studienmotivation

Entgegen ihrer Annahme fanden Fabry und Giesler (2007) heraus, dass sich die Vorklinik im Medizinstudium nicht generell negativ auf die Studienmotivation der Studenten auswirke. „Vielmehr zeigte sich, dass die Studienmotivation im Verlauf des ersten Semesters zwar abnimmt, im zweiten Semester aber bei den meisten Studierenden auf immer noch hohem Niveau erhalten bleibt“ (ebd.: S. 115).



In einer Querschnittuntersuchung von Medizinstudenten unterschiedlicher Semester fand sich im Verlauf des Studiums eine Veränderung der Motivationen „weg von der Motivation, Menschen helfen zu wollen, hin zu Wissenserwerb und dem Ergreifen eines sicheren Berufs“ (Strube, Pfeiffer et al. 2011: S. 201).

Osenberg, Huenges et al. (2010) zeigten anhand von Freitextkommentaren, dass Medizinstudenten bei einer eingangs hohen Studienmotivation in der Folge oft demotiviert würden. Auch äußerte ein Drittel der Befragten eine „negative Veränderung der eigenen Einstellung zur Berufswahl, welche im Verlauf des Studiums offenbar deutlich zunimmt (9 % im 1. Semester versus 49 % der PJ-Studenten). Modellstudiengänger erscheinen mit ihrer Berufswahl zufriedener als Studierende des Regelstudiengangs“ (ebd.: S. 82). Gerade am Ende des Medizinstudiums, im Praktischen Jahr, würden sich nur 47% der befragten Studenten erneut für das Studium entscheiden.

Neben einer Verschlechterung der psychosozialen Gesundheit von Lübecker Medizinstudenten im Verlauf ihres Studiums stellten auch Voltmer, Kötter et al. (2012: S. 844-845) eine Abnahme der Studienmotivation fest. Gegen Ende des Studiums zeigten mehr Studierende ein geringes studienbezogenes Engagement als zu Beginn des Studiums. Dies könne am ehesten als Mechanismus zum Selbstschutz vor den hohen Anforderungen des Medizinstudiums verstanden werden.

## 2.4 Ursachen von Demotivation im Studium

Prenzel (1997) geht davon aus, dass ein großer Anteil von Demotivierungen im Studienalltag unbeabsichtigt durch Lehrende erfolge. Eine Demotivation liege dann vor, wenn eine „vorhandene Lernmotivation durch fremde Eingriffe oder Maßnahmen reduziert wird“ (ebd.: S. 33). Beispielsweise werde eine vorhandene Lernmotivation durch das Einengen von Lernfreiräumen, detaillierte Vorschriften und starke Kontrollen reduziert. Auch sei es ungünstig für die Motivation, wenn keine klaren Ziele definiert würden oder den Studenten keine Orientierung innerhalb des Lernstoffes vermittelt würde. Dann wisse der Lernende nicht, „wo er sich mit seinem Lernen gerade befindet, was er bereits geschafft hat oder was er noch vor sich hat“

(ebd.: S. 38). Weiterhin sei die Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion der Lernmotivation „sehr viel höher, wenn sich Unterricht auf das Lernen von Fakten und das Beherrschen grundlegender Fertigkeiten beschränkt, gegenüber einem Unterricht, der das Fragestellen, Nachdenken und Problemlösen betont“ (ebd.: S. 39). Als weitere Gründe für eine Demotivation der Studierenden wird eine Infragestellung der studentischen Kompetenz, Desinteresse von Seiten der Lehrenden am Lernstoff und ein unkollegialer Umgang mit den Studenten angeführt (ebd.: S. 39-41).

Obwohl die Motivation von Lehrenden in einer Studie sowohl von Personen der Lehre als auch von Studenten nicht generell „als schlecht eingeschätzt wird, glauben beide, dass die Lehrmotivation noch steigerungsfähig sei“ (Gerdes, Schnabel et al. 2005: S. 3). „Während in der Forschung und Krankenversorgung gute und effektive Anreizsysteme für die Dozenten existieren, fehlen diese in der Lehre nahezu vollständig“ (ebd.: S. 5).

In einer Studie von Gágyor, Hilbert et al. (2012) wurden an der Universität Göttingen erstmals in Deutschland „Studierende nach der Häufigkeit negativer Erfahrungen und der daraus resultierenden Belastung befragt“ (ebd.: S. 1). Dabei wurden negative Erfahrungen in Form von mangelnder Wertschätzung und verbal unangemessener Behandlung im Studium häufig beklagt (ebd.: S. 5).

Kohler und van den Bussche (2004) resümierten in ihrer Studie, dass die Mehrheit der Hamburger Studierenden im vorklinischen Abschnitt unzufrieden sei. „Einhellig negativ beurteilten sie dessen niedrige Motivationswirkung und den Nutzen des Gelernten für das weitere Studium. Gründe dafür waren der mangelnde Bezug zu klinischen Themen, ein kaum vorhandener Patientenkontakt, große Stofffülle, ungenügende Betreuungsverhältnisse sowie Frustration bei Scheitern an Prüfungen“ (ebd.: S. 283).

## 2.5 Motivierende Faktoren im Medizinstudium

Einigkeit besteht in der Einschätzung, dass Vorbilder eine wichtige Motivationsquelle im Medizinstudium darstellen. Beispielsweise können Ärzte und Dozenten durch persönlichen Ein-

satz oder durch die Schaffung einer emotionalen Bindung zu den Studierenden zu Vorbildern werden. Auch Erzurum, Obermeyer et. al (2000) kommen zu dem Urteil, dass Vorbilder entscheidend für die Wahl der späteren Fachrichtung bei Medizinstudenten seien.<sup>3</sup>

Als empfehlenswert beurteilen Weide, Heymanns et al. (2007) das Lernen in Kleingruppen. Dabei sollten nach Möglichkeit für die Berufspraxis relevante Themen von engagierten Dozenten, die Freude am und Zeit für das Lehren haben, in einem interaktiven Dialog vermittelt werden.

## 2.6 Arztbild von Medizinstudenten

In England haben Maudsley, Williams et al. (2007) Medizinstudenten befragt, was für sie einen guten Arzt ausmacht. Ein guter Arzt sollte demnach vor allem ein mitfühlender, patientennaher Betreuer, ein zuhörender, kommunikativer Mensch, ein erfahrener, sachkundiger Experte, ein entscheidungsfreudiger, kompetenter Diagnostiker und eine freundliche, kollegiale Person sein.

In einer US-amerikanischen Studie wurde untersucht, was Medizinstudenten, Menschen aus der Bevölkerung, Patienten und akademisch Lehrende von Medizinern erwarten. Dabei standen für alle Gruppen vor allem drei Aspekte im Vordergrund: fachliche Kompetenz, vertrauensvolle Patientenbeziehung und Charakterstärke (Wagner, Hendrich et al. 2007).

Eine Befragung von Studenten aus der Vorklinik an der Universität Regensburg (von Schmädell und Götz 2000) hat ergeben, dass ein Arzt insbesondere kompetent, aufmerksam und an seinen Patienten interessiert sein soll.

Speierer, Weidelt et al. (1984: S. 218; vgl. Plewnia 1998: S. 28) haben Medizinstudenten ein sehr anspruchsvolles und perfektionistisches Arztbild attestiert. Die Diskrepanz zwischen diesem Arztbild einerseits und dem Selbstbild andererseits könne bei dem studentischen Wunsch,

---

<sup>3</sup> Für eine ähnliche Argumentation vgl. auch Murinson, Klick et al. (2010).

ein guter Arzt zu werden, zu Unzufriedenheit und zu einem Gefühl der Unzulänglichkeit führen.

25 Jahre später haben Schrauth, Kowalski et al. (2009) herausgefunden, dass das Arztideal von Medizinstudenten im Vergleich zu den Ergebnissen von Speierer, Weidelt et al. (1984) weitgehend konstant geblieben ist. Dabei stellten die Studierenden „höchste Erwartungen an Fähigkeit, Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit, Freundlichkeit, Sicherheit, Gründlichkeit und Sympathie“ (ebd.: S. 446). Auch ist erwähnenswert, dass die real erlebten Ärzte von den Studenten häufig „als negativ von diesem Ideal abweichend beschrieben“ wurden (ebd.: S. 446).

## 2.7 Berufsbild von Medizinstudenten

Laut Zupanic, Hofmann et al. (2011) sehen Medizinstudenten Problemfelder des zukünftigen Berufsalltags übereinstimmend in zu langen Arbeitszeiten, mangelnder Versorgungsqualität der Patienten, nicht leistungsgerechter Vergütung der ärztlichen Leistungen und einem hohem Stressniveau im Beruf.

In einer Befragung von Medizinstudenten bezüglich zukünftiger Belastungen im Arztberuf (Arbeitsstress, Arbeitszufriedenheit, Bewältigungsstrategien, Auswirkungen auf das Privatleben, Lebensqualität) zeigte sich, dass Studierende in höheren Semestern ihre berufliche und private Zukunft realistischer einschätzen können als Studierende in niedrigen Semestern. Ein Desillusionierungsprozess im Laufe des Studiums sei daher wahrscheinlich (Jurkat und Reimer 2000).

## 2.8 Psychische Gesundheit von Medizinstudenten

Ein weiteres inzwischen vielfältig beforschtes Themengebiet sind die körperlichen und seelischen Belastungen von Medizinstudenten. Hier erläutern Voltmer und Mitarbeiter, dass es um die psychosoziale Gesundheit bei Studierenden der Medizin in Lübeck und Freiburg schlechter bestellt sei als bei Studenten anderer Fachrichtungen. Im Laufe des Studiums verschlechterten sich diese Werte sogar noch (Voltmer, Kieschke et al. 2008; Voltmer, Bochmann et al.

2007). Als mögliche Ursachen nennen die Autoren ein komplexes Zusammenspiel von Persönlichkeitseigenschaften wie Perfektionismus und Gewissenhaftigkeit einerseits und Studienstrukturen wie hohem Zeit- und Prüfungsdruck andererseits.

Aus diesen Ergebnissen leiten Voltmer, Bochmann et al. (2007) die Forderung nach einer Anpassung des Curriculums auf Basis der häufigen Selbstüberforderung der Studenten ab: Im Studienverlauf sollten, so die Autoren, auch Fragen der Stressbewältigung, des Gesundheitsverhaltens von Medizinern und der Möglichkeiten kooperativen Lernens in der Gruppe thematisiert werden.

Die bereits erwähnte Studie von Voltmer, Kötter et al. (2012) kommt mit Blick auf Lübecker Medizinstudenten zu ähnlichen Ergebnissen. Die Abnahme von gesunden Verhaltensmustern und die Zunahme von Risikomustern während des Medizinstudiums würden den Bedarf an Präventionsmaßnahmen nicht nur auf individueller Ebene der Studierenden sondern auch bezüglich der Rahmenbedingungen an den medizinischen Hochschulen deutlich machen.

Jurkat, Richter et al. (2011) fanden im Rahmen einer Befragung an der Universität Gießen heraus, dass Depressionen bei Medizinstudierenden häufiger vorkommen als bei der deutschen Allgemeinbevölkerung. Sie empfehlen, dass im Sinne einer Prävention „schon zu Studienbeginn realistische Erwartungen an das Medizinstudium geschaffen werden“ sollten. „Neben der allgemeinen Aufklärung zu gesundheitsförderlichem Verhalten (z. B. Bewegung) und zu gesundheitlichen Risiken (z. B. Alkoholkonsum) wäre die gezielte Vermittlung von Entspannungsverfahren essenziell“ (ebd.: S. 652).

Daten aus 2010 (Aster-Schenck, Schuler et al.: S. 2) „zeigen ein deutliches resignatives Verhaltensmuster und Burnout-Risikoverhalten bei Medizinstudenten, dass umso ausgeprägter ist, je weiter die Studenten im Studium fortgeschritten sind“ [sic!]. Des Weiteren fällt den Autoren auf, dass ein großer Anteil von Studenten am Ende ihres Medizinstudiums statt voller Freude und Einsatz in ihren Beruf zu starten, eher Resignation mit Burnout-Tendenzen oder „ein Schonverhalten mit reduziertem Arbeitsengagement“ zeigten (ebd.: S. 9).

Dahingegen weist Adams (2004) in einer Zusammenschau mehrerer Studien darauf hin, dass Medizinstudenten eine erhöhte Stressbelastung zwar im Vergleich mit gleichaltrigen Nicht-Studenten aufweisen, dass diese Stressbelastung jedoch nicht nachweislich höher sei als bei Studierenden anderer Fachrichtungen. Adams hält es weder für realistisch noch für wünschenswert, Stress im Medizinstudium komplett zu vermeiden. Schließlich habe Stress nicht nur negative Seiten sondern bereite beispielsweise auch auf den ärztlichen Berufsalltag vor.

## 2.9 Zusammenfassung des Forschungsstandes

Der vorliegende Überblick über wichtige Studien zum Thema Motivation im Medizinstudium zeigt, dass es viele Fragen gibt, deren Bedeutung für die Zukunft des Gesundheitssystems von Forschern erkannt wurde.

Dabei wurden Gründe für den Beginn eines Medizinstudiums und Inhalte des Medizinstudiums befohrt. Auch widmeten sich Forschungsprojekte der Veränderung der Studienmotivation und es wurden Ursachen von Motivation und Demotivation im Studium eruiert. Weiterhin wurden Erkenntnisse zum Arzt- und Berufsbild der Studierenden und zu deren psychischer Gesundheit gewonnen.

Dennoch hat bisher keine Untersuchung alle in der vorliegenden Studie relevanten Fragestellungen gemeinsam beleuchtet. Vor allem die Veränderung der Motivationen während des Studiums und die möglichen Gründe für diese Entwicklung sind bisher nicht umfassend thematisiert worden. Hier soll diese Studie neue Erkenntnisse hervorbringen.

### 3 Material und Methoden

Im Folgenden werden das methodische Vorgehen und das für die vorliegende Dissertation erhobene empirische Material beschrieben. Auch wird das der Untersuchung zugrundeliegende Vorverständnis in Form von Forschungshypothesen expliziert. Dieses Vorgehen dient maßgeblich der Nachvollziehbarkeit des analytischen Prozedere und ermöglicht prinzipiell eine erneute Durchführung der Studie mit anderen Studierendengruppen.

Die Beantwortung der in der Einführung beschriebenen Forschungsfragen erfordert ein qualitatives Forschungsdesign. Qualitative Ansätze zeichnen sich durch eine relativ weitgehende Offenheit gegenüber ihren Untersuchungsobjekten aus und sind damit prinzipiell gut geeignet für eine explorative Analyse komplexer Themengebiete. Im Gegensatz hierzu würde ein quantitativer Ansatz ein deutlich höheres Maß an Vorfestlegung bezüglich der relevanten Einflussfaktoren erfordern, denn quantitative Ansätze sind generell durch geringere Offenheit und durch stärkere Standardisierung der Untersuchungsanlage gekennzeichnet. Die detaillierte Untersuchung einer relativ kleinen Zahl von Untersuchungsobjekten (hier: Studierende der Humanmedizin) ist durch ein qualitatives Forschungsdesign deutlich besser realisierbar als mit einem quantitativen Ansatz. Eine relativ kleine Fallzahl ist allein schon aufgrund der Komplexität des untersuchten Themenfeldes erforderlich.<sup>4</sup>

Für die konkrete Durchführung der Analyse steht eine Vielzahl unterschiedlicher qualitativer Verfahren zur Verfügung. In dieser Dissertation ist die Durchführung und qualitative Auswertung einer Kombination aus Gruppeninterviews und Gruppendiskussionen zentral. Nach Atteslander (2010: S. 141) lassen sich diese beiden Formen der Datenerhebung wie folgt unter-

---

<sup>4</sup> Qualitative und quantitative Forschung wurden in der einschlägigen Literatur lange Zeit als unvereinbar gesehen und die vermeintliche generelle Überlegenheit einer der beiden Formen gegenüber der jeweils anderen bot Stoff für intensive innerwissenschaftliche Debatten. Inzwischen mehren sich jedoch die Stimmen, nach denen beide Formen ihre spezifischen Vor- und Nachteile haben und je nach Untersuchungsanlage und Forschungsinteresse vorzugsweise anzuwenden sind. Tatsächlich gelten Kombinationen aus qualitativen und quantitativen Ansätzen inzwischen als durchaus fruchtbar, nicht zuletzt im Kontext der inhaltsanalytischen Datenauswertung (Kelle und Erzberger 2012: S. 299-300, 308; Atteslander 2010: S. 12-14; Früh 2007: S. 67, 74; Kelle 2007; Mayring 2002: S. 117).

scheiden: Ein „Gruppeninterview liegt dann vor, wenn nach einem offenen Konzept der Interviewer Fragen in einer Gruppensituation beantworten lässt. Gruppendiskussion [...] ist die vom Forscher beobachtete, von ihm höchstens ausnahmsweise durch Fragen beeinflusste, freie Interaktion der Gruppenmitglieder zu einem gestellten Thema“. Wie später in der Präsentation der Leitfragen deutlich werden wird, waren die einzelnen für diese Studie geführten Gruppengespräche zu Beginn eher als Gruppeninterview und gegen Ende der einzelnen Sitzungen eher als Gruppendiskussion angelegt. Im Folgenden wird daher regelmäßig von ‚Gruppengesprächen‘ die Rede sein, um die Kombination aus Gruppeninterview und -diskussion begrifflich deutlich zu machen.

Verglichen mit Einzelinterviews ermöglichen Gruppendiskussionen (und somit auch Gruppengespräche wie in der vorliegenden Studie) die Erhebung einer großen Menge empirischen Materials mit relativ geringem Ressourcenaufwand, da nicht für jeden Interviewteilnehmer ein Einzelgespräch geplant und durchgeführt werden muss. Zudem schaffen Gruppengespräche einen Rahmen, in dem die Studienteilnehmer durch den Austausch von Argumenten und Sichtweisen zu erhöhter Reflexion der eigenen Motive und Erfahrungen angeregt werden. Der interaktive Charakter von Gruppendiskussionen kann dazu beitragen, dass die Gruppenteilnehmer offener über ihre Einschätzungen und Beurteilungen sprechen, als dies im Einzelinterview der Fall wäre (Mayring 2002: S. 77). Der geringe Grad der inhaltlichen Standardisierung von Gruppengesprächen ermöglicht es den Teilnehmenden zudem, frei zu Wort zu kommen ohne aus vorgegebenen Antwortschemata eine möglichst passende Antwort auswählen zu müssen. Die freie Formulierung von Sichtweisen mit verhältnismäßig geringer Intervention durch die Gesprächsleitung verspricht die Erhebung eines authentischen und vergleichsweise differenzierten Bildes von den Einschätzungen der einzelnen Studierenden (vgl. auch Atteslander 2010: S. 141).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Nach Bohnsack (2012: S. 372-374) ist das Verfahren der Gruppendiskussion beziehungsweise des Gruppengesprächs insbesondere im angelsächsischen Raum von dem der Fokusgruppe zu unterscheiden: Während die Gruppendiskussion methodologisch eine recht fundierte Form der Datenerhebung sei, würden Fokusgruppen nach wie vor in erster Linie zur Hypothesengenerierung und zur Vorabprüfung von Untersuchungsanlagen (Pre-testing) genutzt, weniger jedoch für die eigentliche Datenerhebung. Eine solide theoretische Unterfütterung der Methode des Fokusgruppengesprächs sei bisher nicht erfolgt.



### 3.1 Vorverständnis und Forschungshypothesen

Bevor das methodische Vorgehen in der vorliegenden Dissertation erläutert wird, gilt es einen Blick auf die der Konzeption, Durchführung und Auswertung der empirischen Untersuchung zugrundeliegenden Vorannahmen zu werfen. Diese Vorannahmen und das durch sie geprägte Vorverständnis wirken auf sämtliche Elemente der Analyse, denn Forscher betrachten ihre Untersuchungsgegenstände stets auf Basis subjektiver Einschätzungen und Erfahrungen: „Das eigene Vorverständnis beeinflusst immer die Interpretation [...]. Die Forderung für ein interpretativ orientiertes Vorgehen lautet also, dieses Vorverständnis zu Beginn der Analyse offen zu legen, am Gegenstand weiterzuentwickeln und so den Einfluss des Vorverständnisses überprüfbar zu machen“ (Mayring 2002: S. 29-30; vgl. auch Kleinig 1982). „Da die Beschreibung und Analyse [...] nur von Forschern als Subjekte geleistet werden kann – und nicht als unvoreingenommener ‚objektiver‘ Beobachter – sind qualitative Forscher sehr darauf bedacht, ihren eigenen Standpunkt zu explizieren. Dies dient u.a. dazu, sich bewusst zu machen, an welchen Punkten im Forschungsprozess nicht die sozialen Wirklichkeiten der zu Untersuchenden, sondern vielmehr die eigenen Vorstellungen die Ergebnisse prägen“ (Meyer 2007: S. 163).<sup>6</sup>

Im Folgenden werden zentrale Vorannahmen der Verfasserin in Form von Forschungshypothesen beschrieben. Dies dient einerseits der Explikation dieser Vorannahmen als Voraussetzung für deren Berücksichtigung bei der Ableitung von Forschungsergebnissen und andererseits einer erhöhten Transparenz der gesamten Untersuchungsanlage und -durchführung.

Die folgenden Forschungshypothesen werden gegen Ende der vorliegenden Arbeit erneut betrachtet und es wird diskutiert, welche von ihnen in der empirischen Untersuchung eher bestätigt und welche eher widerlegt wurden.

- 1) Es lassen sich unterschiedliche Typen von Medizinstudenten unterscheiden, unter anderem primär naturwissenschaftlich orientierte Studierende einerseits und primär humanis-

---

<sup>6</sup> Die Tatsache, dass die Forschersubjektivität im Rahmen qualitativer Forschung häufiger thematisiert und problematisiert wird als im Rahmen quantitativer Forschung sollte nicht zu der Schlussfolgerung verleiten, dass quantitative Forschung per se ‚objektiver‘ oder ‚neutraler‘ sei als qualitative Forschung.

tisch/ idealistisch orientierte Studierende, deren Wunsch es ist, Menschen zu helfen, andererseits. Darüber hinaus lässt sich ein stark an materiellen/ sozioökonomischen Vorzügen des Arztberufes orientierter Typus von Studierenden identifizieren.

- 2) Die Vorstellungen primär naturwissenschaftlich und/ oder materiell bzw. sozioökonomisch orientierter Studierender vom Medizinstudium entsprechen eher der Realität als die Vorstellungen primär humanistisch orientierter Studierender.
- 3) Die größere Abweichung des tatsächlichen Studiums von den eigenen Vorstellungen zu Beginn des Studiums führt bei primär humanistisch orientierten Studierenden im Laufe des Studiums zu einem stärkeren Abfall der Motivation als bei primär naturwissenschaftlich und/ oder materiell bzw. sozioökonomisch orientierten Studierenden.
- 4) Es lassen sich Persönlichkeitsmerkmale wie etwa die Fähigkeit, gut ‚abschalten‘ zu können, identifizieren, die der Demotivation und wahrgenommener Überforderung im Studium entgegenwirken.
- 5) Es lässt sich eine Diskrepanz zwischen Medizinstudium und Berufsalltag dahingehend feststellen, dass ein professioneller Umgang der angehenden Ärzte mit ihren Patienten und eine fundierte praktische Ausbildung im Studium wenig gefördert werden, wohingegen sie im Berufsalltag von Medizinern erwartet werden.
- 6) Es lässt sich im Verlauf des Studiums eine Abnahme von anfangs bestehenden Idealvorstellungen bezüglich des Arztberufes feststellen.
- 7) Als wichtiger Einflussfaktor auf die Entwicklung der studentischen Motivation lässt sich der Kontakt mit positiv erlebten Vorbildern ausmachen.
- 8) Der im Medizinstudium vergleichsweise hohe Leistungsdruck, der unter anderem durch häufige Prüfungen und andere Formen der Leistungskontrolle erzeugt und dauerhaft aufrechterhalten wird, wird von unterschiedlichen Studierenden (-typen) unterschiedlich wahrgenommen: Für einige ist dieser Leistungsdruck Ansporn und wichtiger Motivator,

für andere wirkt er eher demotivierend und hemmend im Sinne eines Dysstress erzeugenden Faktors.

- 9) Kinder von Ärzten oder Eltern aus anderen Berufsgruppen im medizinischen Bereich erfahren durch ihre Eltern mehr von der Medizin als Kinder von Eltern aus nichtmedizinischen Berufen. Erstere haben ein realistischeres Berufsbild vor Studienbeginn und erfahren in der Folge weniger Demotivation im Studium.

## 3.2 Datenerhebung

Wie oben bereits erwähnt erfolgte die Datenerhebung durch mehrere Gruppengespräche. Diese stellen eine offene, teilstandardisierte beziehungsweise teilstrukturierte Form des Interviews dar. Entsprechend zeichnen sich solche Gespräche durch die Vorgabe von Leitfragen aus, die in jedem Gespräch vonseiten des Interviewers (Gesprächsleiters/ Moderators) zu stellen sind. Gleichzeitig erhält die Gesprächsleitung eine gewisse Freiheit in der Interviewführung, indem sie beispielsweise Nachfragen zum gerade besprochenen Themenaspekt stellen kann, die vorab nicht in den Gesprächsleitfaden aufgenommen werden konnten. Die Befragten (Diskussionsgruppenteilnehmer) sind mit Blick auf ihre Antworten auf die Leitfragen nicht auf bestimmte Antwortmöglichkeiten beschränkt. Vielmehr ist es ein Ziel der offenen Gesprächsführung, die Teilnehmer zur ausführlichen Wiedergabe subjektiv als relevant eingeschätzter Erfahrungen und Einschätzungen zu motivieren.<sup>7</sup>

Im Folgenden werden zunächst die Gesprächsgruppenbildung sowie die Vorbereitung der Erhebung im Rahmen eines Pretests beschrieben, bevor der konkrete Ablauf der Sitzungen sowie die Verschriftlichung der Gesprächsinhalte mittels Transkription erläutert werden.

---

<sup>7</sup> Für eine übersichtliche Klassifizierung verschiedener Interviewformen vgl. Gläser und Laudel (2010: S. 39-42). Zur Unterscheidung zwischen wenig strukturierten, teilstrukturierten und stark strukturierten Befragungen siehe auch Atteslander (2010: S. 134-135).

### 3.2.1 Gesprächsgruppen

Es ist unmittelbar einsichtig, dass im Rahmen der vorliegenden Studie nicht sämtliche Medizinstudenten in der Bundesrepublik zur Entwicklung ihrer Studienmotivation befragt werden konnten. Selbst innerhalb einer einzigen Universität würde ein solches Vorhaben die verfügbaren Ressourcen weit übersteigen. Folglich war die Bildung einer Stichprobe notwendig. Wie bereits erläutert zielt diese Untersuchung nicht auf die Generierung statistisch signifikanter Ergebnisse, die über das entsprechend gebildete Sample hinaus verlässliche Rückschlüsse auf eine größere Grundgesamtheit zulassen. Vielmehr soll die qualitative Untersuchung detaillierte Einsichten in die Motivationsstruktur und deren zeitliche Entwicklung einzelner Studierender ermöglichen. Zwar lassen sich daraus bestimmte Schlussfolgerungen ableiten, insbesondere mit Blick auf die zuvor formulierten Forschungsfragen und -hypothesen, allerdings dürfen diese nicht im Sinne allgemeingültiger Aussagen über die Gesamtheit der Medizinstudenten in Deutschland verstanden werden.

Die Zusammensetzung der Gruppe der Gesprächsteilnehmer für die Untersuchung ist folgerichtig nicht primär an der bestmöglichen Repräsentation aller Medizinstudenten orientiert. Vielmehr sollten vergleichbare Erfahrungshintergründe der Gesprächsteilnehmer fruchtbare Gespräche ermöglichen.<sup>8</sup>

Insgesamt wurden für die vorliegende Studie sechs Gesprächsgruppen mit je fünf bis sieben Studierenden der Universität zu Lübeck gebildet. Je Gruppe befanden sich sämtliche Teilnehmer im selben Studienjahr. Darüber hinaus wurden die Gruppen auch bezüglich des Alters der Studierenden besetzt: Für das erste Studienjahr wurde ein Alterskorridor von 18 bis 24 Jahren vorgegeben. Für das zweite Studienjahr lag dieser Korridor im Alter von 19 bis 25 Jahren, für das dritte Studienjahr von 20 bis 26 Jahren, für das vierte Studienjahr von 21 bis 27 Jahren, für

---

<sup>8</sup> Zur anzustrebenden Homogenität der Teilnehmer in Gruppendiskussionen vgl. u.a. Mayring (2002: S. 77) sowie Powell und Single (1996: S. 500). Powell und Single empfehlen, die Gesprächsgruppen mit Personen zu besetzen, die einander nicht kennen. Dies erhöhe die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnehmer offen auch über negative Erfahrungen sprechen (ebd.). Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte dieses Kriterium nicht uneingeschränkt erfüllt werden, da die Gruppierung von Studierenden aus jeweils demselben Studienjahr und ihre Zugehörigkeit zur selben Universität beinahe zwangsläufig ein Mindestmaß gegenseitiger Bekanntheit erzeugte.

das fünfte Studienjahr von 22 bis 28 Jahren und für das sechste Studienjahr von 23 bis 29 Jahren.<sup>9</sup>

Weiterhin sollten teilnehmende Studierende mit Migrationshintergrund bei Aufnahme des Medizinstudiums schon mindestens zehn Jahre lang in Deutschland gelebt haben. Auf diese Weise wurde vermieden, dass einzig kulturell bedingte Spezifika in der Entwicklung der Studienmotivation die in dieser Studie zentralen Faktoren überlagern und damit unkenntlich machen.

Auch die berufliche und/ oder akademische Vorbildung der Studierenden dürfte sich auf die Entwicklung von deren Studienmotivation auswirken. Studierende mit einer Berufsausbildung und/ oder einem Hochschulstudium im Vorfeld des aktuellen Medizinstudiums wurden jedoch nicht grundsätzlich von der Teilnahme ausgeschlossen, um deren spezifischen Motivationsverläufe in den Blick nehmen zu können. Auf diese Weise wurde im Übrigen auch die gruppeninterne Erfahrungsvielfalt erhöht. Trotz der generell angestrebten internen Homogenität der Gruppen ist ein Mindestmaß an derartiger Vielfalt wichtig für einen angeregten Austausch von Sichtweisen.<sup>10</sup> In der Auswertung und in der Interpretation der Ergebnisse werden die Vorerfahrungen dieser Studierenden berücksichtigt.

Die angestrebte Gruppengröße ist wie folgt begründet: In der Literatur finden sich leicht unterschiedliche Angaben zu der optimalen Größe von Fokus- beziehungsweise Diskussionsgruppen. Mayring empfiehlt beispielsweise fünf bis 15 Teilnehmer (Mayring 2002: S. 77), Powell und Single empfehlen sechs bis zehn Teilnehmer (Powell und Single 1996: S. 500). Angesichts des recht umfangreichen Interviewleitfadens<sup>11</sup> in dieser Studie wurde die von Powell und Single empfohlene Gruppengröße auf fünf bis acht Personen reduziert, um die Gesprächsdauer von etwa 90 bis 120 Minuten (Powell und Single 1996: S. 501) nicht zu über-

---

<sup>9</sup> Mit drei Ausnahmen wurden diese Alterskorridore eingehalten. In der Gruppe der Studierenden aus dem zweiten Studienjahr war ein Teilnehmer am Tage der Sitzung bereits 26 Jahre alt, in der Gruppe aus dem dritten Studienjahr war ein Teilnehmer bereits 28 Jahre alt und in der Gruppe aus dem sechsten Studienjahr war ein Teilnehmer bereits 30 Jahre alt.

<sup>10</sup> Vgl. hierzu auch Powell und Single (1996: S. 500).

<sup>11</sup> Siehe Anhang.

schreiten. Die Untergrenze von fünf Teilnehmenden wurde angestrebt um die Vorzüge eines Gruppengesprächs, insbesondere mit Blick auf den dynamischen Charakter des Meinungsaustausches sowie auf die Ressourceneffizienz der Datenerhebung, vollumfänglich ausnutzen zu können.<sup>12</sup>

Die Kontaktaufnahme mit potenziellen Gesprächsteilnehmern erfolgte im Frühsommer 2009 nach Einholung eines positiven Ethikvotums vornehmlich per E-Mail mithilfe von Mailinglisten des Studiendekanats und des Allgemeinen Studierenden-Ausschusses (AStA) der Universität zu Lübeck. Darüber hinaus wurde auch in einzelnen Lehrveranstaltungen für das Projekt geworben. Erwartungsgemäß war die Anzahl der Rückmeldungen auf die Anfragen nicht übermäßig hoch, sodass all jene Studierenden, die sich zur Teilnahme bereiterklärten, auch tatsächlich an den Sitzungen teilnehmen konnten. Die konkrete Terminvereinbarung erfolgte durch individuellen E-Mail-Verkehr zwischen der Verfasserin dieser Dissertation und den Teilnehmern.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Gesprächsgruppensitzungen.

Studienjahr	Datum der Durchführung	Anzahl Teilnehmer	Dauer der Audioaufnahme (h:min) <sup>13</sup>	Umfang des Sitzungstranskripts (DIN A4-Seiten)
1	08. Juni 2009	6	2:18	64
2	22. Juni 2009	5	1:50	61
3	15. Juni 2009	6	1:40	42
4	03. Juni 2009	7	2:17	65
5	27. Mai 2009	7	2:08	53
6	10. Juni 2009	6	1:37	44

Tabelle 1: Überblick über die Gesprächsgruppensitzungen (Quelle: eigene Darstellung).

<sup>12</sup> Eingangs wurde angestrebt, jede Gesprächsgruppe mit acht Teilnehmern zu besetzen, sodass auch im Falle kurzfristiger Absagen eine ausreichende Gruppengröße erzielt würde. Bei der Durchführung bestand eine Gruppe aus fünf Teilnehmern, alle anderen aus je sechs oder sieben Teilnehmern.

<sup>13</sup> Die Dauer der Audioaufzeichnung zeigt die Dauer der tatsächlichen Leitfragendiskussion ohne Einführung, Abschluss und Pausen.

### 3.2.2 Leitfragen

Vier Leitfragen bildeten den inhaltlichen Rahmen der Gesprächsgruppensitzungen. Sie dienten einerseits der inhaltlichen Strukturierung der Diskussion und sollten andererseits sicherstellen, dass die in dieser Studie zentralen Forschungsfragen in der späteren Auswertung der Gesprächsinhalte tatsächlich beantwortet werden können. Gleichzeitig waren die Leitfragen relativ offen formuliert, um die Gesprächsteilnehmer nicht zu knappen Antworten zu verleiten. Schließlich zielte die gesamte Datenerhebung vornehmlich auf die offene Sammlung individueller Einschätzungen und Argumente.<sup>14</sup>

Die ersten beiden Leitfragen richteten sich an die einzelnen Teilnehmer und sollten von diesen einzeln beantwortet werden.

- 1) Was war Eure Motivation, das Medizinstudium zu beginnen?
- 2) Was ist Eure aktuelle Motivation, das Medizinstudium fortzuführen? Inwieweit hat sich diese Motivation seit Studienbeginn verändert? Wie erklärt Ihr Euch ggf. diese Veränderung?

Die dritte und vierte Leitfrage richteten sich an die Gesprächsgruppe insgesamt. Ziel war ein offener Meinungs- und Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmern.

- 3) Was hat Euch bisher im Medizinstudium demotiviert?
- 4) Was hat Euch bisher im Medizinstudium motiviert?

---

<sup>14</sup> Zur Vorteilhaftigkeit offener Fragen und „demonstrativer Vagheit“ vonseiten der Diskussionsleitung in Gruppendiskussionen vgl. auch Bohnsack (2012: S. 381). Die Offenheit von Fragen in Leitfadeninterviews birgt jedoch das Risiko der Verunsicherung der Befragten und der Wiedergabe von für die Forschungsfragestellung irrelevanten Informationen durch diese aufgrund von zu großer Ungenauigkeit in der Frageformulierung. Mit dem Spannungsverhältnis zwischen größtmöglicher Offenheit der Frageformulierung einerseits und ausreichender Präzision und Klarheit der Frageformulierung andererseits ist daher je nach Forschungsinteresse und Interviewsituation angemessen umzugehen (Gläser und Laudel 2010: S. 131). In Abweichung von der in der einschlägigen Literatur zuweilen vorzufindenden Beschreibung (Atteslander 2010: S. 135; Gläser und Laudel 2010: S. 41-42) war die Leitfragenreihenfolge in dieser Studie vorgegeben, um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Sitzungen herzustellen und die spätere Datenauswertung anhand der Sitzungstranskripte zu erleichtern.

Für jede der vier Leitfragen stand eine Reihe möglicher Gesprächsimpulse zur Verfügung, die die Moderatorin bei unzureichender Eigendynamik der Diskussion vorbringen konnte. In den meisten Fällen war eine derartige Stimulation der Gesprächsteilnehmer vonseiten der Moderatorin über die Präsentation der jeweiligen Leitfrage hinaus jedoch nicht erforderlich. Im Anschluss an die Diskussion der vier Leitfragen fragte die Moderatorin nach weiteren Aspekten, die aus Sicht der Diskussionsteilnehmer im Rahmen des beschriebenen Themenfeldes zusätzlich zu besprechen seien.

### 3.2.3 Pretest

Im Vorfeld der ersten Gruppensitzung wurde im April 2009 ein Pretest, also eine Probesitzung, mit Studierenden der Universität Lübeck durchgeführt. Der Pretest diente zum einen dem Test der technischen und organisatorischen Einrichtung einschließlich Audio- und Videoaufzeichnung und der Durchschnittsdauer der Diskussion und zum anderen der Schulung der Verfasserin in der Sitzungsmoderation.<sup>15</sup> Unter anderem mit Blick auf die Frageformulierung sowie auf die sinnvolle Verknüpfung der verschiedenen Teilthemen der Diskussion war diese Probesitzung so ergiebig wie in der einschlägigen Literatur beschrieben.<sup>16</sup> Der insgesamt positive Verlauf der Probesitzung sowie die Feststellung ausreichender Aufnahmequalität der Audio- und Videomitschnitte erlaubten den Beginn der eigentlichen Datenerhebung durch das erste tatsächliche Gruppengespräch.

### 3.2.4 Ablauf der Gruppensitzungen

Die Gruppensitzungen fanden im Mai und Juni 2009, wie schon der Pretest, in den Räumlichkeiten einer Lübecker Kirchengemeinde statt. Damit war der in der Literatur verbreiteten Empfehlung nach einem ‚neutralen‘ Ort Rechnung getragen: Für die Teilnehmer stand der Ort der Befragung nicht in direktem Bezug zur Thematik der Diskussion (Powell und Single 1996:

---

<sup>15</sup> Der Pretest und sämtliche Gruppensitzungen wurden von der Verfasserin dieser Studie moderiert.

<sup>16</sup> Zur Bedeutung von Probeinterviews bei verschiedenen Interviewformen vgl. auch Gläser und Laudel (2010: S. 107) sowie Mayring (2002: S. 69).



S. 501). Zudem erfüllten die Räumlichkeiten die Anforderungen relativer Ruhe und guter Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, um den Teilnehmern eine möglichst wenig aufwändige Anreise zu ermöglichen. Die kreisförmige Anordnung der Sitzplätze im Besprechungsraum ermöglichte Blickkontakt zwischen allen Beteiligten und förderte den Charakter eines Austausches.

Die Gruppengespräche wurden per Video- und Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, um die spätere Abschrift (Transkription) der Gesprächsinhalte und somit eine nachvollziehbare und möglichst verzerrungsarme Datenauswertung sicherzustellen. Zudem erleichterte die Aufnahme die Moderation der Gespräche, da sie der Moderatorin die Konzentration auf die Gesprächsleitung ermöglichte. Die Audioaufzeichnung der Gespräche war für eine fundierte und nachvollziehbare Auswertung unerlässlich. Die Videoaufzeichnung diente dem Zweck, einzelne Redebeiträge nötigenfalls den einzelnen Sprechern zuordnen zu können, sollte dies auf Basis der Audiodateien mangels stimmlicher Unterscheidbarkeit der Sprecher nicht möglich sein. Tatsächlich war die Qualität der Audioaufzeichnungen jedoch ausreichend, sodass die Videoaufnahmen für die Auswertung nicht herangezogen werden mussten.<sup>17</sup>

Zwar gibt es auch andere Formen der Dokumentation, etwa die Niederschrift von Notizen durch den Interviewer während der Befragung sowie die Erstellung eines Gedächtnisprotokolls im Anschluss an das Gespräch (Gläser und Laudel 2010: S. 157), doch diese Formen sind erheblich weniger systematisch und nachvollziehbar als eine regelgeleitete Transkription von Audioaufzeichnungen. Die Aufzeichnung von Interviews einschließlich Gruppenbefragungen und -diskussionen ist eine weit verbreitete Methode der Dokumentation der Datenerhebung. Zwar gehen damit auch Nachteile einher, allen voran die Gefahr einer Verunsicherung der Interviewten durch die unnatürliche Gesprächssituation, die bei offensichtlicher Aufzeichnung entsteht. Dies erhöht die Gefahr einer Zurückhaltung relevanter Informationen durch die Interviewten (ebd.: S. 157). Eine den Interviewten nicht bewusste Aufzeichnung

---

<sup>17</sup> Eine separate Auswertung der Videoaufnahmen mit Blick auf nonverbale Gesprächsinhalte wäre interessant gewesen, hätte jedoch den Analyseaufwand massiv erhöht. Dem stand kein ausreichend großer zusätzlicher Erkenntnisgewinn gegenüber.

kommt jedoch aus forschungsethischen Gründen in Studien wie der vorliegenden nicht in Betracht.

Im unmittelbaren Vorfeld des eigentlichen Gruppengesprächs wurde den Teilnehmern die Möglichkeit eines ersten informellen Austauschs gegeben. Hierdurch wurde die gesamte Atmosphäre entspannt und mögliche Hemmungen auf Seiten der Teilnehmer wurden abgebaut (vgl. auch Powell und Single 1996: S. 501-502). Nach dieser ‚Aufwärmphase‘ erfolgte eine offizielle Begrüßung und Einführung in das Thema der Veranstaltung durch die Moderatorin. Teil dieses formalen Blocks waren Hinweise zur Audio- und Videoaufzeichnung der Gruppengespräche sowie zur streng vertraulichen Behandlung der Gesprächsinhalte und persönlichen Daten der Teilnehmenden durch die Moderatorin im Nachgang der Gespräche. Auch die Gesprächsgruppenmitglieder mussten eine Erklärung über den vertraulichen Umgang mit den Gesprächsinhalten, insbesondere bezüglich der Verbindung von Aussagen mit den Namen anderer Teilnehmer, abgeben. Die beidseitige Vertraulichkeitserklärung wurde im Anschluss an die entsprechenden Erläuterungen der Moderatorin zu Beginn jeder Gruppensitzung in doppelter Ausführung von der Moderatorin und jedem Teilnehmer unterzeichnet. Je ein Exemplar verblieb bei der Moderatorin und eines wurde den Teilnehmern ausgehändigt (vgl. auch Powell und Single 1996: S. 502).

Zusätzlich zur Erläuterung der Aufzeichnung und Vertraulichkeit erläuterte die Moderatorin zu Beginn jeder Sitzung die Regeln des Gesprächsablaufes. Zu jeder Zeit sollte nur ein Teilnehmer sprechen. Dies sollte zum einen ein Aussprechen der eigenen Gedanken ohne Sorge vor Einwänden und Unterbrechungen ermöglichen und zum anderen die spätere Transkription erleichtern. Bei den ersten beiden Leitfadenfragen sollte jeder Teilnehmer die jeweilige Diskussionsfrage nach eigenem Ermessen beantworten. Erst nach der Beendigung der Beantwortung sollte das ‚Rederecht‘ auf den nächsten Teilnehmer übergehen. Die Rednerreihenfolge orientierte sich dabei meist an der Sitzreihenfolge. Nachdem alle Teilnehmer die erste Frage beantwortet und am Ende gegebenenfalls noch Ergänzungen vorgenommen hatten, leitete die Moderatorin zur zweiten Diskussionsfrage über. Die Teilnehmer waren aufgefordert, Rückfragen erst nach Beendigung der Beantwortung durch den jeweiligen Sprecher zu stellen. Verständnisfragen an den Sprechenden konnten jederzeit gestellt werden. Ergänzungen zum eige-

nen Redebeitrag sollten am Ende der jeweiligen Antwortrunde vorgebracht werden. Hier war auch Raum für eine freie Diskussion.

Anders als die ersten beiden Leitfadenfragen wurden die dritte und vierte Frage an die gesamte Gruppe gerichtet. Die Redebeiträge folgten nun zumeist nicht mehr der Sitzreihenfolge sondern dem eigenen Ermessen der Teilnehmer. Somit stand nun die ergebnisoffene Diskussion der jeweiligen Leitfrage im Mittelpunkt.

Die Hauptaufgabe der Moderatorin lag somit in der Ermöglichung eines offenen und ungehemmten Dialoges (Powell und Single 1996: S. 501). Ziel war dabei der Ausgleich von Asymmetrien zwischen den Gruppenmitgliedern. Solche Asymmetrien können immer dann entstehen, wenn es in einer Gruppe ‚Rädelsführer‘ und ‚Schweiger‘ gibt, wenn die Redezeit also stark ungleichgewichtig genutzt wird. Ausgleichende Interventionen der Moderatorin lagen in der Motivation zurückhaltender und in der ‚Bremsung‘ dominanter Gesprächsteilnehmer, wobei übermäßige Einflussnahme und inhaltliche Steuerung durch die Moderatorin vermieden wurden.

Im Anschluss an die Diskussion der Leitfragen wurde den Teilnehmern ein Kurzfragebogen zum unmittelbaren Ausfüllen vorgelegt. Hier wurden personenbezogene Angaben abgefragt wie beispielsweise Name, Alter, bisherige Ausbildungen/ Studiengänge samt eigener Berufserfahrung und die Berufe der Eltern. Die Platzierung dieser Datenabfrage am Ende der Sitzung sollte eine Verunsicherung und Ermüdung der Teilnehmer zu Beginn des Gruppengesprächs verhindern. Den Abschluss der Sitzung bildete eine kurze Feedback-Schleife, in der die Moderatorin die Teilnehmer zu ihrer Einschätzung des Sitzungsablaufes befragte (vgl. auch Mayring 2002: S. 78).

### 3.2.5 Transkription

Die Transkription der Gesprächsinhalte ist eine weitverbreitete Form der Dokumentation von Interviews unterschiedlicher Art. Die Transkription von Audiomitschnitten gilt gemeinhin als die am besten geeignete Form der Niederschrift. Sie ist Voraussetzung für zahlreiche Formen der qualitativen Datenauswertung (Mayring 2002: S. 89; vgl. auch Kowal und O'Connell

2012: S. 438; Gläser und Laudel 2010: S. 193). Datenverzerrungen durch Ablenkung oder Zeitdruck während des Interviews einerseits und durch Gedächtnislücken nach dem Interview andererseits lassen sich durch die Transkription weitgehend vermeiden. Auch lässt sich durch geeignete Transkriptionsregeln<sup>18</sup> ein höherer Systemisierungsgrad und somit eine bessere Nachvollziehbarkeit der Verschriftlichung erreichen. „Für eine ausführliche Auswertung ist die Herstellung von Transkripten zwar aufwändig, aber doch unabdingbar“ (Mayring 2002: S. 89). Im Kontext der vorliegenden Studie erscheint eine andere Form der Verschriftlichung als die Transkription nicht praktikierbar, da die Menge der Gesprächsinhalte die Kapazitäten einer Einzelperson für eine simultane oder Gedächtnis-Protokollierung bei weitem überfordert hätte.

Für die Transkription von Gesprächsinhalten stehen unterschiedliche Formen zur Verfügung. In dieser Studie wurde die vollständige wörtliche Transkription gewählt. Hierbei werden nicht nur ausgewählte Passagen sondern die gesamten Gespräche wörtlich abgeschrieben. Dies stellt eine größtmögliche Nachvollziehbarkeit der späteren Forschungsergebnisse sicher (Gläser und Laudel 2010: S. 193). Dem entsprechend großen Zeitaufwand der Transkription wurde durch verhältnismäßig pragmatische Transkriptionsregeln Rechnung getragen. So diente unter anderem die Übertragung in normales Schriftdeutsch einer verbesserten Lesbarkeit und einer leichteren Auswertung. Wenn, wie in der vorliegenden Studie, vor allem „die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht“ (Mayring 2002: S. 91), ist eine derartige ‚Glättung‘ der Sprache vertretbar, obgleich mit ihr ein Verlust zusätzlicher Information über das Gesagte durch sprachliche Färbung einhergeht (vgl. hierzu auch Kowal und O'Connell 2012: S. 441; Gläser und Laudel 2010: S. 193). Auch wurden nicht hörbare Beiträge wie beispielsweise Kopfschütteln oder skeptische Blicke nicht dokumentiert. Höerrückmeldungen wie zustimmendes ‚mhm‘ oder nachfragendes ‚hä?‘ sowie deutliche Sprechpausen wurden hingegen in die Transkription aufgenommen. Der Ausschluss von für die Auswertung wenig oder nicht relevanten Gesprächsbestandteilen entspricht der in der Literatur zur Transkription vorzufindenden Empfehlung, dass „nur solche Merkmale des Gesprächsverhaltens transkribiert werden [sollten], die auch tatsächlich analysiert werden“ (Kowal und O'Connell 2012: S. 444).

---

<sup>18</sup> Das verwendete Transkriptionsregelsystem findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Die Transkription wurde zu großen Teilen durch eine externe Mitarbeiterin durchgeführt.<sup>19</sup> Vor Beginn der Datenauswertung erfuhren die Transkripte eine ausführliche Überarbeitung durch die Verfasserin. Der Gesamtumfang der Sitzungstranskripte beträgt 329 DIN A4-Seiten.

### 3.3 Datenauswertung

Erst die Auswertung der in den Gruppengesprächen erhobenen Daten ermöglicht eine Beantwortung der eingangs formulierten Forschungsfragen. Grundlage der Datenauswertung sind die regelgeleitet angefertigten Transkripte der Audiomitschnitte der Gruppengespräche.

Zur Auswertung von Interviewtranskripten kann die qualitative Inhaltsanalyse als besonders gut geeignet gelten, gerade wenn es darum geht, große Mengen empirischen Materials systematisch auszuwerten (Diekmann 2010: S. 613; Mayring 2000). Zahlreiche Autoren haben konkrete Instrumente der qualitativen Inhaltsanalyse vorgeschlagen. Besonders weit verbreitet ist das Instrumentarium der qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring.<sup>20</sup> Sein Ansatz zielt auf eine Kombination der Vorteile offener qualitativer Analyse mit der regelgeleiteten Systematik und Nachvollziehbarkeit quantitativer Auswertungsmethoden (Mayring 2000). Insofern ist dieser Ansatz weder ‚rein‘ qualitativ noch ‚rein‘ quantitativ, wie auch Mayring selbst betont hat (Mayring 2010: S. 604; vgl. auch Atteslander 2010: S. 212).<sup>21</sup>

Nach Mayring lassen sich die Explikation, die Strukturierung und die Zusammenfassung als die drei wesentlichen Formen qualitativer Inhaltsanalyse unterscheiden. Sie sind nicht als gegensätzliche Reinformen zu verstehen sondern lassen sich häufig sinnvoll miteinander kombi-

---

<sup>19</sup> Diese Mitarbeiterin hat sich schriftlich zum vertraulichen Umgang mit den Informationen und Daten aus den von ihr transkribierten Gruppensitzungen verpflichtet.

<sup>20</sup> Vgl. beispielsweise Atteslander (2010: S. 212), Diekmann (2010: S. 608) sowie Früh (2007: S. 68).

<sup>21</sup> Für die im Vergleich mit anderen qualitativen Ansätzen zur Inhaltsanalyse eher geringe Offenheit und starke Standardisierung ist Mayrings Konzept auch kritisiert worden (vgl. beispielsweise Gläser und Laudel 2010: S. 198-199). Im Rahmen der vorliegenden Studie wird die Orientierung an Mayrings Konzept trotz dieser Kritik aufrechterhalten, da die ausgeprägte Strukturiertheit und Nachvollziehbarkeit der Methode als sehr wichtiges Kriterium angesehen wird.

nieren. Bei der Explikation geht es um die Erklärung wichtiger Textstellen durch ihre Interpretation im Kontext zusätzlicher Informationen. Diese können entweder im untersuchten Text selbst (enge Kontextanalyse) oder in anderen Texten vorzufinden sein (weite Kontextanalyse). Die Strukturierung wurde von Mayring als die „wohl zentralste inhaltsanalytische Technik“ bezeichnet (Mayring 2008: S. 82). Sie geht vornehmlich deduktiv vor, die Kategorien werden also auf der Grundlage theoretischer Überlegungen vorab festgelegt und dann mithilfe eines Kategoriensystems regelgeleitet auf den zu untersuchenden Text angewandt. Das Hauptziel der Strukturierung ist, dem Namen entsprechend, „eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern“ (ebd.: S. 82). Die Zusammenfassung, schließlich, zielt auf die Identifikation von Kernaussagen in einem Text durch die Reduktion auf zentrale Elemente. Hierbei wird häufig mit induktiver Kategorienbildung<sup>22</sup> gearbeitet, also mit der Ableitung von Kategorien aus dem untersuchten Text heraus (Mayring 2012: S. 472-473; Mayring 2010: S. 602-603; Mayring 2002: S. 115-121; vgl. auch Diekmann 2010: S. 608-609).

In der vorliegenden Studie erscheint ebendiese Zusammenfassung als die am besten geeignete Variante von Mayrings qualitativer Inhaltsanalyse: Die wichtigsten Vorteile der Zusammenfassung sind dabei die effektive Verdichtung großer Textmengen als unerlässliche Voraussetzung für eine detaillierte Analyse einerseits und die induktive Kategorienbildung andererseits. Letztere entspricht dem offenen, explorativen Charakter der gesamten Studie, die keine vorgefertigten Schemata auf das empirische Material anwenden, sondern möglichst ergebnisoffen aus dem Material heraus Schlussfolgerungen ziehen möchte. Als eine Grundform des Interpretierens beschreibt Mayring die Zusammenfassung wie folgt: „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ [sic!] (Mayring 2008: S. 58).

Im Sinne der angestrebten systematischen und nachvollziehbaren Textkomprimierung im Rahmen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse gilt es, die Schritte der Zusammenfassung vorab festzulegen und dann anhand dieser Schritte vorzugehen. Mayring (ebd.: S.

---

<sup>22</sup> Die induktive Kategorienbildung wird teilweise als eigene Form der qualitativen Inhaltsanalyse beschrieben (siehe beispielsweise Mayring 2012: S. 472).

59-62) schlägt hierfür den folgenden generellen Ablauf vor: Zunächst werden die Analyseeinheiten bestimmt. Dabei ist zwischen der Kodiereinheit einerseits und der Kontext- und Auswertungseinheit andererseits zu unterscheiden. Die Kodiereinheit beschreibt, welche kleinste Texteinheit zu kodieren, also einer Kategorie zuzuordnen ist. Kontext- und Auswertungseinheit fallen bei der Zusammenfassung zusammen. Dabei beschreibt die Kontexteinheit, welche größte Texteinheit zu kodieren ist und die Auswertungseinheit definiert die Reihenfolge der auszuwertenden Texteinheiten (ebd.: S. 53, 62). Die differenzierte Definition der Analyseeinheiten dient letztlich der Strukturierung der Analyse und der Sicherstellung einer konsistenten Auswertung.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gilt als Kodiereinheit die einzelne inhaltliche Aussage eines Sprechers. Damit können beispielsweise innerhalb eines Absatzes im Gesprächstranskript mehrere Aussagen vorhanden sein, die dann gegebenenfalls unterschiedlichen Kategorien zuzuordnen sind. Als Kontext- und Auswertungseinheit gilt in der vorliegenden Studie die Gesamtheit der Redebeiträge eines Teilnehmers zum Thema je einer Leitfrage, wobei die Aussagen (Kodiereinheiten) bei der Auswertung inhaltlich gruppiert werden. Dies gilt unabhängig von der Verortung der jeweiligen Beiträge im Transkript. Mit anderen Worten wird die größte einer Kategorie zuzuordnende Texteinheit gebildet von allen Aussagen, die ein einzelner Teilnehmer während der gesamten Gruppensitzung zu einer der vier Leitfragen macht. Offensichtlich stellt die Kodierung auf der Ebene der Kontext- und Auswertungseinheit eine massive Komprimierung der Gesprächsinhalte dar. Sie eignet sich sehr gut zur Verdichtung des Textes auf wenige zentrale Aussagen, lässt dabei jedoch große Informationsmengen außer Acht. Folglich sollte der Kodierung auf dieser Ebene die Kodierung auf Ebene der Kodiereinheit vorausgehen.

Auch Mayring beschreibt die Abstraktion vom konkreten Textinhalt im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse als schrittweisen Prozess. Nach der Bestimmung der Analyseeinheiten ist dabei zunächst die Paraphrasierung (Umschreibung) der aussagekräftigen („inhaltstragenden“; Mayring 2008: S. 60) Textstellen vorgesehen. Die Paraphrasierung dient dabei primär der Verkürzung von Aussagen und der Vereinheitlichung des Sprachstils. Danach folgt die zunehmende Generalisierung der Paraphrasen und die Reduktion der Textmen-

ge durch Selektion und die Streichung von bedeutungsgleichen Paraphrasen. Eine weitere Reduktion entsteht dann durch Bündelung und Reformulierung der Paraphrasen auf dem anvisierten Abstraktionsniveau. Aus den verbleibenden Paraphrasen entsteht nun das Kategoriensystem, welches mithilfe eines Vergleiches mit dem Ausgangsmaterial auf seine Angemessenheit im Sinne einer hinreichenden Übereinstimmung mit den tatsächlichen Gesprächsinhalten zu überprüfen ist (ebd.: S. 60-61). Analog zu der zunehmenden Verdichtung des Textmaterials steigt das durch die Zusammenfassung angestrebte Abstraktionsniveau: Während die Paraphrasierung im ersten Schritt primär der Textverdichtung und der sprachlichen Textvereinheitlichung dient, werden die Redebeiträge der einzelnen Teilnehmer im weiteren Verlauf thematisch gruppiert. Damit steigen zwangsläufig der Abstraktionsgrad und die Generalität der Aussagen im Vergleich zu den tatsächlichen Redebeiträgen.

Die beschriebenen Analyseschritte lassen sich prinzipiell so lange wiederholen, bis zum einen das gewünschte Abstraktionsniveau, also der gewünschte Grad der Textverdichtung erreicht ist und bis zum anderen die Konsistenz des Kategoriensystems mit dem Ausgangsmaterial zufriedenstellend ist. Mayring selbst merkt an, dass die isolierte Abfolge der beschriebenen Analyseschritte und insbesondere deren wiederholte Anwendung bei großen Textmengen unter Umständen zu aufwändig werden kann. In solchen Fällen schlägt Mayring eine Integration mehrerer Analyseschritte vor. So ließen sich die inhaltstragenden Textstellen bereits im ersten Schritt auf das angestrebte Abstraktionsniveau paraphrasieren und auch die Bündelung aussagegleicher oder -ähnlicher Paraphrasen könnte bereits im ersten Materialdurchlauf stattfinden (ebd.: S. 61). Angesichts der großen Menge transkribierter Gesprächsinhalte und der weitgehend individuellen Durchführung der Datenauswertung durch die Verfasserin der vorliegenden Studie ist eine Straffung des Analyseablaufes wie hier von Mayring vorgeschlagen erforderlich.

Über die simultane Durchführung mehrerer Analyseschritte hinaus sind in der vorliegenden Studie drei Maßnahmen zur Aufwandsminderung bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ergriffen worden. Eine solche Anpassung einer der Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse an den jeweiligen Untersuchungsgegenstand und das vorhandene empirische Material wird auch von Mayring beschrieben (Mayring 2010: S. 603). Erstens wurden die Kernaussa-



gen nicht aus dem Ausgangsmaterial (Gesprächstranskripte) herausgeschrieben, sondern im jeweiligen Transkript farblich hervorgehoben. Neben der erhöhten Effektivität hatte dies den Vorteil, dass der jeweilige Textstellenkontext trotz der Hervorhebung der Kernaussage erhalten blieb. Zweitens unterblieb im ersten Analyseschritt eine Umformulierung von Textstellen. Auch dies diente nur zum Teil der Zeitersparnis. Zentral für diese Entscheidung war der Wunsch, das Ausgangsmaterial nicht durch Umformulierungen zu verfälschen. Zu diesem Zweck wurden gewisse Unterschiede zwischen den Sprachstilen der verschiedenen Gruppenteilnehmer bewusst in Kauf genommen. Diese Unterschiede waren tatsächlich nicht so groß, dass sie bei der Auswertung nennenswerte Probleme hätten bereiten können. Die dritte Modifikation des Mayringschen Modells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse lag in der pragmatischen Bündelung inhaltlich ähnlicher Textstellen: Anstelle aufwändiger Paraphrasierungen, die im Übrigen erneut das Risiko einer Verfälschung des Ausgangsmaterials in sich trügen, wurden inhaltlich ähnliche Textstellen lediglich gemeinsam gruppiert und unter einer gemeinsamen Kategorie geführt. Dies sparte Analyseaufwand und vermied eine übermäßige Abstraktion vom Ausgangsmaterial. Durch dieses Vorgehen wurde nicht zuletzt die abschließende Überprüfung der Repräsentation des Ausgangsmaterials im Kategoriensystem erleichtert, denn durch die unveränderte Übernahme zentraler Textstellen sank die Gefahr von inhaltlichen Verfälschungen im Prozess der schrittweisen Zusammenfassung. Die Angemessenheit der Kategorienbenennung und Textstellengruppierung wurde im Analyseverlauf durch wiederholte Durchsicht großer Transkriptabschnitte überprüft und notwendige Modifizierungen wurden vorgenommen.

Die folgende Abbildung veranschaulicht das hier angewandte Muster der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse.

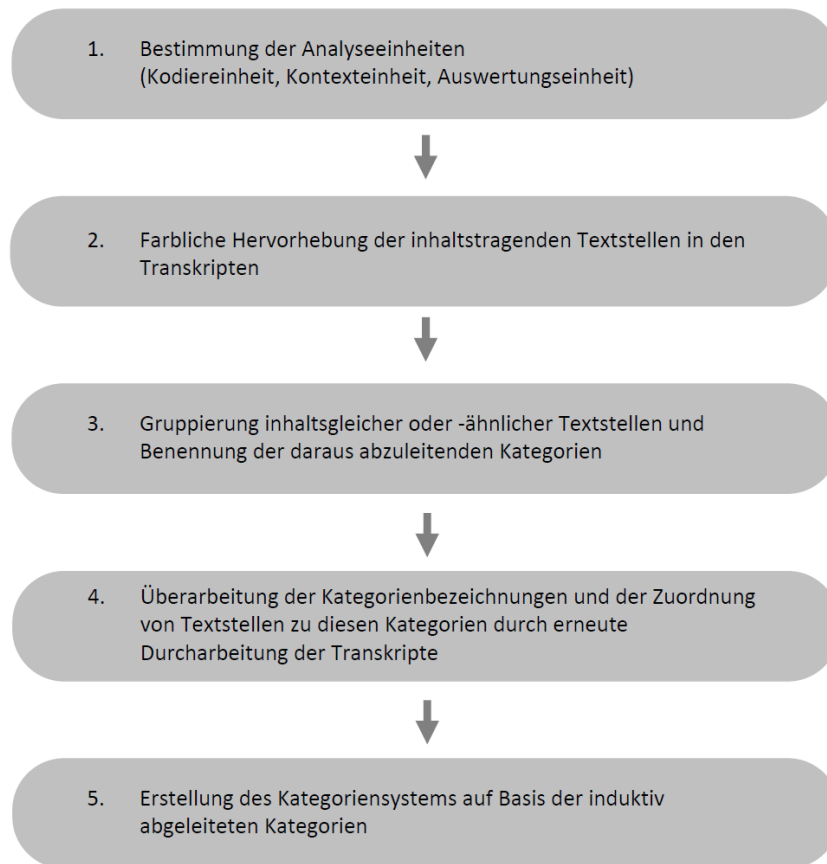


Abbildung 1: Für die vorliegende Studie modifizierter Ablauf der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Quelle: eigene Darstellung).

Nach Fertigstellung der Zusammenfassung im oben beschriebenen Ablauf steht eine im Vergleich zum Ausgangsmaterial (Gesprächstranskripte) erheblich besser handhabbare Textgrundlage zur Verfügung: Die Menge zu untersuchenden Materials ist signifikant kleiner geworden, es wurde von irrelevanten Bestandteilen befreit und es ist entsprechend der Forschungsfragen in relevante Kategorien gruppiert.

Mit der Zusammenfassung ist das Material also umfassend bearbeitet und für die Ableitung von Schlussfolgerungen vorbereitet. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung erläutert. Das im Zuge der Datenauswertung erstellte Kategoriensystem bildet dafür den Rahmen. Aufgrund der induktiven Kategorienbildung stellt das Kategorien-

system an sich bereits einen wichtigen Teil der Forschungsergebnisse dar, denn es verweist deutlich auf zentrale Faktoren, die aus Sicht der Gruppenmitglieder wichtigen Einfluss auf die Entwicklung der Studienmotivation angehender Humanmediziner ausüben. Eine grafische Darstellung des Kategoriensystems findet sich zu Beginn des Kapitels. Eine Einordnung und kritische Würdigung der Ergebnisse, auch vor dem Hintergrund des oben skizzierten Forschungsstandes zu dem hier zentralen Themenfeld, erfolgt im darauffolgenden Kapitel<sup>23</sup>. Dort werden auch Antworten auf die dieser Studie zugrundeliegenden Forschungsfragen formuliert.

Zwar erfolgte die Datenauswertung vornehmlich durch die Verfasserin allein. Allerdings präsentierte diese das methodische Vorgehen und zentrale inhaltliche Ergebnisse der Arbeit im Rahmen der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden (AQUAM) des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck sowie in Einzelgesprächen mit AQUAM-Mitgliedern. Die Diskussion des methodischen Vorgehens und seiner konkreten analytischen Umsetzung mit den in der Anwendung qualitativer Forschungsansätze erfahrenen Mitgliedern der Arbeitsgruppe erlaubte eine fundierte Ausarbeitung des methodischen Instrumentariums vor Beginn der Datenauswertung sowie eine kritische Reflexion von dessen Anwendung am konkreten Textmaterial. Dies stellte den in der einschlägigen Literatur empfohlenen Einbezug von Sichtweisen und Perspektiven verschiedener Forscher in den Analyseprozess sicher (vgl. beispielsweise Meyer 2007).

---

<sup>23</sup> Kapitel 5, Diskussion.

## 4 Ergebnisse

Dieses Kapitel ist der Beschreibung der Forschungsergebnisse gewidmet. Entsprechend der im vorherigen Abschnitt beschriebenen zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse folgt die Ergebnispräsentation dem induktiv aus den Transkripten entwickelten Kategoriensystem. Dabei werden auch Zitate aus den Gruppensitzungen angeführt, sofern diese für die Untersuchung von besonderem Wert sind.

In Kapitel 3 sind die Leitfragen der Gruppengespräche beschrieben worden. Sie lauten wie folgt:

- 1) Was war Eure Motivation, das Medizinstudium zu beginnen? (Frage an die einzelnen Teilnehmer)
- 2) Was ist Eure aktuelle Motivation, das Medizinstudium fortzuführen? Inwieweit hat sich diese Motivation seit Studienbeginn verändert? Wie erklärt Ihr Euch ggf. diese Veränderung? (Frage an die einzelnen Teilnehmer)
- 3) Was hat Euch bisher im Medizinstudium demotiviert? (Frage an die gesamte Gruppe)
- 4) Was hat Euch bisher im Medizinstudium motiviert? (Frage an die gesamte Gruppe)

Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht des Kategoriensystems. Auf dieser Grundlage werden die zentralen Ergebnisse der Analyse detaillierter dargestellt. Dabei sind die ‚motivierenden Faktoren‘ und die ‚demotivierenden Faktoren‘ zusammengefasst. In den Gruppengesprächen wurde in je einer Frage nach diesen beiden Arten von Faktoren gefragt (Leitfragen 3 und 4, siehe oben). Ihre gemeinsame Darstellung in der Abbildung und in den folgenden Erläuterungen ist darin begründet, dass viele der Gesprächsteilnehmer Aussagen zu motivierenden Faktoren eng mit Aussagen zu demotivierenden Faktoren verknüpften und umgekehrt. Eine separate Auswertung der beiden Leitfragen würde diese Verknüpfungen auflösen und die adäquate Auswertung der Aussagen erschweren.

# 1 Eingangsmotivation

**A) Langfristiger Berufswunsch ohne bewusste Ursache**

**B) Externe Einflussnahme**

- Einfluss durch Eltern, Familie
- Einfluss durch Freunde, Bekannte, Lehrer
- Einfluss durch die Gesellschaft

**C) Eigene Fähigkeiten**

**D) Eigene Interessen**

- Interesse an Medizin/ Naturwissenschaften
- Handwerkliches Interesse
- Interesse an der Arbeit im Ausland
- Interesse am Kontakt mit Menschen
- Interesse daran, zu helfen und ‚Gutes‘ zu tun
- Interesse am Berufsbild des Arztberufes

**E) Erfahrungen aus der eigenen Biografie**

- Eigene Erkrankung oder Erkrankung im nahen Umfeld
- Eigene medizinische Arbeit/ Ausbildung/ Praktika

## 2.1 Aktuelle Motivation

### A) Zufriedenheit mit dem Studium

- Freude am Studium
- bisheriger Erfolg im Studium
- Kontakt zu interessanten Menschen

### B) Verbesserung nach dem Physikum

### C) Durchhalten

### D) Studium als Voraussetzung für den Arztberuf

- Ziel, ein guter Arzt zu werden
- Wunsch, eigenverantwortlich zu arbeiten
- Studium als Vorbereitung auf hohe Verantwortung im Beruf

### E) Studienunabhängige Belohnung

## 2.2 Entwicklung der Motivation im Studium

### A) Qualitative Veränderung

- qualitativ ähnliche Studienmotivation im Zeitverlauf
- qualitativ veränderte Studienmotivation im Zeitverlauf

### B) Quantitative Veränderung

- quantitativ ähnliche Studienmotivation im Zeitverlauf
- Abnahme der Studienmotivation im Zeitverlauf
- Zunahme der Studienmotivation im Zeitverlauf
- ‚Auf und Ab‘ der Studienmotivation im Zeitverlauf

## 3 & 4 Motivierende und demotivierende Faktoren

### A) Individueller Umgang mit dem Studium

- Freiräume und Vorgaben
- Lerndruck und -kontrollen
- Zeitmangel
- drohende Überforderung

### B) Kontakt mit anderen Studenten

### C) Berufsaussichten

- Arbeitsplatzsicherheit
- Flexibilität
- Verdienstaussichten
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Arbeitsbelastungen
- Desillusionierung bzgl. der ärztlichen Berufsrealität
- Prozess des ‚Abstumpfens‘
- Probleme im Gesundheitssystem

### D) Bestätigung

- Fremdbestätigung
- Selbstbestätigung

#### **E) Lehre**

- Kommunikationstechniken
- Benotung
- Prüfungsformen
- Lernziele
- persönliche Betreuung
- ‚roter Faden‘ im Curriculum
- Mediziner Ausbildung in Deutschland
- Grundlagen- vs. Spezialwissen
- Präsentation von Inhalten

#### **F) Lehrende**

- Umgang mit Studenten
- Eigenschaften von Lehrenden
- Gründe für unzureichende Betreuung

#### **G) Ärztliche Vorbilder**

- für Studenten
- im Umgang mit ärztlichen Kollegen
- im Umgang mit Patienten

Abbildung 2: Kategoriensystem als Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse (Quelle: eigene Darstellung).

Die grafische Übersicht über das Kategoriensystem lässt die Vielfalt der Themenfelder erahnen, die in den Gesprächsrunden diskutiert wurden. Tatsächlich geht diese Vielfalt weit über das oben Dargestellte hinaus. Entsprechend der Untersuchungsanlage griff die Verfasserin in ihrer Rolle als Moderatorin der Gespräche nur wenig in den Gesprächsverlauf ein, sodass die Teilnehmer zahlreiche Argumente und Ideen in die Diskussion einbringen konnten. Für die Auswertung ergibt sich daraus ein entsprechend komplexes Bild. Die mitunter recht heterogene Zusammensetzung der einer Kategorie zugeordneten Aspekte (Unterkategorien) ist eine



Folge der offenen Gesprächsanordnung. Zum Preis einer relativ geringen Einheitlichkeit der (Unter-) Kategorieformulierung ergibt sich ein authentisches Bild der beschriebenen individuellen Studienmotivationen und deren Einflussfaktoren. Im Folgenden ist eine Konzentration auf zentrale Ergebnisse unerlässlich, denn eine vollständige Reproduktion der Gesprächsinhalte würde den verfügbaren Rahmen sprengen und die Ziehung konkreter Schlussfolgerungen unmöglich machen.

## 4.1 Leitfrage 1

Die erste Leitfrage fragte nach den Motiven und Motivationen, aufgrund derer die Studierenden das Medizinstudium aufgenommen hatten. Aus den Antworten der Gesprächsteilnehmer und den anschließenden Diskussionen lassen sich fünf Motivgruppen ableiten.

### *A) Langfristiger Berufswunsch ohne bewusste Ursache*

Einige Studierende berichteten, der Berufswunsch Mediziner habe sie schon lange begleitet, ohne dass sie genau beschreiben konnten, wie und weshalb dieser Wunsch entstanden war: „schon in der Grundschule habe ich immer gesagt: ‚Ich werde Ärztin‘. Ich weiß nicht, warum das so war“.<sup>24</sup>

### *B) Externe Einflussnahme*

Deutlich häufiger lassen sich Formen externer Einflussnahme als wichtige Treiber der Studienfachwahl Humanmedizin identifizieren. Dabei lässt sich weiter zwischen elterlichem/ familiärem Einfluss, Einfluss durch Freunde, Bekannte und Lehrer sowie Einfluss durch die Gesellschaft insgesamt differenzieren. Elterlicher bzw. familiärer Einfluss scheint immer dann

---

<sup>24</sup> Quelle: SJ4/D6/P23. Zitate der Gesprächsteilnehmer werden wie folgt angegeben: Zunächst wird das Studienjahr genannt, dann das Kürzel des jeweiligen Gesprächsteilnehmers und schließlich der Absatz oder die Absätze (Paragraphen) aus dem jeweiligen Transkript, in dem oder denen das Zitat zu finden ist. Die Quellenangabe „(SJ4/D6/P23)“ gibt somit an, dass das vorstehende Zitat von der oder dem Studierenden aus dem vierten Studienjahr mit dem Kürzel D6 stammt und dass sich dieses Zitat im Transkript der Sitzung aus dem vierten Studienjahr in Absatz 23 befindet. Da pro Studienjahr genau eine Gruppensitzung abgehalten wurde, erlauben diese Angaben eine eindeutige Zuordnung jedes Zitates zu seiner Quelle.

besonders stark gewesen zu sein, wenn die Eltern selbst und ggf. weitere Familienmitglieder als Ärzte oder anderweitig im medizinischen Bereich tätig sind bzw. waren. Mehrere Studierende beschrieben den damit verbundenen frühen Kontakt zur Medizin als durchaus bedeutend für ihre Studienwahl.<sup>25</sup> Die zweite, offenkundig ähnlich bedeutende Spielart elterlichen Einflusses liegt im elterlichen Wunsch, dass die eigenen Kinder einen sicheren Beruf erlernen, von und mit dem sie gut leben können: „sie [die Eltern] erwarten ja trotzdem irgendwie, dass man also *doch* dann was Vernünftiges macht [...]. Die wollen ja auch nur das Beste für einen“.<sup>26</sup> Zwar wurde auch mehrfach der kindliche bzw. jugendliche Wunsch beschrieben, eben nicht genau den gleichen beruflichen Werdegang einzuschlagen wie die Eltern, jedoch scheinen derartige ‚Trotzreaktionen‘ insgesamt eher wenig Einfluss auf die tatsächliche Studienwahl gehabt zu haben.<sup>27</sup> Auch wurde wiederholt berichtet, dass sowohl Eltern mit Tätigkeit in der Medizin als auch bekannte Ärzte ausdrücklich von dem Studienwunsch der Medizin abgeraten hätten. „mein Papa ist Arzt, meine Mama OP-Schwester, die haben auch gesagt beide ‚überlege Dir das richtig gut! Ob Du Medizin studieren willst!‘“<sup>28</sup> Oder: „*Also die Belastung war mir nicht so klar*, muss ich ehrlich sagen, auch wenn ich gewarnt wurde von ganz vielen anderen Personen, die ich so gefragt habe vor dem Studienanfang, die mir das alle so bildlich beschrieben haben und das habe ich mir irgendwie nicht vorstellen können, weil ich gedacht habe, ‚na ja, so schlimm kann es ja dann doch nicht werden‘.“<sup>29</sup> Insbesondere das Wissen um einen gelungenen Lebensentwurf der Eltern oder der bekannten Ärzte habe trotz der Einwände dazu geführt, das Medizinstudium zu beginnen.

Der Einfluss von Freunden, Bekannten und Lehrern scheint vornehmlich darin zu liegen, die späteren Medizinstudierenden auf die Möglichkeit dieser Studienwahl hingewiesen zu haben: „Meine Biolehrerin hat da auch so ein bisschen zu beigetragen. Irgendwann wollte ich mal wieder irgendwas *ganz genau wissen*, da hat sie gesagt ‚da musst Du schon Medizin studieren,

---

<sup>25</sup> Bspw. SJ1/A2/P12; SJ5/E5/P43; SJ6/G2/P18, 20.

<sup>26</sup> SJ1/A4/P54.

<sup>27</sup> Bspw. SJ1/A3/P22; SJ3/C5/P33.

<sup>28</sup> SJ2/B3/P31.

<sup>29</sup> SJ5/E4/P15.

wenn Du das wissen willst. Das kann ich Dir auch nicht sagen'. Und dann dachte ich, ‚ja, warum eigentlich nicht?‘<sup>30</sup>

Gesellschaftlicher Einfluss, schließlich, scheint primär im gesellschaftlichen Ansehen des Arztberufes und im damit verbundenen Prestige zu liegen. Nicht wenige Teilnehmer zählten derartige Aspekte zu den Gründen ihrer Studienwahl – wenn auch häufig eher defensiv: ‚Natürlich wäre es gelogen, wenn man sagt, man hätte sich nicht vorher angeguckt, was dabei raus kommen kann aus so einem Studium [...] Das ist ja schon so, dass man schon geguckt hat. Gut, das Prestige, gesellschaftliches Ansehen, wie auch immer, ist ein Punkt‘.<sup>31</sup> Auch berichteten Studierende von der empfundenen Pflicht, sich mit einem guten Abitur für ein vermeintlich anspruchsvolles Studienfach mit Numerus clausus zu bewerben.<sup>32</sup>

### *C) Eigene Fähigkeiten*

Die eigenen Fähigkeiten wurden merklich seltener als Gründe für die Studiengangwahl angeführt als etwa der elterliche Einfluss. Zwar beschrieben einige der Teilnehmer ihre schulischen Neigungen im Bereich der Naturwissenschaften, jedoch nicht als zentrale Gründe für die konkrete Entscheidung für das Medizinstudium.<sup>33</sup> Einige der Teilnehmer beschrieben sogar, dass ihre Stärken eben nicht in diesem Bereich gelegen hätten: ‚Ich war ja in der Schule überhaupt kein Naturwissenschaftler‘.<sup>34</sup>

### *D) Eigene Interessen*

Stärker als im Kontext der eigenen Fähigkeiten wurde die naturwissenschaftliche Prägung durch die Schulzeit im Rahmen der eigenen Interessen als Einflussfaktoren der Studiengangwahl betont: ‚ich war schon eher naturwissenschaftlich interessiert, nicht so geisteswissenschaftlich, und habe dann überlegt, was ich machen will. Als Alternative wäre noch Mathe

---

<sup>30</sup> SJ6/G4/P38.

<sup>31</sup> SJ2/B2/P110-112.

<sup>32</sup> SJ5/E5/P17; SJ6/G5/P65.

<sup>33</sup> Bspw. SJ1/A4/P25; SJ2/B2/P27.

<sup>34</sup> SJ2/B4/P66.

gewesen oder Chemie“.<sup>35</sup> Neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Interessen wurden technisch-handwerkliche Interessen als Beförderer der Entscheidung für ein Medizinstudium genannt, selten auch der Wunsch, international tätig zu sein.<sup>36</sup>

Der Wunsch, im Berufsalltag regen Kontakt mit Menschen zu haben, etwas ‚Gutes‘ zu tun und anderen zu helfen wurde im Kontext der interessenbezogenen Gründe für die Studiengangwahl sehr umfassend diskutiert. Zahlreiche Gesprächsteilnehmer betonten diese Gründe,<sup>37</sup> nur sehr wenige widersprachen in diesem Zusammenhang.<sup>38</sup> Auch war es vielen Gesprächsteilnehmern wichtig, einen nach eigenem Empfinden sinnvollen Beruf zu erlernen: „also der Beruf, das ist ja, das nimmt ja einfach so ein *Riesenteil* ein von dem Leben und deswegen sollte das auch das möglichst Sinnvollste sein, was ich mir so vorstellen konnte und das war am Ende einfach nur Medizin“.<sup>39</sup>

Ein letzter, ebenfalls recht umfangreicher Teil der interessen geleiteten Motive für die Studiengangwahl lässt sich mit dem Interesse am ärztlichen Berufsbild überschreiben. In dieser Gruppe lassen sich fünf Unterkategorien unterscheiden. Die erste davon bezieht sich auf den Reiz der großen (Eigen-) Verantwortung und Entscheidungskompetenz im Arztberuf. Insbesondere im Vergleich zu anderen Berufsbildern im medizinischen Bereich wie etwa denen der Krankenschwester bzw. des Krankenpflegers wurde die ärztliche Entscheidungskompetenz als sehr positiv und zum Medizinstudium motivierender Faktor beschrieben: „so Sachen, die wirklich mit Pflege zu tun haben, zum Beispiel Anti-Dekubitus-Maßnahmen, da möchte ich mal wetten, die meisten Krankenschwestern haben davon mehr Ahnung als die meisten Ärzte, das gehört einfach zu deren Job, aber Du darfst nichts machen, ohne dass Dir da irgendein Arzt seine Unterschrift drunter gehängt hat. Das wird sich nicht ändern! Das werde ich auch nicht ändern können! Dann habe ich halt auch immer gedacht, dann möchte ich auch lieber der sein,

---

<sup>35</sup> SJ4/D2/P13.

<sup>36</sup> Bspw. SJ1/A1/P33; SJ1/A4/P25; SJ1/A5/P29; SJ2/B3/P35-37; SJ3/C3/P21.

<sup>37</sup> Bspw. SJ1/A6/P31; SJ2/B5/P74-78; SJ3/C1/P6.

<sup>38</sup> Bspw. SJ2/B3/P37.

<sup>39</sup> SJ3/C5/P35.

der unterschreibt, als der, der den ganzen Tag da hinterher rennt“.<sup>40</sup> An dieser Stelle wurde deutlich, dass die Eingangsmotivation derjenigen Studierenden, die vorab eine nichtärztliche Tätigkeit im medizinischen Bereich ausübten, wie oben bereits angedeutet von den dabei gemachten Erfahrungen beeinflusst wurde. Die Entscheidung für ein Medizinstudium beruhte bei vielen dieser Studierenden auf der Erkenntnis, dass der ärztliche Kompetenzvorsprung im Klinikalltag die ärztliche Berufsrealität deutlich von der anderer medizinischer Berufe unterscheidet.

Als zweiter Positivfaktor des ärztlichen Berufsbildes wurde hervorgehoben, dass das Studium klar definiert auf einen konkreten Beruf hinführe. Während andere, beispielsweise sprach- oder geisteswissenschaftliche Studiengänge an sich sehr interessant seien, das spätere Tätigkeitsfeld aber weitgehend undefiniert, wisse man bei der Medizin von Beginn an, dass man später als Arzt arbeiten könne. Trotz großen Interesses an nicht-medizinischen Studiengängen nannten mehrere Gesprächsteilnehmer dies als wichtigen Faktor bei ihrer eigenen Studiengangwahl.<sup>41</sup>

Trotz der klaren Vorstellungen vom späteren Berufsalltag lobten viele Gesprächsteilnehmer, drittens, die vielfältigen Möglichkeiten im Arztberuf als eine der Ursachen für ihre Entscheidung für das Medizinstudium: „das fand ich auch ganz toll, dass man in der Medizin an sich noch mal so viele Möglichkeiten hat, dass man sich da nicht festlegen muss, sondern dass man in so viele Fachrichtungen auch gehen kann oder auch *gar nicht* mit dem Medizinstudium letztendlich als Arzt arbeiten muss. Also, dass man einfach noch mal tausend Möglichkeiten hat“.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> SJ2/B5/P100; vgl. auch SJ5/E2/P7, 9, 17-22.

<sup>41</sup> Bspw. SJ1/A1/P33; SJ1/A4/P34-42; SJ1/A5/P43; SJ4/D2/P26-30; SJ4/D7/P48.

<sup>42</sup> SJ3, C1, P19; vgl. auch bspw. SJ1/A1/P33; SJ1/A2/P14, 45; SJ2/B2/P27; SJ3/C2/P18; SJ5/E2/P7; SJ6/G4/P38.

Als vierter positiver Aspekt des ärztlichen Berufsbildes wurde die finanzielle Unabhängigkeit bzw. Sicherheit genannt.<sup>43</sup> Deutlich seltener äußerten Teilnehmer explizit, dass finanzielle Aspekte bei ihrer Studienwahl keine Rolle gespielt hätten.<sup>44</sup>

Fünftens, schließlich, spielte für einige Studierende die relative Arbeitsplatzsicherheit im Arztberuf im Sinne einer verhältnismäßig geringen Gefahr der Arbeitslosigkeit eine nennenswerte Rolle bei der Studiengangwahl.<sup>45</sup>

#### *E) Erfahrungen aus der eigenen Biografie*

Neben dem langfristigen Berufswunsch ohne bewusste Ursache, der externen Einflussnahme, den eigenen Fähigkeiten und den eigenen Interessen spielten, als letzte Kategorie der Eingangsmotivation der Gesprächsteilnehmer, auch Erfahrungen aus der eigenen Biografie eine Rolle. Hier beschrieben zahlreiche Studierende, dass sie entweder durch eigene Erkrankungen oder durch Erkrankungen bzw. Behinderungen im näheren Umfeld mit der Medizin und dem Arztberuf in engeren Kontakt gekommen seien, was die Idee oder den Wunsch, selbst Medizin zu studieren, geweckt oder zumindest befördert hätte.<sup>46</sup> Auch eigene Vorerfahrungen durch Praktika, eine Ausbildung oder sonstige berufliche Tätigkeit in der Medizin wurden hier genannt.<sup>47</sup>

## 4.2 Leitfrage 2

Die zweite Leitfrage fokussiert die aktuelle Studienmotivation der Studierenden zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion sowie die Entwicklung dieser Motivation im (bisherigen) Ver-

---

<sup>43</sup> Bspw. SJ1/A3/P22; SJ2/B5/P116; SJ3/C1/P50; SJ3/C2/P10; SJ3/C4/P51; SJ5/E2/P7.

<sup>44</sup> Bspw. SJ4/D3/P69; SJ6/G1/P10.

<sup>45</sup> Bspw. SJ1/A3/P22; SJ2/B5/P91; SJ5/E1/P5; SJ5/E2/P7; SJ5/E5/P17; SJ6/G5/P44.

<sup>46</sup> Bspw. SJ1/A6/P31; SJ3/C2/P53; SJ3/C6/P41; SJ5/E3/P13; SJ5/E4/P15; SJ5/E7/P27; SJ6/G1/P10.

<sup>47</sup> Bspw. SJ1/A2/P12; SJ1/A3/P22; SJ1/A4/P25; SJ1/A5/P29; SJ2/B3/P31; SJ2/B5/P78; SJ3/C4/P25; SJ3/C5/P35; SJ4/D3/P18; SJ5/E1/P5; SJ5/E2/P7; SJ5/E5/P22; SJ5/E6/P24.

lauf des Studiums. Zwecks erhöhter Übersichtlichkeit erfolgt die Ergebnispräsentation für diese zwei Elemente der Leitfrage separat.

#### 4.2.1 Aktuelle Motivation

Erneut lassen sich aus den Gesprächstranskripten fünf verschiedene Kategorien ableiten. Diese Kategorien beinhalten die Zufriedenheit mit dem Studium, das Ziel, das Physikum erfolgreich abzuschließen und den klinischen Abschnitt des Studiums zu beginnen, das Durchhalten als solches, die Notwendigkeit des Studienabschlusses für die Ausübung des Arztberufes sowie weitgehend studienunabhängige Belohnungen als Motivatoren.

##### *A) Zufriedenheit mit dem Studium*

Die Zufriedenheit mit dem Studium wurde in nur relativ geringem Umfang als Treiber der aktuellen Studienmotivation beschrieben. Nur sehr selten wurden der generelle Spaß am Studium oder die Freude an bestimmten bzw. die Freude auf bestimmte Fächer als Motivatoren genannt.<sup>48</sup> Weitere Argumente im Kontext der Zufriedenheit mit dem Studium waren die Erkenntnis, den Anforderungen weitgehend gewachsen zu sein<sup>49</sup> sowie die Erfahrung, durch das Studium immer wieder interessante Menschen kennenzulernen.<sup>50</sup>

##### *B) Verbesserung nach dem Physikum*

Gerade in der Gruppe der Studierenden im vorklinischen Abschnitt wurde das Physikum als wichtige Wegmarke im Studienverlauf eingeschätzt. In dieser Gruppe scheint der Wunsch, die Vorklinik hinter sich zu lassen um den klinischen Abschnitt des Studiums zu erreichen, viele Studierende motiviert zu haben. Ein wiederkehrendes Argument in diesem Zusammenhang war der im klinischen Abschnitt erwartete stärkere Bezug zu berufsrelevantem Wissen.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> SJ1/A1/P104; SJ1/A2/P206; SJ5/E3/P89.

<sup>49</sup> SJ1/A1/P106; SJ2/B3/P237.

<sup>50</sup> SJ5/E1/P67.

<sup>51</sup> Bspw. SJ1/A2/P206; SJ2/B2/P138; SJ2/B3/P239; SJ2/B4/P146.

### *C) Durchhalten*

Unabhängig vom Physikum als wichtigstem Zwischenziel im Medizinstudium spielt das Durchhalten und das erfolgreiche Abschließen des einmal begonnenen Studiums für nicht wenige Studierende eine wichtige Rolle, auch als Faktor der aktuellen Studienmotivation: „Was man anfängt, hört man nicht auf. Ich hätte das nicht gekonnt. Ich könnte mir vorstellen, wenn ich mein Staatsexamen habe, zu sagen, ‚ich werde nicht Arzt‘, das kann ich mir vorstellen, aber ich kann mir nicht vorstellen, zu sagen, mitten im Studium, ‚ich breche das ab‘. Das ist so eine Art von Versagen, die ich mir nicht gönnen will.“<sup>52</sup> Der Durchhaltewille werde zum Teil verstärkt durch das Fehlen einer konkreten Alternative zum Medizinstudium<sup>53</sup> sowie durch die Tatsache, dass man ohne das zweite Staatsexamen mit dem Medizinstudium auf dem Arbeitsmarkt kaum Möglichkeiten habe.<sup>54</sup> Bei den Studierenden aus relativ hohen Semestern speist sich die aktuelle Studienmotivation zudem aus dem Verhältnis aus relativ viel bereits erfolgreich bewältigtem Studium einerseits und dem relativ geringen Anteil des Studiums, der bis zum erfolgreichen Abschluss noch zu bewältigen ist, andererseits.<sup>55</sup>

### *D) Studium als Voraussetzung für den Arztberuf*

Einige Studierende ließen erkennen, dass ihre aktuelle Motivation nicht primär in der Freude am Medizinstudium selbst liege sondern vielmehr in dem Wissen darum, dass der erfolgreiche Abschluss dieses Studiums eine Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufes sei. Das Berufsziel vor Augen zu haben, erschien hierbei als wichtigstes Element: „Ich glaube, die Hauptmotivation ist, ‚ich will Ärztin werden!‘ [...] Wenn es eine Berufsausbildung gäbe, ‚so werden Sie Ärztin‘, ich würde die sofort machen! Mein Problem ist, glaube ich, dass ich gar nicht so der Typ bin für ein akademisches Studium. Aber eine andere Möglichkeit gibt es nicht, also muss ich da durch!“<sup>56</sup> Ein anderer Gesprächsteilnehmer formulierte ähnlich: „Das

---

<sup>52</sup> SJ4/D7/P95.

<sup>53</sup> SJ5/E7/P73.

<sup>54</sup> SJ5/E2/P99; vgl. auch SJ5/E5/P109.

<sup>55</sup> Bspw. SJ5/E1/P67; SJ5/E7/P72, 97; SJ6/G5/P87; SJ6/G6/P83.

<sup>56</sup> SJ2/B5/P198.



ist eben ein akademisches Studium, Du musst das machen, wenn Du irgendwann im OP stehen willst oder, oder Notarzt werden willst letztlich über die Anästhesie. Musst Du einfach lernen. Und dann denke ich mir, ‚dann mach‘ es einfach, es ist ein notwendiges Übel‘.<sup>57</sup>

In eine ähnliche Richtung gehen Aussagen, die das Ziel, ein guter Arzt zu werden,<sup>58</sup> den Ausblick auf eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Arbeiten im Berufsalltag,<sup>59</sup> oder das Studium als Vorbereitung auf die hohe Verantwortung im Beruf<sup>60</sup> betonen: Stets wird die aktuelle Studienmotivation weniger mit dem Studium an sich sondern vielmehr mit der Notwendigkeit des Studierens für die Möglichkeit begründet, später den als erstrebenswert beurteilten Arztberuf ausüben zu können.

#### *E) Studienunabhängige Belohnung*

Eine fünfte und letzte Gruppe von Treibern der aktuellen Studienmotivation lässt sich mit Formen der weitgehend studienunabhängigen Belohnung zusammenfassen. Hier wurden zum einen geplante Urlaube oder finanzielle Belohnungen genannt, die beispielsweise im Anschluss an das (bestandene) Physikum anstünden und aktuell für Motivation zum Durchhalten sorgten.<sup>61</sup> Zum anderen lässt sich die Freude an internationalen Kongressen sowie an Auslandsfamulaturen<sup>62</sup> insofern als weitgehend studienunabhängige Belohnung verstehen, als dass auch hier nicht das Medizinstudium an sich, sondern seine als reizvoll empfundenen Nebeneffekte, hier etwa die Internationalität, motivierend wirken.

---

<sup>57</sup> SJ2/B3/P239; für weitere Aussagen zur Bedeutung des Berufsziels als aktueller Motivator vgl. auch bspw. SJ1/A4/P143; SJ4/D1/P75, 77; SJ5/E1/P67; SJ5/E6/P121, 123.

<sup>58</sup> SJ3/C5/P69.

<sup>59</sup> SJ6/G2/P99, 114-116.

<sup>60</sup> SJ3/C5/P69.

<sup>61</sup> SJ2/B4/P144, 146.

<sup>62</sup> SJ5/E1/P67, 256.

#### 4.2.2 Entwicklung der Motivation im Studium

Der zweite Teil der zweiten Leitfrage bezieht sich auf die Veränderung bzw. die Entwicklung der Studienmotivation über die Zeit und auf deren mögliche Ursachen. Die Analyse der Gesprächstranskripte legt eine Unterscheidung zwischen der qualitativen und der quantitativen Veränderung der Motivation nahe.

##### *A) Qualitative Veränderung*

Mit Blick auf die qualitative Entwicklung der Studienmotivation lassen sich in den Gesprächstranskripten verschiedene Pfade erkennen. So finden sich ähnlich viele Aussagen zu (im bisherigen Studium) qualitativ weitgehend gleichbleibender Motivation einerseits<sup>63</sup> und zu einer merklichen Veränderung der Motivation andererseits.<sup>64</sup> Wie zu erwarten führt medizinische Vorerfahrung, etwa in Form einiger Semester des Zahnmedizinstudiums im Vorfeld des Humanmedizinstudiums, zu verhältnismäßig realistischen Vorstellungen vom Studium und begünstigt eine weitgehende Konstanz der Studienmotivation über die Zeit.<sup>65</sup> Als ein Hauptgrund für die Veränderung der Studienmotivation über die Zeit wurde das zunehmende Wissen über die Teilgebiete der Medizin genannt. Durch die immer bessere eigene Kenntnis darüber, welche speziellen Möglichkeiten das Studium und der spätere Beruf biete, konkretisierte sich die Studienmotivation im Studienverlauf.<sup>66</sup> Ein Teilnehmer fasste diesen Prozess wie folgt zusammen: „insofern hat sich die Motivation verändert, dass sie von einem allgemeinen Interesse an dem Fach zu einem spezifischeren Interesse, auch an den wissenschaftlichen Hintergründen geworden ist“.<sup>67</sup> Ein weiterer nennenswerter Aspekt der qualitativen Veränderung der Studienmotivation liegt in der Verschiebung vom primär naturwissenschaftlichen Interesse hin zur Motivation durch den Kontakt mit Patienten und die Möglichkeit, diesen in konkreten,

---

<sup>63</sup> SJ1/A3/P110; SJ1/A4/P145; SJ1/A6/P147; SJ3/C5/P69; SJ4/D2/P79; SJ4/D6/P93; SJ5/E1/P68; SJ6/G1/P77; SJ6/G2/P79.

<sup>64</sup> Bspw. SJ2/B4/P66; SJ4/D1/P75; SJ4/D3/P82; SJ6/G1/P77; SJ6/G5/P87.

<sup>65</sup> SJ4/D5/P92.

<sup>66</sup> SJ4/D4/P91; SJ6/G4/P89; SJ5/E1/P68; SJ5/E4/P76.

<sup>67</sup> SJ5/E1/P68.

essentiellen Lebenssituationen helfen zu können.<sup>68</sup> Die Konkretisierung der Motivation schließe auch eine Kenntnis der ‚Schattenseiten‘ des Medizinstudiums ein.<sup>69</sup>

### *B) Quantitative Veränderung*

Die zweite Dimension der Entwicklung der Studienmotivation über die Zeit ist die quantitative Dimension. Auch hier lassen sich aus den Gesprächstranskripten unterschiedliche Tendenzen ablesen. Neben einer im bisherigen Studium weitgehend gleichgebliebenen Motivation berichteten einige Studierende von einer tendenziell abgenommenen Motivation, andere von tendenzieller Zunahme und wieder andere von einem dauerhaften ‚Auf und Ab‘ der Studienmotivation. Bei denjenigen, die von über die Zeit quantitativ ähnlicher Motivation berichteten, war die Motivation konstant eher hoch. So sprach keiner der Teilnehmer von einer dauerhaft niedrigen Motivation: „also die Motivation hat sich auch nicht geändert in dem eigentlichen Sinne. Also, ich war immer hochmotiviert, es hat immer Spaß gemacht, ich habe nur andere Aspekte hinzu gewonnen. Ich habe Spaß am Lernen gefunden auf einmal.“<sup>70</sup>

In der Gruppe derer, die ihre Motivation als tendenziell gesunken beschrieben, war sinkender „Lern-Elan“<sup>71</sup> ein häufiges Merkmal. Die dauerhafte Lernbelastung führe zu einer gewissen Ermüdung, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass das zeitintensive Medizinstudium so „vereinnahmend“<sup>72</sup> sei. Bei Studierenden in der Vorklinik fanden sich gehäuft negative Erfahrungen aus den Pflegepraktika, die fragliche Relevanz der vorklinischen Lehrinhalte für den späteren Beruf und der geringe Patientenkontakt als Gründe für eine abgenommene Studienmotivation.<sup>73</sup> Auch wenn der klinische Studienabschnitt mit mehr Patientenkontakt als Besserung im Vergleich zur Vorklinik empfunden wurde, so berichteten zwei Studenten aus dem

---

<sup>68</sup> SJ6/G1/P77; SJ6/G4/P89.

<sup>69</sup> SJ5/E4/P76.

<sup>70</sup> SJ6/G2/P79; für weitere Aussagen für eine im Zeitverlauf quantitativ ähnliche Motivation vgl. bspw. SJ1/A4/P145; SJ3/C6/P80; SJ4/D2/P79; SJ6/G1/P77.

<sup>71</sup> SJ1/A3/P110.

<sup>72</sup> SJ5/E7/P118.

<sup>73</sup> Bspw. SJ1/A5/P117; SJ1/A6/P147; SJ2/B1/P150, 152, 160; SJ2/B2/P140.

dritten Studienjahr mit abgenommener Studienmotivation von anhaltender ‚Lernmüdigkeit‘ und Erschöpfung als Nachwirkung von Vorklinik und Physikum.<sup>74</sup> Studierende in den höheren Fachsemestern berichteten beispielsweise von einer Desillusionierung bezüglich des Berufsbildes, der unzureichenden praktischen und kommunikativen Vorbereitung auf den Beruf und dem Mangel an Vorbildern unter Ärzten und Dozenten als Gründe für sinkende Motivation. Dazu sagte ein Student aus dem fünften Studienjahr: „die Arbeitsbedingungen, die ich im Krankenhaus erlebt habe und das, was mir die jungen Assistenzärzte im Krankenhaus erzählt haben, das kann ich mir überhaupt nicht vorstellen für mich später. ... Die Motivation ist eigentlich echt im Moment nur noch, dass es Quatsch wäre, das jetzt abzubrechen. Weil ein Medizinstudium, wenn man es abgeschlossen hat, das kann man bestimmt für irgendwas gebrauchen [...]“.<sup>75</sup> Ein anderer Kommilitone aus dem fünften Studienjahr berichtet: „Die aktuelle Motivation bei mir ... ist glaube ich zum einen, dass es hoffentlich bald vorbei ist, das Studium, ... [...] in Hinblick darauf, dass dann hoffentlich einfach auch praktisches Arbeiten losgeht nach diesen fünf Jahren im Prinzip, nur am Schreibtisch sitzen ... mit kurzen Unterbrechungen während der Semesterferien in der Famulatur oder so. Was ich mir eigentlich schon sehr viel früher vorgestellt hatte, dass es vielleicht im Medizinstudium kommt, was für mich eben auch ein Grund war, mich dann dafür zu entscheiden, weil man da eben studiert, aber auch was tun kann, eben. ... Worauf ich jetzt im Prinzip fünf Jahre gewartet habe.“<sup>76</sup> Dass er mit dem aktuellen Wissensstand über Studium und Berufsalltag nicht noch einmal die Humanmedizin als Studiengang wählen würde, sagte ein Studierender. Auch aus den Aussagen weiterer Teilnehmer lässt sich ein solches Urteil relativ verlässlich ableiten.<sup>77</sup>

Im Kontrast zu den Aussagen zu eher abnehmender Motivation beschrieben auch zahlreiche Studierende einen Anstieg ihrer Motivation im Laufe des Studiums.<sup>78</sup> Einige von ihnen nannten ein steigendes Interesse an den Studieninhalten als wichtigen Grund für diesen Motivati-

---

<sup>74</sup> SJ3/C2/P104, 106; SJ3/C4/P82, 84.

<sup>75</sup> SJ5/E7/P73.

<sup>76</sup> SJ5/E6/P121.

<sup>77</sup> SJ4/D3/P35; SJ5/E4/P37; SJ5/E6/P121, 123; SJ5/E7/P73.

<sup>78</sup> Bspw. SJ5/E3/P89.

onsanstieg. Erneut stellt das erfolgreiche Abschließen des Physikums für viele eine wichtige Wegmarke dar, nach deren Überwinden die Motivation merklich anstieg.<sup>79</sup> Auch die Erkenntnis, im Studium bestehen zu können und sich dort wohl zu fühlen hat einige Studierende im Laufe des Studiums zunehmend motiviert.<sup>80</sup> Schließlich spielte offenbar auch die zunehmende Berufsnähe und die Erkenntnis, „dass man ganz essentiell helfen kann“<sup>81</sup> bei einigen Studierenden eine Rolle bei der steigenden Studienmotivation.

Die obigen Erläuterungen zeigen, dass die Studierenden in den Gruppengesprächen nicht von linear steigender oder sinkender Motivation im gesamten Studienverlauf berichteten, sondern bei den meisten Phasen stärkerer und Phasen schwächerer Motivation zu beobachten sind. In den oben herangezogenen Aussagen lässt sich eine steigende oder sinkende Gesamttendenz ableiten, insbesondere im Vergleich zwischen dem vorklinischen und dem klinischen Abschnitt des Studiums. Einige Studierende gingen ausdrücklicher auf das ‚Auf und Ab‘ der Studienmotivation im Zeitverlauf ein.<sup>82</sup> Auch hier lässt sich die Lernphase unmittelbar vor dem Physikum und ihre psychischen Nachwirkungen als verbreiteter Tiefpunkt der Motivation ausmachen.<sup>83</sup>

### 4.3 Leitfragen 3 und 4

Bereits während der Gruppengespräche zeigte sich bei der Beantwortung der dritten und vierten Leitfrage, dass die ‚motivierenden Faktoren‘ und die ‚demotivierenden Faktoren‘ eng miteinander verbunden sind. Nicht selten war das genaue Gegenteil oder Fehlen motivierender

---

<sup>79</sup> SJ2/B4/P146; SJ3/C1/P69; SJ3/C4/P82; SJ3/C5/P69; SJ4/D4/P83; SJ4/D5/P92; SJ4/D6/P93; SJ6/G2/P79; SJ6/G4/P89. Für eine Aussage zum Anstieg der Motivation nach dem Physikum dadurch, dass man im klinischen Abschnitt „so nett empfangen“ worden sei und dass es da „gleich viel netter“ gewesen sei vgl. SJ5/E2/P97; ähnlich vgl. SJ6/G2/81.

<sup>80</sup> SJ2/B5/P198; SJ1/A1/P106.

<sup>81</sup> SJ6/G4/P89.

<sup>82</sup> SJ5/E4/P74.

<sup>83</sup> SJ3/C1/P61; SJ4/D3/P82.

Momente ein Grund für Demotivation. Daher erfolgt auch an dieser Stelle eine gemeinsame Darstellung der Ergebnisse. Aus den Antworten der Gesprächsteilnehmer und der Diskussionen lassen sich sieben Kategorien ableiten.

#### *A) Individueller Umgang mit dem Studium*

In der ersten Kategorie finden sich Aspekte zum individuellen Umgang mit dem Studium. Dabei wurden Vor- und Nachteile von ‚Freiräumen und Vorgaben‘ genannt. Insbesondere zu Beginn des Studiums wurden konkrete Vorgaben, z.B. im Sinne eines festen Stundenplanes<sup>84</sup> oder einer genauen Festlegung der Wochenziele<sup>85</sup>, positiv gesehen. Dennoch überwogen die kritischen Stimmen zu festen Vorgaben und es bestand der Wunsch nach mehr Freiheit beim Lernen. Dabei wurden genaue Festlegungen eher als ‚Fremdbestimmung‘ und zu starke ‚Verschulung‘ gesehen.<sup>86</sup> Die Studierenden wollten eigene Schwerpunkte setzen können, Wahlfächer belegen und sich den Lernstoff nach eigenem Ermessen ‚sinnvoll‘ einteilen.<sup>87</sup>

Sehr unterschiedlich wurde die Durchführung von Lernkontrollen und der damit verbundene Lerndruck beurteilt. Eine Gruppe von Studierenden war sich einig, dass Lerndruck für sie ein wichtiger Motivator sei. Das Wissen um eine anstehende Prüfung führe dazu, „am Ball [zu] bleiben“ und „kontinuierlich [zu] lernen“<sup>88</sup>. Stünde hingegen keine Lernkontrolle bevor, so führe dies zu geringerem Lerneinsatz: „wenn ich weiß, dass wird ein lockeres Praktikum und ich muss da nicht viel machen für, weil mich da keiner was fragt ... ich bin ja auch eher ein etwas faulerer Mensch ... ich würde mich da auch nicht darauf vorbereiten“.<sup>89</sup>

Eine andere Gruppe empfindet die durchgeführten Lernkontrollen hingegen als zu häufig und demotivierend. Dabei führe starker Lerndruck, insbesondere vor dem Physikum, sogar zu

---

<sup>84</sup> SJ1/A2/P362; SJ1/A3/P179, 181.

<sup>85</sup> SJ1/A1/P182; SJ1/A4/P186, 194, 196.

<sup>86</sup> SJ2/B4/P291; SJ5/E5/217; SJ5/E7/P213.

<sup>87</sup> SJ2/B1/152; SJ2/B4/P148, 291, 293; SJ3/C2/P253; SJ4/D7/212; SJ5/E1/P68.

<sup>88</sup> SJ4/D2/P386.

<sup>89</sup> SJ4/D6/P408.

Angst und körperlicher Erschöpfung. „Es war *alles*, es war *kaputt*-Sein, *Angst* haben ... [...] ich habe das auch körperlich gemerkt. Ich konnte dann teilweise ... vor dem Physikum habe ich sieben Kilo abgenommen.“<sup>90</sup> Gerade bei fleißigen Studierenden, die bereits von sich aus regelmäßig lernen, scheint der Lerndruck von Seiten der Universität und der Dozenten eher kontraproduktiv zu wirken. Dazu sagte ein Studierender: „Das Testat machst Du, damit Du die Berechtigung hast, eine Klausur zu schreiben. Eine Klausur schreibst Du, damit Du die Berechtigung hast, ein Physikum zu schreiben. Das demotiviert mich *total!* [...] Ich habe immer das Gefühl, mir wird laufend unterstellt, wenn man mich nicht zwingen würde, dann würde ich ja nicht lernen. Aber ich komme doch an die Uni, weil ich lernen will! Ich *will* doch unbedingt Ärztin werden.“<sup>91</sup> Später sagte dieselbe Person: „Ich habe das Gefühl, ich lerne nur noch aus Angst und nicht mehr, weil ich es wissen will.“<sup>92</sup> Einigkeit bestand darin, dass man im Berufsalltag des Arztes mit Stress und Druck konfrontiert sei und diesen Umgang erlernen müsse.<sup>93</sup> Jedoch sollte der Druck im Studium nicht noch „künstlich verstärkt“ werden.<sup>94</sup>

Ein anderer Aspekt, der von den Studierenden diskutiert wurde, beschäftigt sich damit, wie viel Zeit das Studium in ihrem Leben einnimmt. Nicht selten müsse man zugunsten des Studiums auf Freizeit oder andere Annehmlichkeiten verzichten.<sup>95</sup> Teilweise sei das Studium sehr „vereinnahmend“ und von einem „Studentenleben“ könne man nicht sprechen.<sup>96</sup> Auch sei es zeitlich schwierig, parallel zum Studium zu arbeiten.<sup>97</sup> Es kam zur Sprache, dass man im Medizinstudium eigentlich immer lernen könne und nie wirklich fertig würde.<sup>98</sup> Manche kommen

---

<sup>90</sup> SJ3/C5/P118.

<sup>91</sup> SJ2/B4/P254.

<sup>92</sup> SJ2/B5/P346.

<sup>93</sup> SJ2/B1/681; SJ2/B4/685; SJ2/B5/P678, 680, 686.

<sup>94</sup> SJ2/B5/P684.

<sup>95</sup> SJ1/A1/P212; SJ1/A6/P363; SJ3/C3/P172; SJ3/C5/P167.

<sup>96</sup> SJ5/E7/P118; SJ4/D1/P77; vgl. auch SJ5/E6/P121.

<sup>97</sup> SJ3/C1/P133; SJ3/C2/P130.

<sup>98</sup> SJ3/C1/P121; SJ4/D2/P79; SJ4/D3/P154.

dabei gut mit dem Wissen zurecht, „am Ende nicht alles [zu] können“.<sup>99</sup> Die Erkenntnis, bisherige Prüfungen erfolgreich absolviert zu haben, wurde als hilfreich bei dem Bemühen empfunden, hin und wieder ohne schlechtes Gewissen Freizeitaktivitäten zu genießen.<sup>100</sup> Auch wäre effektiveres Lernen möglich, wenn danach eine Pause zur Entspannung und als Belohnung eingeplant wäre.<sup>101</sup> Andere wiederum hätten bei jeder Pause ein schlechtes Gewissen und täten sich mit entspanntem ‚Nichtstun‘ schwer.<sup>102</sup> Medizin sei „so ein Studium, wo man theoretisch vierundzwanzig Stunden rund um die Uhr lernen könnte. Mir tun die armen Leute leid, die es versuchen! Also ich finde es bleibt einem die Zeit, die man sich nimmt.“<sup>103</sup> Ein Student sagte, dass es wichtig sei, Ruhephasen bewusst zu genießen, denn sonst „hat man einen Tag verschenkt, dann hat man ihn wirklich verschenkt! Dann hat man keine Ruhe gefunden, man hat sich nicht erholt und kann dann am nächsten Tag durchstarten, sondern dann hat man den Tag wirklich vergeudet.“<sup>104</sup>

Ein weiteres Thema, welches die Studenten beschäftigt, ist die Sorge um Überforderung, sei es im Studium, in Prüfungen oder im späteren Beruf. Dabei motiviere die Erfahrung, dass mit entsprechendem Einsatz die Studienziele zu erreichen seien.<sup>105</sup> Demotivierend wirke hingegen die Sorge, dass universitäre Veranstaltungen und Prüfungsinhalte nicht zwangsweise auf die Staatsexamina vorbereiten.<sup>106</sup> Auch äußerten sich manche Studierende sorgenvoll, dass man kaum etwas verpassen und nicht krank werden dürfe um das Lernpensum erfolgreich zu absolvieren.<sup>107</sup> Dabei könne man schnell zurückhängen, „wenn man noch ein persönliches Problem mitbringt oder jemand zu Hause ist krank oder man hat irgendwie eine Ablenkung

---

<sup>99</sup> SJ2/B3/P208; SJ4/D2/P79.

<sup>100</sup> SJ2/B2/P340.

<sup>101</sup> SJ1/A1/P214.

<sup>102</sup> SJ3/C1/P121; SJ3/C4/P124.

<sup>103</sup> SJ2/B5/P336.

<sup>104</sup> SJ2/B4/P377.

<sup>105</sup> SJ1/A2/P570; SJ1/A5/P112.

<sup>106</sup> SJ1/A1/P259, 261; SJ1/A3/P286.

<sup>107</sup> SJ1/A1/P364.



[...]“.<sup>108</sup> Auch wurde die Angst, nach dem Studium mit unzureichendem Wissen Verantwortung für Patienten übernehmen zu müssen, als demotivierend empfunden. Jedoch wurden derartige Sorgen von einzelnen Studierenden relativiert: Es gebe stets Möglichkeiten, Prüfungen nachzuholen – notfalls unter Inkaufnahme einer Verlängerung der Studienzeit.<sup>109</sup> Da man zudem auch im Berufsalltag kontinuierlich dazulerne, seien anfängliche Wissenslücken zu verschmerzen.<sup>110</sup>

### *B) Kontakt mit anderen Studenten*

Absolute Einigkeit bestand aus Sicht der Studierenden darin, dass der Kontakt mit Kommilitonen ein motivierender Faktor sei. Beispielsweise wurde das Austauschen von Informationen, wie in Lerngruppen, oder der Zusammenhalt im Semester als bereichernd und unterstützend empfunden.<sup>111</sup> Mit den Kommilitonen habe man in der Regel viele Gemeinsamkeiten und es sei gut möglich Anschluss zu finden, etwa im Rahmen von Mentorengruppen.<sup>112</sup> Gerade an einer Campus-Universität würde man sich immer wieder treffen und gemeinsam Veranstaltungen besuchen.<sup>113</sup>

### *C) Berufsaussichten*

Die dritte Kategorie beschäftigt sich mit den Berufsaussichten des Arztberufes. Überwiegend positiv beurteilt wurden dabei die Sicherheit und Flexibilität des Arbeitsplatzes sowie die Verdienstaussichten. Als Mediziner werde man gesucht und könne überall in Deutschland sowie im Ausland arbeiten.<sup>114</sup> Bezüglich des Verdienstes stand nicht die Chance auf außergewöhnlich hohe Einkünfte sondern die Möglichkeit der finanziellen Unabhängigkeit im Vorder-

---

<sup>108</sup> SJ1/A6/P402.

<sup>109</sup> SJ1/A3/P373; SJ1/A4/P403.

<sup>110</sup> SJ3/C1/P90; SJ3/C3/P92, 96.

<sup>111</sup> SJ4/D4/P201; SJ4/D5/P417; SJ5/E5/P295; SJ6/G1/P284; SJ6/G2/P79.

<sup>112</sup> SJ1/A4/P215; SJ1/A5/P490; SJ5/E1/P67.

<sup>113</sup> SJ5/E1/P256; SJ5/E4/P261.

<sup>114</sup> SJ4/D1/P75; SJ5/E1/P302; SJ5/E7/P305; SJ6/G1/P100; SJ6/G4/P101; SJ6/G5/P171.

grund.<sup>115</sup> Während sich mehrere Studierende kritisch zu der Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie äußerten, hatte ein weiterer in einer Praxisfamulatur eine gute Vereinbarkeit erlebt.<sup>116</sup>

Kritische Äußerungen überwogen in den Bereichen Arbeitsbelastung, Desillusionierung bezüglich des Arztberufes und Gesundheitspolitik. Insbesondere wurde der Berufsalltag von Assistenzärzten negativ erlebt: „Was ich noch echt demotivierend finde, ist einfach der ganze Ablauf in der Klinik. Dass man als Assistenzarzt wirklich morgens anfängt, abends bestimmt drei Überstunden macht und die Arbeit trotzdem nicht schafft und dann noch von oben einen auf den Deckel kriegt.“<sup>117</sup> Deutlich anders als erwartet würden Ärzte in der Realität wenig Zeit mit ihren Patienten verbringen, viel bürokratische Aufgaben erledigen und bei ihren Entscheidungen stark nach ökonomischen Gesichtspunkten entscheiden müssen.<sup>118</sup> Dazu sagte ein Student: „[ich] freue mich auch auf den Beruf an sich, obwohl ich sehr viel weniger blauäugig dran gehe, als noch vor dem Studienbeginn. Also, .. ich fand, da hat man sich das alles noch so *toll* vorgestellt und Menschen helfen und hier und da und jetzt merkt man, vor allen Dingen ist es, glaube ich, erst mal Stress in vielerlei Hinsicht. Also, wenn man viele Ärzte so sieht, die möchten, glaube ich, noch unheimlich viel mehr tun und sich noch viel mehr mit den Patienten auseinandersetzen, aber können vieles einfach zeitlich gar nicht [leisten]“.<sup>119</sup>

Auch wurde negativ erlebt, wie Ärzte mit der Zeit ihre Ideale verlieren und „abstumpfen“.<sup>120</sup> Aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen in der Klinik würden sich Mediziner zum Ei-

---

<sup>115</sup> SJ4/D1/P75; SJ5/E1/P5; SJ5/E2/P99. In diesem Zusammenhang muss jedoch das Phänomen der sozialen Erwünschtheit berücksichtigt werden: Der Wunsch, viel Geld zu verdienen, wird gesellschaftlich eher als egoistisch und unsozial wahrgenommen. Es ist daher davon auszugehen, dass solche Studierende, denen tatsächlich daran gelegen ist, diesen Wunsch im Rahmen des Gruppengesprächs eher verschweigen. Umgekehrt besteht die Möglichkeit, dass etwa der Wunsch, Menschen zu helfen, tendenziell verstärkt als Faktor der Studienmotivation bzw. der Studiengangwahl genannt wird, da dieser Wunsch gesellschaftlich hochgradig anerkannt ist.

<sup>116</sup> SJ1/A3/P110; SJ4/D6/P93; SJ4/D7/P96.

<sup>117</sup> SJ4/D6/P368.

<sup>118</sup> SJ1/A6/P147; SJ3/C1/P61; SJ5/E7/P213; SJ6/G1/77.

<sup>119</sup> SJ3/C1/P61.

<sup>120</sup> Bspw. SJ1/A6/P408, 416.

genschutz distanzieren und somit „hart“ und wenig „menschlich“ wirken.<sup>121</sup> Dazu sagte ein Student: „also ich finde das auf keinen Fall erstrebenswert, so einen Wall aufzubauen. Und natürlich sollte man versuchen, so viel wie möglich oder so nah wie möglich am Patienten zu arbeiten, aber ich glaube einfach, dass die Gegebenheiten das schwierig machen“. „Und das ist vielleicht [...] eine der Hürden, vor der man dann auch steht, wenn man irgendwann in der Klinik ist, dass man es schaffen muss ... gegen die Widerstände, sozusagen gegen die Windmühlen ... doch dann ein Mensch zu bleiben, der jemand anderem helfen will.“<sup>122</sup> Derartige Schwierigkeiten des Arztberufes würden im Studium nicht thematisiert, dabei wäre es wünschenswert um die zukünftigen Ärzte zu unterstützen und auf einen guten Umgang mit ihren Patienten vorzubereiten.<sup>123</sup> Schließlich wurde der gesundheitspolitische Einfluss auf die Medizin deutlich negativ beurteilt. Das Wissen von Ärzten würde wenig respektiert und ihnen würden unangebrachte Reglementierungen auferlegt, berichteten insbesondere solche Studierende, die als Arztkinder schon lange mit dem Berufsalltag von Medizinern in Kontakt sind.<sup>124</sup> In diesem Zusammenhang könne auch das „negative Gerede über die Zukunft“ die Motivation der Studenten beeinträchtigen.<sup>125</sup>

#### *D) Bestätigung*

Die vierte Kategorie (de-) motivierender Faktoren beschäftigt sich mit dem Thema ‚Bestätigung‘. Dabei geht es in der Unterkategorie ‚Fremdbestätigung‘ um Zuspruch von außen, wie beispielsweise durch gesellschaftliches Ansehen, positive Rückmeldungen von Patienten und Lehrenden oder Prüfungserfolge. In der zweiten Unterkategorie geht es hingegen um den Aspekt der ‚Selbstbestätigung‘.

Das ‚gesellschaftliche Ansehen‘ eines Arztes trage dazu bei, Mediziner werden zu wollen. Man könne mit seinem Wissen andere Menschen in gesundheitlichen Fragen beraten und er-

---

<sup>121</sup> Bspw. SJ1/A4/P413, 415; SJ1/A6/408.

<sup>122</sup> SJ1/A4/P423, 427.

<sup>123</sup> SJ1/A1/P433; SJ1/A2/P420, 422, 428, 439.

<sup>124</sup> SJ5/E1/P141; SJ5/E4/P137, 144; SJ5/E6/P123.

<sup>125</sup> SJ5/E1/P141.

führe Respekt für seinen Werdegang.<sup>126</sup> Auch lobende Worte von Patienten und von Dozenten würden motivierend wirken und in dem Gefühl bestätigen, „auf dem richtigen Weg“ zu sein.<sup>127</sup> Weiterhin war es den Studenten wichtig, nach größerem Lernaufwand eine entsprechend gute Prüfungsleistung als Belohnung zu erreichen. Würden beispielsweise nur sehr spezielle Fragen gestellt, die trotz intensiver Vorbereitung nicht zu beantworten wären, würden andere Inhalte abgefragt, als angekündigt oder würden Prüfer sehr unterschiedliche Maßstäbe zur Benotung ansetzen, so käme es zu Frustration.<sup>128</sup>

Wichtige Motivatoren im Medizinstudium sind weiterhin Aspekte, die sich in der Unterkategorie ‚Selbstbestätigung‘ zusammenfassen lassen. Dazu zählt nach einer gewissen Zeit des Studiums die innere Bestätigung, sich für den richtigen Studiengang entschieden zu haben.<sup>129</sup> Andere Studierende nannten als wichtigen Treiber ihrer Motivation den oben bereits thematisierten „Durchhaltewillen“.<sup>130</sup> Dabei käme es für sie nicht in Frage, ein begonnenes Studium abzubrechen: „was man angefangen hat, das muss man auch fertig machen!“<sup>131</sup> Andererseits fanden sich unter den Gesprächsteilnehmern auch solche, die sich einen Studienabbruch durchaus hätten vorstellen können, wenn ihnen das Studium nicht gefallen hätte. Jene Studierenden mit einer derart offenen Einstellung zum Studium und zum möglichen Studienabbruch zeigten sich insgesamt verhältnismäßig zufrieden.<sup>132</sup>

Mehrere Studierende beschrieben es als motivierend, ihre eigene Lernstruktur gefunden zu haben, mit der sie merkliche Lernfortschritte innerhalb der großen Fülle von medizinischem Wissen verzeichneten.<sup>133</sup> Besonders stark sei dieser positive Effekt in Momenten, in denen

---

<sup>126</sup> SJ2/B4/P752, 763; SJ5/E5/P306; SJ6/G2/P79.

<sup>127</sup> SJ4/D7/P95; SJ5/E3/P279; SJ6/G1/P266.

<sup>128</sup> SJ2/B2/P443, 445; SJ2/B5/P441; SJ3/C6/P284; SJ4/D1/P215, 217, 219; SJ4/D7/P225.

<sup>129</sup> SJ2/D2/P79; SJ4/D6/P93; SJ5/E3/P89.

<sup>130</sup> SJ2/B3/P245; SJ2/B5/P198; SJ4/D6/P93.

<sup>131</sup> SJ2/B5/P198.

<sup>132</sup> SJ1/A4/P34, 62; SJ1/A5/P127, 129.

<sup>133</sup> SJ1/A2/P264; SJ5/E5/P331; SJ6/G2/P79; SJ6/G4/P276; SJ6/G5/P127.

während des Lernens plötzlich neue Verknüpfungen erkannt würden und ein größerer Zusammenhang verstanden würde.<sup>134</sup>

In anderen Gesprächsbeiträgen zeigte sich, wie wichtig es den Studierenden ist, eigenverantwortliche Arbeit in der Klinik zu leisten. Dabei solle es um die Erledigung von sinnvollen Aufgaben gehen, die im Klinikalltag gebraucht und zu einer Entlastung des Klinikpersonals führen würden.<sup>135</sup> Daran anschließende Wertschätzung und Lob vonseiten der Klinikmitarbeiter würde seinerseits wieder motivierend wirken. Das Gefühl Verantwortung zu übernehmen, in die Arbeitsabläufe eingebunden zu sein und geschätzt zu werden, wäre sehr motivierend und würde verhindern als Student „nur daneben zu stehen“. Solche positiven Arbeitserfahrungen sammelten die Studierenden beispielsweise im Praktischen Jahr oder bei Tätigkeiten wie dem ‚Blutentnahmedienst‘<sup>136</sup> in der Inneren Medizin oder dem ‚vierten Dienst‘<sup>137</sup> der chirurgischen Abteilung.<sup>138</sup> Hingegen äußerten sich insbesondere Studierende höherer Semester kritisch darüber, dass die studentische Mitarbeit weitgehend eine geringe Akzeptanz in der Klinik erführe.<sup>139</sup> Nicht selten bestünde das Gefühl „den größten Teil des Studiums tatsächlich für ... minderwertig gehalten [zu werden]“. Die Studenten dürften häufig nur einfache Tätigkeiten ausführen, die auch Laien ohne medizinische Vorkenntnisse mit einer kurze Einweisung hätten übernehmen können.<sup>140</sup>

---

<sup>134</sup> Bspw. SJ2/B1/P394, 396; SJ2/B4/P474, 789, 791, 793; SJ5/E7/P322.

<sup>135</sup> SJ4/D2/P335, 337, 342, 344; SJ6/G6/P92, 95.

<sup>136</sup> Im ‚Blutentnahmedienst‘ unterstützen Studierende in den frühen Morgenstunden die Blutentnahmen auf den internistischen Stationen. Dabei werden sie als studentische Hilfskräfte vergütet.

<sup>137</sup> Der ‚vierte Dienst‘ ist von Studierenden höherer Fachsemester besetzt und unterstützt die diensthabenden Ärzte der chirurgischen Abteilung. Die Studierenden erledigen beispielsweise Blutentnahmen, legen Zugänge oder assistieren in OP und Notaufnahme. Auch hier erfolgt eine Vergütung als studentische Hilfskraft.

<sup>138</sup> SJ5/E1/P78, 80, 82, 84; SJ5/E4/P74; SJ6/G1/P279.

<sup>139</sup> SJ5/E1/P145; SJ6/G4/189.

<sup>140</sup> SJ5/E1/P145.

Weiterhin empfanden die Studenten eine ‚Bestätigung von innen‘, wenn sie sich berufsrelevante Inhalte aneignen. Gehe es beispielsweise um das Erlernen der Anwendungsgebiete von Antibiotika oder die Auswertung von Elektrokardiogrammen und Blutbildern, so sehen die Studierenden den unmittelbaren Nutzen für ihre spätere Tätigkeit.<sup>141</sup> Wird hingegen nicht deutlich, in welchem Bereich die Lerninhalte später Anwendung finden oder von Bedeutung sind, so gehe wertvolle Lernmotivation verloren<sup>142</sup>: „den Zitratzyklus auswendig zu lernen, das macht für mich überhaupt keinen Sinn, wenn ich nicht weiß, wozu das irgendwann mal nützlich ist!“<sup>143</sup> Ebenfalls wurde die Fokussierung auf Grundlagenfächer in der Vorklinik negativ beurteilt. Diese würden zumeist von (Bio-) Chemikern, Biologen und Physikern gelehrt, ohne dass ein medizinischer Bezug hergestellt würde. Klinisch tätige Ärzte könnten hingegen den praktischen Bezug aufzeigen und für den Alltag in der Medizin relevante Themen auswählen.<sup>144</sup> Aber auch im klinischen Abschnitt des Studiums bemängelten die Studenten die wenig praktische Ausrichtung ihrer Ausbildung und sind diesbezüglich mit ihrem eigenen Können unzufrieden. „Auf der anderen Seite finde ich aber auch [...] mich selbst demotivierend“, „also nach diesen vier Jahren Studium [...] kann [ich] nicht vernünftig ein EKG lesen oder ich weiß nicht, wie ich ein gebrochenes Bein schiene, wenn jemand auf der Straße vom Rad gefallen ist [...]. Dafür weiß ich irgendwelche molekulargenetischen Geschichten, die ich in Biochemie fünfhundert Mal auswendig gelernt habe. ... Das wird den auf dem Boden aber nicht interessieren. Das finde ich ... in gewisser Weise weltfremd. Also klar, es gibt in diesem Studium die einen, die praktisch arbeiten, und die anderen, die wissenschaftlich arbeiten, nur ... die Mehrzahl wird, glaube ich, doch praktisch arbeiten [...]“.<sup>145</sup> Die Studierenden möchten bereits im Studium in Praxisabläufe einbezogen werden und praktische Fähigkeiten erlernen. Sie kritisierten sowohl den zu geringen Praxisanteil ihres Studiums als auch die mangelnde

---

<sup>141</sup> Bspw. SJ2/B2/P140; SJ2/B5/P774, 776, 778.

<sup>142</sup> Bspw. SJ2/B4/P177, 179, 181; SJ3/C1/P152.

<sup>143</sup> SJ2/B1/P152.

<sup>144</sup> SJ2/B1/P172; SJ2/B3/P399, 401, 404.

<sup>145</sup> SJ5/E6/146.

Verknüpfung von Theorie und Praxis.<sup>146</sup> Erst wenn sich passives Wissen aus Vorlesungen tatsächlich in der Praxis anwenden lässt, scheint ein zufriedenstellendes Lernergebnis mit einer neuen Dimension des Wissens zu entstehen. Auch sagte ein Studierender aus dem sechsten Studienjahr: „Ich fand auch mit der Theorielastigkeit, das hat mich .. sehr demotiviert im Studium, einfach weil ich mir Sachen, wenn ich [...]. Ich kann sie fünfmal auswendig lernen, ich kann es mir einfach nicht merken und ich glaube, wenn ich das einmal sehen würde, dann könnte ich es mir eben merken (*leise Zustimmung*). Und da ist, ich habe so viel Zeit damit verbracht, irgendwas zu lernen, was ich jetzt nicht mehr weiß, und das, .. das hat mich *so* demotiviert irgendwann, weil ich gemerkt habe, ich lerne und lerne und lerne und es bleibt nichts hängen und ich glaube, wenn man .. einfach mehr in der Klinik gewesen wäre und auch gemerkt hätte, was ist wichtig und was ist unwichtig, .. da hätte ich mir ziemlich viel Frust ersparen können“.<sup>147</sup>

Obwohl also Einigkeit darüber besteht, möglichst viele Lerninhalte mit deren praktischer Bedeutung zu verbinden und die praktische Anwendung zu üben, wurde in einigen Gesprächsbeiträgen deutlich, dass insbesondere Laborpraktika teilweise zu wenig Wissenszuwachs bei hohem personellen und finanziellen Aufwand führen.<sup>148</sup> „was wir an Pipettenspitzen verbrauchen. Ich will nicht wissen, was die kosten! [...] Es könnte einer vormachen, das erklären und ich würde das sehen und verstehen, was er macht. In dem Moment habe ich schon viel mehr gelernt, als wenn ich alles zack, zack zusammen kippe und gar nicht weiß, was passiert“.<sup>149</sup>

Auf der anderen Seite kommt einhellig der sehr motivierende Kontakt mit Patienten zu kurz. Zum Beispiel in Vorlesungen würde sich die Vorstellung eines Patienten gut als Einstieg in ein Thema eignen. Dabei sei es sinnvoll, zunächst „die Krankheit aus Sicht der Betroffenen“<sup>150</sup> vorgestellt zu bekommen und danach die entsprechenden Grundlagen zu lernen. Durch

---

<sup>146</sup> SJ3/C3/P176; SJ5/E4/P149; SJ6/G1/P113; SJ6/G3/P103.

<sup>147</sup> SJ6/G5/P127.

<sup>148</sup> SJ1/A3/P498; SJ1/A4/P515, 517; SJ2/B1/P666, 668, 670, 672.

<sup>149</sup> SJ2/B1/P717, 721.

<sup>150</sup> SJ3/C1/P213.

diese Verbindung des persönlichen Erlebens eines Patienten mit der Lehre eines Krankheitsbildes würde das Lernen deutlich erleichtert und das Interesse der Lernenden gefördert.<sup>151</sup> Da der Wunsch, ‚Kontakt mit Menschen‘ zu haben und ihnen ‚helfen‘ zu wollen ein häufiges Motiv bei der Studienwahl darstellt, empfinden viele Studenten den Patientenkontakt im Studium motivierend. Dazu sagte ein Student: „wenn man dann einen Patienten vor sich hat, das gibt einem dann wieder einen Schub und man weiß, ‚okay, das will ich ja eigentlich machen‘“.<sup>152</sup>

Besonders motivierend im Kontext der Selbstbestätigung sei es weiterhin, ein konkretes (Berufs-) Ziel vor Augen zu haben. Dies kann beispielsweise das Physikum, der Studienabschluss oder der Beginn einer Facharztausbildung sein. Damit ließen sich auch „Durststrecken“ und Zeiten von „Entbehrungen“ im Studium überstehen.<sup>153</sup>

#### *E) Lehre*

Die fünfte Kategorie (de-) motivierender Faktoren beschäftigt sich mit dem Thema Lehre. In der ersten Unterkategorie nannten einige Studierende den Wunsch nach einer fundierten Ausbildung in der Gesprächsführung. Die psychologische Betreuung der Patienten, wie beispielsweise die Aufklärung über eine schwerwiegende Diagnose, müsse erlernt werden.<sup>154</sup> „Das ist mir auch ganz oft aufgefallen, dass Ärzte dieses Gespräch, vielleicht weil wir nicht genug geschult wurden im Studium, gemeine [i.S.v. schwierige] Situationen versuchen zu umgehen. Also, das hat mich auf der Krebs-Station, auf der ich war, sehr beeindruckt, dass die Ärzte sehr *ehrlich* mit den Patienten umgegangen sind, das war teilweise furchtbar, diese Patienten zusammenbrechen zu sehen, aber dann hatten sie es begriffen. Und ich habe oft auch Ärzte kennengelernt, die diese Situation umgangen sind, die es nicht wollten und deswegen es schöner geredet haben, als es ist, aber den Patienten damit auch *überhaupt* nicht geholfen haben.“<sup>155</sup> Ein anderer Student berichtete von seinen Erlebnissen aus einem Krankenhausprakti-

---

<sup>151</sup> Bspw. SJ3/C6/P80; SJ6/G6/P83.

<sup>152</sup> SJ3/C4/P84.

<sup>153</sup> SJ1/A4/P143; SJ4/D1/P75, 77; SJ5/E3/P95; SJ5/E4/P76.

<sup>154</sup> SJ3/C1/P61; SJ6/G2/P269; SJ6/G6/P117.

<sup>155</sup> SJ6/G2/P269.



kum, welches er vor dem Studium absolviert hatte. Dabei seien die jungen Ärzte „so derartig überfordert [gewesen] [...] die wussten überhaupt nicht, wie die mit denen [den Patienten] reden sollen. Da war ein Mann, der hat gedacht, er hätte jetzt einen Herzinfarkt und muss sterben, und die haben den angeschrien ‚Jetzt beruhigen Sie sich doch mal‘, wo ich dann dachte, ja prima! ... Und dann habe ich gedacht: ‚mh, also wenn man da nicht von Natur dafür begabt ist, mit den Menschen ein bisschen umzugehen, das scheint man im Studium ja auch nicht zu lernen‘.“<sup>156</sup> Auch wurde aus mehreren Gesprächsbeiträgen ersichtlich, dass das Thema der Stressbewältigung im Arztberuf häufiger im Studium besprochen und über Wahlfächer hinaus in das Pflicht-Curriculum aufgenommen werden sollte.<sup>157</sup>

In der Kategorie Lehre finden sich auch Gesprächsbeiträge zum Aspekt der Benotung. Dabei wurde von einigen Studierenden bemängelt, dass die „Notenstruktur“ keinen guten Anhalt über den Stand des persönlichen Lernstandes geben würde.<sup>158</sup> Das Gefühl, dass Prüfer eine gewisse Anzahl von Studierenden absichtlich durchfallen ließen oder die Notenvergabe gerade in mündlichen Prüfungen wenig objektiv sei, führe nicht selten zu Demotivation.<sup>159</sup> Ein Student gab unter Zustimmung zu bedenken, dass es für die Prüfer schwierig sei, sich innerhalb sehr kurzer Zeit ein umfassendes Bild des studentischen Wissenstandes zu machen. Ein solches Bild sei jedoch Grundlage einer fairen Benotung. Daher wäre eine Unterscheidung zwischen ‚bestanden‘ und ‚nicht bestanden‘ häufig sinnvoller als eine differenzierte Notenvergabe.<sup>160</sup>

Viel diskutiert wurden auch die Prüfungsformen. Dabei sei das Durchführen von Lernkontrollen mit sehr detaillierten Multiple-Choice-Fragen fern der Realität und führe zu einem weitgehend „passiven“ Wissen.<sup>161</sup> „Du hast dann zwar sechs Jahre lang schön immer Dein Kreuz-

---

<sup>156</sup> SJ2/B5/P82, 87.

<sup>157</sup> Bspw. SJ1/A1/P429.

<sup>158</sup> SJ4/D7/P95; SJ6/G1/P133, 141.

<sup>159</sup> Bspw. SJ3/C2/P169; DJ4/D6/P229.

<sup>160</sup> SJ4/D4/P249, 251.

<sup>161</sup> Bspw. SJ2/B2/P297, 299; SJ2/B4/P449, 451; SJ4/D7/P95; SJ5/E5/201.

chen gemacht, schön auswendig gepaukt, aber hast von der Praxis gar keine Ahnung.“<sup>162</sup> Überwiegend empfinden die Studierenden die Vorbereitung auf mündliche Prüfungen als sinnvoll, da zumeist das Lernen von Zusammenhängen und nicht von Details erwartet würde. Wie bereits beschrieben sei dabei jedoch die prüferabhängige Benotung problematisch.<sup>163</sup> Als Alternative wurde das freie Beantworten von sogenannten ‚Short-Answer-Questions‘ genannt. Zwar sei die Korrektur dieser Prüfungsform aufwändiger als bei Multiple-Choice-Fragen. Dafür würden weniger Details abgefragt, die Fragen wären – anders als in mündlichen Prüfungen – für alle Studenten gleich und mithilfe von Musterlösungen wäre die Bewertung weniger subjektiv als in mündlichen Prüfungen.<sup>164</sup> Auch wurde kritisch angemerkt, dass zu viele Prüfungen am Ende des Semesters stattfänden. Lernkontrollen nach einzelnen Blöcken auch innerhalb des Semesters würden zu einer Entzerrung führen.<sup>165</sup> „Ich hatte am Ende des fünften Semesters, ich glaube, acht Klausuren und ich habe mir wirklich jeden Tag was Neues schnell in den Kopf gehauen“. <sup>166</sup> Solches Wissen stünde nur kurzfristig zur Verfügung und führe zu Unzufriedenheit.

Weitgehend unabhängig von einzelnen Prüfungsformen haben viele Studierende die Vorgabe eindeutiger Lernziele als positiv und letztlich motivierend beschrieben. Im Kursverlauf Vorgaben zu bekommen, welche Teilthemen für eine erfolgreiche Prüfung beherrscht werden müssen, welche beherrscht werden sollten und welche (lediglich) als Ergänzung zu betrachten sind, sei bei der Prüfungsvorbereitung äußerst hilfreich.<sup>167</sup> Auch in Prüfungen selbst seien eine Explikation dessen, welches Wissen von den Prüflingen erwartet wird sowie eine dementsprechende Notenvergabe motivierend.<sup>168</sup> Äquivalent zu diesen studienbezogenen Überlegungen zum Zusammenhang zwischen der Vorgabe von Lernzielen und der Studienmotivation wurde

---

<sup>162</sup> SJ2/B1/P162.

<sup>163</sup> SJ3/C5/P318, 320; SJ4/D6/P229.

<sup>164</sup> SJ4/D7/P271; SJ6/G4/161; SJ6/G6/P162.

<sup>165</sup> SJ4/D7/P207, 212.

<sup>166</sup> SJ4/D7/P205.

<sup>167</sup> SJ1/A1/P182; SJ1/A3/P183; SJ1/A4/P186; SJ2/B5/P429-433, 437; SJ4/D7/P419; SJ6/G5/P252.

<sup>168</sup> SJ4/D7/P421.

beschrieben, dass eine „Statuserhebung“ des aktuellen studentischen Wissensstandes und eine entsprechende Betreuung auch in Famulaturen und in PJ-Tertialen motivierend wirken könnten.<sup>169</sup> Eine einheitliche Bewertung, inwieweit die beschriebene Explikation von Lernzielen tatsächlich stattfindet, lässt sich aus den Aussagen der Studierenden nicht ableiten, da die Einschätzungen hier deutlich variieren.

Weiterhin wurde häufig die positive Motivationswirkung von Unterricht in Kleingruppen angesprochen. Gerade an einer kleinen Universität wie in Lübeck wären überschaubare Gruppengrößen die Regel und ermöglichten eine persönliche Betreuung.<sup>170</sup> Nicht zufrieden waren die Studierenden hingegen mit dem Unterricht in (zu) großen Gruppen: „Wir waren einfach extrem viele Leute. Wir standen neulich im U-Kurs mit fast zwanzig [Studenten] im Frühchenzimmer rum, wo natürlich jeder einmal auf's Herz hören wollte und ... man kann dem Patienten das eigentlich fast nicht mehr zumuten.“<sup>171</sup> Auch wurde der Einsatz von studentischen Tutoren aus höheren Semestern positiv bewertet, diese wären „noch näher“ an den Studenten, würden sich auch Zeit für Wiederholungen und „dumme Fragen“ nehmen.<sup>172</sup> Zustimmung fand der Vorschlag eines Studenten, dass jeder Studierende einem Arzt in der Klinik zugeteilt werden solle, der den Lernfortschritt langfristig begleiten und somit besser beurteilen und unterstützen kann.<sup>173</sup>

Auch ist den Studierenden ein nachvollziehbarer Aufbau des Curriculums wichtig. Die Reihenfolge der Lerninhalte bzw. der Fächer solle gut abgestimmt und ein „roter Faden“ erkennbar sein. Dabei fanden sich überwiegend positive Äußerungen über das Curriculum der Vor-klinik<sup>174</sup> und Kritik am klinischen Studienaufbau: „in der Klinik [...] ist mir dieses große Konzept nicht ersichtlich geworden und ich fand auch nicht, dass es einem [...] zugetragen

---

<sup>169</sup> SJ6/G1/P193.

<sup>170</sup> Bspw. SJ1/A2/P544; SJ1/A5/P532; SJ2/B4/P598; SJ3/C1/P242.

<sup>171</sup> SJ3/C5/P243.

<sup>172</sup> SJ1/A3/P556; SJ1/A6/P520.

<sup>173</sup> SJ3/C6/P287; SJ5/E4/P149.

<sup>174</sup> SJ1/A2/P202; SJ5/E3/P184.

wurde, dass da irgendwie ein sinnvoller Aufbau dahinter steht [...] im Nachhinein [kommt es mir] mehr vor, wie ein Abhaken der verschiedenen Aspekte, die laut irgendeiner Vorschrift, Approbationsordnung oder was auch immer, erfüllt werden müssen.“<sup>175</sup> Nicht selten würden Vertreter ‚kleiner Fächer‘ im klinischen Abschnitt die Wichtigkeit ihrer Fachgebiete für die medizinische Ausbildung überschätzen und Spezialwissen vermitteln wollen, obwohl ein Großteil der Studenten später wenig mit dieser Fachrichtung zu tun habe. Sinnvoller wäre hierbei die Vermittlung von Grundlagen.<sup>176</sup> Der Lernaufwand der Studierenden für einzelne Fächer werde in der Praxis eher vom Umfang der jeweiligen Prüfungen bestimmt als von der tatsächlichen relativen Bedeutung der Fächer für die ärztliche Ausbildung.<sup>177</sup> Auch müssten sich die Vertreter unterschiedlicher Fachrichtungen in Hinblick auf Überschneidungen regelmäßig austauschen. Dabei könnten fächerübergreifende Verknüpfungen deutlich gemacht werden.<sup>178</sup>

Als Vorteil des Medizinstudiums in Deutschland wurde fast einhellig die breit gefächerte Ausbildung genannt. Man könne sich nach dem Studium für eine Spezialisierung im Sinne einer Facharztausbildung entscheiden und habe trotzdem Grundlagenwissen in anderen Fächern. Dies würde jederzeit einen Wechsel der Fachdisziplin erlauben und eine ‚ganzheitliche‘ Behandlung der Patienten begünstigen.<sup>179</sup>

Vielfach wurde von den Studenten die Vermittlung von Spezialwissen anstelle von Grundlagen kritisiert.<sup>180</sup> Das Wissen, welches man für die Beantwortung von Multiple-Choice-Fragen brauche, sei „weit weg von der Realität. Also, da beschäftigt man sich wirklich mit Kleinkram, mit Dingen, die man nie braucht, und man hat das Gefühl, dafür geht Gehirnraum weg für

---

<sup>175</sup> SJ5/E3/P184.

<sup>176</sup> SJ4/D7/P200; SJ6/G2/P194.

<sup>177</sup> SJ2/B1/P193, 195; SJ3/C2/P173; SJ3/C3/P174.

<sup>178</sup> Bspw. SJ2/B3/P381, 385, 387.

<sup>179</sup> SJ2/B3/P492, 494; SJ2/B4/P229; SJ4/D1/P169; SJ4/D6/P174; SJ4/D7/P145.

<sup>180</sup> Bspw. SJ4/D4/P318; SJ6/G6/P83; SJ6/G1/P196.

Wichtiges.“<sup>181</sup> Insgesamt würde in Klausuren an der Universität und vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in den Staatsexamina nach Details gefragt werden, die für den Berufsalltag kaum eine Rolle spielten. Dabei würde die Vermittlung von Grundlagen und großen Zusammenhängen vernachlässigt. Eine anfängliche Vermittlung von orientierendem Grundlagenwissen sei Voraussetzung für eine systematische Aneignung von Spezialwissen. Diese müsse unter Berücksichtigung der jeweiligen klinischen Relevanz erfolgen.<sup>182</sup> Zwei Studierende sahen die Vermittlung von Spezialwissen weniger problematisch, da man viele Details wieder vergessen würde und somit am Ende eine Art Grundwissen bleibe. Auch habe ein Dozent erläutert: „Sie müssen das jetzt nur so doll lernen, weil wir genau wissen, dass Sie davon fünfzig Prozent wieder vergessen, damit Sie nachher die wichtigen fünfzig Prozent auch im Kopf haben.“<sup>183</sup>

Die Präsentation von Inhalten insbesondere in Vorlesungen wurde von mehreren Studienteilnehmern bemängelt. Dabei wären die Folien in Power-Point-Präsentationen häufig wenig systematisch gegliedert. Die Studenten wünschten sich „nicht so viele Folien, weil in zwei Stunden sollte man nicht so viel Wissen gegen den Kopf geschmissen bekommen, dass man danach erschlagen ist“. Vielmehr solle man schon während der Veranstaltung etwas lernen.<sup>184</sup> Auch würden oft Frontalvorträge gehalten ohne die Studenten einzubinden. In vielen Fällen merke man den dozierenden Ärzten den Mangel an pädagogisch-didaktischer Ausbildung deutlich an.<sup>185</sup>

#### *F) Lehrende*

Die sechste und vorletzte Kategorie (de-) motivierender Faktoren widmet sich den Lehrenden selbst. Dabei wurde thematisiert, welchen Umgang sich die Studierenden wünschen und welche Eigenschaften die Lehrpersonen mitbringen sollten um die Studenten möglichst stark zu

---

<sup>181</sup> SJ6/G2/P163.

<sup>182</sup> Bspw. SJ2/B5/P421; SJ3/C1/P217.

<sup>183</sup> SJ3/C6/P164; SJ4/D2/P173.

<sup>184</sup> Bspw. SJ3/C1/P181; SJ3/C4/P207.

<sup>185</sup> SJ3/C2/P216; SJ5/E7/P215.

motivieren. Auch wurde angesprochen, welche Probleme aus studentischer Sicht einer mangelhaften Betreuung zugrunde liegen. Sehr demotivierend empfinden Studierende eine unfreundliche Behandlung durch Dozenten oder Ärzte. Dabei führen negative persönliche Erlebnisse mindestens zu Demotivation, schlimmstenfalls sogar zu Angst.<sup>186</sup> Auch bemängelten die Studenten, sich im Klinikalltag auf den Stationen nicht selten „unwillkommen“ zu fühlen.<sup>187</sup> „Das demotiviert mich sehr, muss ich sagen, dass ich mich nicht willkommen fühle als jemand, der das Recht hat, da zu sein [...] und das auch nicht unbedingt freiwillig macht, sondern dieses Blockpraktikum genau an dem Tag deswegen macht, weil das mein Plan vorsieht, sondern dass man da ankommt und [...] auch von den Ärzten zum Teil nicht mal angeguckt wird und nicht mal irgendwie ‚Hallo‘ wird einem gesagt. Und dann gehen sie einfach weg und dann steht man da.“<sup>188</sup> Ein Kommilitone aus dem fünften Studienjahr erinnert sich ausführlich an „die Vorklinik, die ich ... fürchterlich fand. ... Ich wusste zwar, dass es so wird, aber dass es so fürchterlich wird, hätte ich nicht gedacht. ... Zumal oder was ... ein großer Teil war da für mich einfach auch der Umgang der Dozenten mit einem. Also ich hatte echt *nur* das Gefühl, dass es darum geht, die Leute rauszuprüfen .. oder irgendwie fertig zu machen. Ich nenne hier keine Fächer, aber ... (*Gelächter*) ... Das fand ich echt, das fand ich ganz schlimm, ... weil ich auch und das ist jetzt leider auch noch so, nicht ganz so ... tiefgreifend, aber ich hatte nie wirklich das Gefühl, dass die Leute, deren Aufgabe es eigentlich war, auch *gerne* einem was beibringen, also nicht alle natürlich, aber so die Mehrheit, würde ich schon sagen, ... sehen das Lehren, also leider jetzt auch in der Klinik, eher als Klotz am Bein, als wirklich Teil ihres Jobs, was es ja nun mal *ist*. Das finde ich sehr schade, weil ich glaube, auch dadurch kann man sehr viel Motivation bei den Lernenden fördern. Und dass es natürlich keinerlei Motivation bringt, durch irgendwelche Säle zu schreiten und sich Leute rauszusuchen, die man dann raustestiert, das ist außer Frage.“<sup>189</sup>

---

<sup>186</sup> SJ1/A4/P301, 305; SJ3/C5/P109; SJ5/E6/P121.

<sup>187</sup> Bspw. SJ4/D6/P368; SJ5/E7/P215.

<sup>188</sup> SJ4/D1/P279.

<sup>189</sup> SJ5/E6/P121.

Als eine wichtige Eigenschaft von Lehrenden wird deren Interesse am studentischen Lernfortschritt genannt: „was mich sehr motiviert, ist, wenn ich das Gefühl habe, der Lehrende hat ein Interesse daran, mir was beizubringen. Er ist überzeugt von dem, was er tut, er sieht die Wichtigkeit darin [...]. Es gibt so ein paar, die haben einfach die Fähigkeit, Dich da abzuholen, wo Du bist und herauszufinden, wo Du ungefähr stehst, Dich einzubinden und Dich dann ein ganzes Stück weiter nach vorne zu tragen.“<sup>190</sup> Weiterhin fanden Studenten es sehr wichtig, dass Lehrende die Inhalte gerne und engagiert vermitteln und sich auf den Unterricht vorbereiten. Dies könne sogar vermeintlich uninteressante Fächer interessant machen.<sup>191</sup> Würde hingegen die „Vorlesung auf einem Speicher-Stick [...] irgendeinem Assistenzarzt in die Hand [ge]drückt und [ge]sagt ‚Geh’ mal hin, mach’ das mal’ [...] und der kommt dann und hat das noch nie gesehen und muss das dann erzählen“, komme es zu den „fürchterlichsten Vorlesungen überhaupt [...]“.<sup>192</sup> Obwohl die Studierenden durchaus Verständnis für derartige Einzelsituationen haben, da es im Krankenhaus häufig zu Notfällen käme, müssten sie Ausnahmen bleiben.<sup>193</sup> Ein Student berichtete von einem Chirurgen, der erzählt habe, dass er „für die Facharztprüfung *nicht* lernen [musste], weil er dauernd mit Studenten beschäftigt war, hat denen was erklärt und musste das von A nach Z durchbeten: Symptome, Diagnostik, Therapie, blabla. Und da denke ich, das müsste von mehr Ärzten kommen, dass sie sich mit Studenten hinsetzen und das nicht als Arbeit, als Mühe sehen, sondern einfach, dass sie davon selbst auch profitieren.“<sup>194</sup> Auch wurde deutlich, dass Studierende es den Dozenten positiv anrechnen, wenn diese auf konstruktive Verbesserungsvorschläge in einer Evaluation mit Veränderungen reagieren.<sup>195</sup>

Als Gründe für eine ungenügende Betreuung nannten Studierende einen Konflikt zwischen Forschung und Lehre, Zeitmangel und Organisationsdefizite. Den Studenten ist bewusst, dass

---

<sup>190</sup> SJ4/D3/P394, vgl. auch SJ4/D7/P421; SJ6/G4/P189.

<sup>191</sup> SJ1/A4/P545; SJ3/C1/P239; SJ3/C6/P80; SJ5/E3/P184, 185; SJ6/G1/P193.

<sup>192</sup> SJ6/G4/P214.

<sup>193</sup> SJ5/E3/P184.

<sup>194</sup> SJ6/G3/P172.

<sup>195</sup> Bspw. SJ6/G2/P222.

Forschung und Lehre an einem Universitätsklinikum eine starke Belastung neben der Patientenversorgung darstellen. Erfolge in der Forschung ließen sich deutlich besser messen und seien für berufliches Fortkommen wichtiger als ‚gute‘ Lehre und zufriedene Studenten. Daher würde der Lehre in der Regel weniger Bedeutung beigemessen, es sei denn bei den Ärzten bestünde eine starke, persönliche Motivation für Lehre. Auch merkten die Studenten an, dass gute Forscher nicht zwangsweise gute Lehrende seien.<sup>196</sup> Des Weiteren müssten im Klinikalltag häufig Assistenzärzte die Lehre und Einbindung der Studenten auf den Stationen übernehmen, diese hätten jedoch kaum Zeit neben der Patientenversorgung. Das führe bei den Studenten nicht selten zu dem Gefühl der „Unerwünschtheit“. Dabei gaben die Studierenden eher den Organisationsstrukturen als den jeweiligen Ärzten die Schuld für solche Situationen, schließlich müssten sich die Ärzte primär und unter Zeitdruck um ihre Patienten kümmern. Gerade wenn täglich neue Studierende zu betreuen seien, sei die missliche Lage der überforderten Assistenten verständlich.<sup>197</sup>

### *G) Ärztliche Vorbilder*

Die siebte und letzte Kategorie (de-) motivierender Faktoren beschäftigt sich mit ärztlichen Vorbildern. Dabei kann sich die Vorbildfunktion auf den Umgang mit den Studenten, mit ärztlichen Kollegen oder mit Patienten beziehen. Ärzte, die ihren Beruf gerne ausüben und positiv erleben, wirken motivierend auf die Studierenden und geben ein gutes Beispiel.<sup>198</sup> Dazu sagte ein Student: „für mich sind am meisten die Ärzte motivierend, die einfach unheimlich was drauf haben, parallel aber immer noch menschlich sind und sich Zeit für einen selber nehmen und nicht arrogant wirken, sondern auch einfach sagen ‚hey, ich habe auch mal angefangen und auch Du kannst dahin kommen, wo ich bin.‘ Die einfach gut organisiert sind, auch mit den Patienten. Solche Leute habe ich mir immer als Vorbild genommen. Das hat mich immer motiviert.“<sup>199</sup> Studierende, die auch in höheren Semestern kein Vorbild gefunden hatten,

---

<sup>196</sup> SJ2/B2/P284; SJ4/D4/P465; SJ5/E5/P201; SJ5/E6/P222, 224.

<sup>197</sup> Bspw. SJ4/D3/P286, 288; SJ4/D6/P368.

<sup>198</sup> SJ5/E2/P103; SJ5/E3/P89.

<sup>199</sup> SJ6/G2/P188.



scheinen eher unzufrieden mit dem Berufsbild des Arztes und ihrer Berufswahl zu sein. Dazu sagt ein Student: „dieses Vorbild, was man vielleicht braucht, um für irgendwas dann Interesse zu [...] oder so wirklich zu brennen, ... das habe ich irgendwie *nicht* gefunden.“ „ich finde, man trifft in der Klinik doch viel zu viele Leute, die da irgendwie mit sehr negativen Bewältigungen rangehen“.<sup>200</sup> Auch ein Kommilitone stellt fest: „durch diesen .. großteils eher unfreundlichen Umgang, um es mal pauschal zu sagen, habe ich da jetzt nicht so mein Vorbild gefunden“.<sup>201</sup> Grundsätzlich erlebten die Studierenden es aber als bereichernd bereits während des Studiums mit dem Arztberuf und Ärzten in Kontakt zu sein. Dabei habe man „immer Menschen vor sich [...], die den Beruf schon ausfüllen“ und könne sich an ihnen orientieren.<sup>202</sup> Auch registrierten die Studenten, ob ein kollegialer Zusammenhalt unter den Ärzten herrsche und wie der ärztliche Umgang mit den Patienten sei. Die Ärzte sollten ihren Patienten insbesondere wichtige Zusammenhänge erklären sowie menschlich, empathisch und ehrlich sein.<sup>203</sup>

---

<sup>200</sup> SJ5/E5/P109.

<sup>201</sup> SJ5/E6/P123.

<sup>202</sup> SJ3/C1/P61; SJ4/D5/P417.

<sup>203</sup> Bspw. SJ6/G2/P203, 100, 269; SJ6/G4/P268.

## 5 Diskussion

In diesem Kapitel werden auf Grundlage der vorstehenden Erläuterungen Antworten auf die eingangs beschriebenen Forschungsfragen formuliert. Auch werden die zugrundeliegenden Forschungshypothesen dahingehend betrachtet, inwieweit sie durch die Ergebnisse als bestätigt oder widerlegt gelten können. Im Anschluss folgen eine rückblickende Bewertung der methodischen Anlage und des analytischen Vorgehens sowie ein Ausblick auf wünschenswerte Anschlussstudien.

### 5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Die erste der eingangs formulierten Forschungsfragen lautet: „Wie entwickelt sich die Studienmotivation angehender Humanmediziner im Laufe des Studiums?“ Anhand der Gesprächstranskripte und der anschließenden Auswertung lassen sich vier Gruppen von Studierenden ausmachen, deren Studienmotivation sich im Verlauf des Studiums unterschiedlich entwickelt. Allen vier Gruppen ist gemeinsam, dass der vorklinische Abschnitt des Studiums und insbesondere das Physikum zumeist eine besondere Belastung der Studienmotivation darstellt. Mit Ausnahme von zwei Studierenden, die diese Studienphase als wenig demotivierend wahrgenommen haben<sup>204</sup> und weiteren zwei Studenten, die der Vorklinik und dem Physikum eher motivierende Wirkung zuschreiben<sup>205</sup>, sind sich die Teilnehmer einig, dass die stark naturwissenschaftlich orientierte Vorklinik samt ihrer Abschlussprüfung in Form des Physikums eher negative Auswirkungen auf ihre Studienmotivation hatte. Zu diesem Ergebnis, dass der vorklinische Studienabschnitt wenig motivierend auf die Studierenden wirke, kamen beispielsweise auch Kohler und van den Bussche (2004) bei der Befragung von Hamburger Medizinstudenten. Im weiteren Studienverlauf lassen sich die besagten vier Gruppen unterscheiden. Wie bereits im Ergebnisteil erläutert, kann hierbei nicht von monoton steigender oder

---

<sup>204</sup> D2; D6.

<sup>205</sup> C3; E5.

sinkender oder von dauerhaft exakt konstanter Motivation im Studienverlauf gesprochen werden, es ist eher eine Gesamttendenz auszumachen.

Bei der ersten Gruppe<sup>206</sup> sind die Veränderungen der Motivation im Zeitverlauf trotz des Tiefpunktes um das Physikum sehr gering. Die Studienmotivation ist somit im Verlauf etwa gleich geblieben. Die zweite Gruppe<sup>207</sup> verzeichnet im Gesamtverlauf eher eine steigende und die dritte Gruppe<sup>208</sup> eine sinkende Studienmotivation. Bei der vierten Gruppe<sup>209</sup> ist keine grundlegende Tendenz auszumachen, hier wechseln sich motivierende und demotivierende Phasen im Verlauf des Studiums ab.

Als problematisch ist insbesondere die Situation in der Gruppe von Studierenden zu sehen, die eine sinkende Studienmotivation verzeichnet. Das Studium wird primär als belastend erlebt und es kommt meist zu einer starken Desillusionierung. Es ist zu befürchten, dass sich dieser Verlauf im Berufsleben fortsetzt und folglich weder gesunde noch zufriedene Ärzte hervorbringt. Auch Aster-Schenck, Schuler et al. (2010) fanden in ihrer Studie, dass Studierende am Ende ihres Studiums nicht selten ein resignatives Verhalten mit Burnout-Tendenzen oder ausgeprägtem Schonverhalten zeigen.

Die zweite Forschungsfrage fokussiert Faktoren, die „maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Studienmotivation angehender Humanmediziner im Laufe des Studiums“ ausüben. Bei der genaueren Betrachtung der einzelnen Teilnehmer samt ihrer Aussagen und Auskünfte im Kurzfragebogen fällt auf, dass Studierende, die lange auf einen Studienplatz gewartet hatten, insgesamt zufriedener mit dem Studium sind und eine stabile Studienmotivation aufweisen.<sup>210</sup> Diese Studenten haben vor dem Studium zumeist eine Ausbildung im medizinischen Bereich absolviert, was ihnen guten Einblick in das Berufsfeld ermöglicht und sie bezüglich

---

<sup>206</sup> Bspw. C6; G1.

<sup>207</sup> Bspw. D5; E3.

<sup>208</sup> Bspw. D3; E6.

<sup>209</sup> Bspw. D7; E4.

<sup>210</sup> Bspw. A1; A3; D5.

ihres Studienwunsches bestätigt hat. Es ist daher von einer hohen intrinsischen Studienmotivation auszugehen, die sich auch unter dem Einfluss demotivierender Faktoren als stabil erweist.

Weitere die Studienmotivation stärkende Faktoren lassen sich ausmachen. Bereits zu Beginn des Studiums haben die Studierenden ersten Kontakt mit der medizinischen Praxis im Rahmen ihres obligatorischen Pflegepraktikums im Krankenhaus. Können dort erste positive Erfahrungen gemacht werden, so scheint der Arztberuf erstrebenswert und die Studienmotivation wird positiv beeinflusst.<sup>211</sup> Überwiegen jedoch negative Erfahrungen, beispielsweise in Form von Überforderung, mangelnder Einbindung vonseiten der Krankenpflege oder Ignoranz vonseiten der Ärzte, so kann die Studienmotivation bereits zu diesem frühen Zeitpunkt Schaden nehmen.<sup>212</sup> Im weiteren Studienverlauf scheint es hilfreich zu sein, wenn sich die Studenten dem großen Ziel ihres Studiums – Arzt zu werden – bewusst bleiben.<sup>213</sup> Auch der Ausblick auf den erfolgreichen Studienabschluss<sup>214</sup> oder das Finden einer Fachrichtung, die von besonderem Interesse für die Studierenden ist und sich als Ziel der Facharztweiterbildung nach dem Studium abzeichnet<sup>215</sup>, sind wichtige Motivationsfaktoren. Weiterhin scheint es für den Verlauf der Studienmotivation wichtig zu sein, dass sich die Studenten mit der Zeit ein realistisches Berufsbild aneignen<sup>216</sup>, sodass von den Idealvorstellungen abweichende Erfahrungen nicht zu Demotivation führen. Gerade Studierende, denen die Grenzen der Wissensvermittlung im Studium und die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens in der Medizin bewusst sind, können sich in der Regel gut mit dem Zustand arrangieren „nicht alles zu wissen“. Dies beugt demotivierenden Momenten vor.<sup>217</sup> Außerdem fördern ein ausgeprägter Durchhaltewillen<sup>218</sup>, das

---

<sup>211</sup> SJ1/A4/P134, 145.

<sup>212</sup> SJ1/A5/P112, 115, 117, 124, 127; SJ1/A6/P147.

<sup>213</sup> Bspw. SJ1/A4/P143; SJ2/B3/P239, 245; SJ2/B5/P198.

<sup>214</sup> Bspw. SJ5/E7/P72; SJ6/G5/P87.

<sup>215</sup> Bspw. SJ4/D1/P75, 115; SJ5/E1/P67; SJ5/E4/P76.

<sup>216</sup> SJ1/A4/P409, 411, 413, 415; SJ3/C1/P61; SJ4/D4/P83.

<sup>217</sup> Bspw. SJ4/D2/79, 155, 157; SJ4/D6/P160.

<sup>218</sup> Bspw. SJ1/A3/P110; SJ2/B3/P245; SJ2/B5/P198; SJ4/D7/P95.

Kennenlernen von und die Orientierung an ärztlichen Vorbildern<sup>219</sup> – gerade im Rahmen persönlicher Betreuung von Kleingruppen<sup>220</sup> – sowie der Zusammenhalt zwischen Kommilitonen<sup>221</sup> die Motivation.

Auch lassen sich Aussagen zu demotivierenden Einflussfaktoren im Studienverlauf treffen. Häufig bewirkt die theoretische Ausrichtung des Studiums mitsamt mangelnder Vorbereitung auf die Berufspraxis und geringem Patientenkontakt Demotivation auf Seiten der Studenten.<sup>222</sup> Die unzureichende Qualifikation der Studierenden im Kontext angemessener Gesprächsführung ist hierbei ein wichtiges Beispiel.<sup>223</sup> Der hohe Zeit- und Lernaufwand im Studium führt nicht selten zu einer Situation der „Vereinnahmung“, unter der andere Interessen oder ein gezielter Ausgleich zum Studium leiden.<sup>224</sup> Unzureichende Freiräume für eine individuelle Aneignung von Wissen verstärken dieses Problem. Gerade in höheren Semestern wünschen sich viele Studierende mehr Entscheidungsfreiheit bei der Einteilung des Lernstoffes.<sup>225</sup> In Prüfungen werde vielfach Detailwissen abgefragt. Der häufige Einsatz von Multiple Choice-Fragen führe dabei zu großen Mengen passiven Spezialwissens wohingegen die Studierenden die Aneignung aktiven Grundlagenwissens als wichtiger erachten. Demotivation im Studienverlauf lässt sich somit auch auf das von den Studenten wahrgenommene Missverhältnis zwischen aktivem und passivem Wissen sowie zwischen Grundlagen- und Spezialwissen zurückführen.<sup>226</sup> In praktischen Phasen des Studiums wie etwa Famulaturen oder Blockpraktika fehlten

---

<sup>219</sup> Bspw. SJ4/D5/P417; SJ5/E2/P103; SJ5/E3/P89.

<sup>220</sup> Bspw. SJ2/B4/P598; SJ3/C1/P242; SJ4/D6/P403.

<sup>221</sup> Bspw. SJ4/D5/P417; SJ5/E1/P67; SJ6/G2/P79.

<sup>222</sup> Bspw. SJ2/B1/P162; SJ2/B2/P140; SJ2/B3/P208; SJ3/C1/P61; SJ3/C5/P72; SJ5/E6/P146; SJ6/G5/P127.

<sup>223</sup> Bspw. SJ1/A4/P436; SJ3/C1/P61; SJ6/G2/P269; SJ6/G6/P117.

<sup>224</sup> Bspw. SJ1/A1/P212; SJ1/A2/P206; SJ1/A6/P363; SJ3/C5/P167; SJ5/E7/P118.

<sup>225</sup> Bspw. SJ4/D7/P212; SJ5/E7/P213. Mit Blick auf Prüfungen hingegen wurden klare Aussagen zur relativen Bedeutung einzelner Teilthemen als hilfreiche Orientierung und damit als motivierend eingeschätzt (bspw. SJ2/B5/P429-433; 437; SJ4/D7/P419).

<sup>226</sup> Bspw. SJ2/B1/P301; SJ3/C1/P150; SJ4/D4/P318; SJ6/G1/P200; SJ6/G2/P163, 194; SJ6/G6/P83.

Gelegenheiten zu eigenverantwortlichem Arbeiten, was ebenfalls demotivierend wirke.<sup>227</sup> Mehrere Studierende berichteten von einer unfreundlichen Behandlung durch Lehrpersonal und von einem Gefühl der ‚Unwillkommenheit‘ auf den Stationen während ihrer praktischen Ausbildung. Hierdurch habe ihre Motivation nachhaltig abgenommen.<sup>228</sup> Ganz besonders deutliche Einbußen der Studienmotivation sind bei Studierenden zu verzeichnen, die während des Studiums in Kontakt mit einem negativ empfundenen Berufsbild des Arztes gekommen sind oder keine positiven Vorbilder unter den Dozenten und Klinikern ausmachen konnten<sup>229</sup>.

Die dritte Forschungsfrage beschäftigt sich mit Empfehlungen, die sich „für eine die Studienmotivation generell fördernde Gestaltung der universitären Lehre in der Humanmedizin“ aus den Untersuchungsergebnissen ableiten lassen. Bei genauerem Betrachten des Lehrplanes an der Universität zu Lübeck wird deutlich, dass zum Zeitpunkt der Befragung bereits einige Strukturen bestanden, die darauf angelegt waren, die Studienmotivation von Studierenden der Humanmedizin zu unterstützen oder günstige Rahmenbedingungen zu fördern. Dabei ist zum Beispiel die Vergabe eines Lehrpreises für Dozenten aus der Sektion Medizin, ein Mentorenprogramm, regelmäßige Studienevaluationen oder ein Kurs zur „Anatomie am Lebenden“ in der Vorklinik zu nennen.

Die vorliegende Studie zeigt jedoch, dass darüber hinaus erheblicher Reformbedarf beispielsweise in den Bereichen Kommunikationstraining, Förderung der psycho-physischen Gesundheit, Erlernen praktischer Fähigkeiten, Einbindung in die Klinik und qualitative Aufwertung der Lehrtätigkeit besteht.

In einem Kommunikationstraining sollten insbesondere Fertigkeiten zum Erheben einer Anamnese und zur generellen Gesprächsführung vermittelt werden. Dabei sollte beispielsweise das ‚Überbringen schlechter Nachrichten‘ und der Umgang mit ‚schwierigen Patienten‘ geübt werden. Sowohl der Einsatz von Schauspielpatienten, die Gewinnung von realen Patienten für entsprechende Übungssituationen als auch Rollenspiele der Studenten sind mit entspre-

---

<sup>227</sup> Bspw. SJ5/E1/P145; SJ5/E4/P74; SJ6/G3/P96.

<sup>228</sup> Bspw. SJ1/A5/P117; SJ1/A6/P147; SJ4/D7/P421; SJ5/E7/P215.

<sup>229</sup> Bspw. SJ5/E5/P109; SJ5/E6/P121, 123; SJ5/E7/P73.

chender Vor- und Nachbesprechung in Balint-Gruppen denkbar. Empfehlungen für die Durchführung eines Kommunikationstrainings finden sich vielfach in der Literatur beschrieben.<sup>230</sup> Solch ein Training käme nicht nur den zukünftigen Ärzten, sondern mittelbar auch ihren Patienten zugute.

Auch der Förderung der psycho-physischen Gesundheit von Medizinstudierenden muss Gewicht beigemessen werden.<sup>231</sup> Da der Beruf des Arztes mit besonderen Belastungen einhergeht, müssen der Umgang mit Stress thematisiert und die Schulung entsprechender Maßnahmen zur Stressreduktion vorgenommen werden. Dabei ist insbesondere der Fähigkeit zum aktiven ‚Abschalten‘, dem Beibehalten von ausgleichenden Freizeitaktivitäten und dem Einsatz von Entspannungsverfahren Wichtigkeit zuzuschreiben. Gerade zu Perfektionismus neigende Studierende sollen in diesem Zusammenhang die Stärken und Schwächen dieser Eigenschaft reflektieren und geeignete Maßnahmen erlernen um einer Selbstüberforderung während des anspruchsvollen Studiums entgegenzuwirken. Auch ist es notwendig, mit den Studierenden ein realistisches Berufsbildes zu erarbeiten, um Überforderung und Demotivation in Studium und späterem Beruf zu vermeiden.

Ausdrücklich bemängelten die Studierenden in den Gruppengesprächen den geringen Anteil praktischer Tätigkeiten im Studium und damit die unzureichende Vorbereitung auf ihre spätere Berufspraxis. Insbesondere der Patientenkontakt und die Einbindung in klinische Abläufe seien während der gesamten Studienzeit unterrepräsentiert. Etwa die verstärkte Präsentation von Fallbeispielen mithilfe von Patienten in Vorlesungen, Kurse zum Erlernen von praktischen Fähigkeiten und Untersuchungstechniken sowie im Curriculum vorgesehene, regelmäßige studentische Mitarbeit auf geeigneten Stationen sind denkbare Möglichkeiten der Umsetzung.

---

<sup>230</sup> Vgl. hierfür bspw. Hook und Pfeiffer (2007); Windish, Price et al. (2005); Jungbauer, Kamenik et al. (2004); Yedidia, Gillespie et al. (2003); Stewart (1995).

<sup>231</sup> Vgl. für ähnliche Forderungen: Voltmer, Kötter et al. (2012); Jurkat, Richter et al. (2011); Voltmer, Bochmann et al. (2007).

Auch muss eine kontinuierliche Verbesserung der Lehre und ihrer Rahmenbedingungen erfolgen. Dabei ist im universitären Umfeld unbedingt eine Aufwertung des Lehraspektes erforderlich. Die Entlastung der Dozenten von Patientenversorgung und Forschung zugunsten einer verstärkten Konzentration auf die Lehrtätigkeit und die Einrichtung weiterer Lehrprofessuren scheinen hier sinnvoll. Um die Qualität von Lehrveranstaltungen zu erhöhen ist die regelmäßige Schulung von Dozenten erforderlich. Für einen sinnvollen Studienaufbau ist eine fächerübergreifende Lehrkoordination notwendig. Lehrinhalte sollten immer wieder auf ihre Anwendbarkeit in der Berufspraxis, ihre Relevanz für die Prüfungen des IMPP und die Vermittlung von Grundlagenwissen geprüft werden. Auch Gerdes, Schnabel et al. (2005) sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Motivation von Lehrenden steigerungsfähig sei und dass das universitäre Umfeld wenig Anreiz für gute Lehre biete.

In den Jahren nach der Befragung wurden an der Universität zu Lübeck Projekte wie beispielsweise ein Kommunikationstraining, ein „Skills-Training Innere Medizin“ oder ein Leitsymptomseminar im Rahmen des Praktischen Jahres realisiert. Diese Bemühungen zeigen, dass der große Reformbedarf, der in der vorliegenden Studie deutlich wird, auch vonseiten der Lehrbeauftragten im Fachbereich Medizin erkannt wurde. Nun gilt es, die Überarbeitung des Curriculums mitsamt seiner Rahmenbedingungen ehrgeizig weiterzuverfolgen.

## 5.2 Betrachtung der Hypothesen

Im Kontext des Vorverständnisses<sup>232</sup> wurden zehn Forschungshypothesen aufgestellt, die im Folgenden rückblickend betrachtet werden.

- 1) Es lassen sich unterschiedliche Typen von Medizinstudenten unterscheiden, unter anderem primär naturwissenschaftlich orientierte Studierende einerseits und primär humanistisch/ idealistisch orientierte Studierende, deren Wunsch es ist, Menschen zu helfen, andererseits. Darüber hinaus lässt sich ein stark an materiellen/ sozioökonomischen Vorzügen des Arztberufes orientierter Typus von Studierenden identifizieren.

---

<sup>232</sup> Vgl. Kapitel 3.1.



- 2) Die Vorstellungen primär naturwissenschaftlich und/ oder materiell bzw. sozioökonomisch orientierter Studierender vom Medizinstudium entsprechen eher der Realität als die Vorstellungen primär humanistisch orientierter Studierender.
- 3) Die größere Abweichung des tatsächlichen Studiums von den eigenen Vorstellungen zu Beginn des Studiums führt bei primär humanistisch orientierten Studierenden im Laufe des Studiums zu einem stärkeren Abfall der Motivation als bei primär naturwissenschaftlich und/ oder materiell bzw. sozioökonomisch orientierten Studierenden.

Diese drei Hypothesen haben sich in der empirischen Untersuchung und ihrer Auswertung nicht bestätigt, denn eine klare Abgrenzung der studentischen Orientierung zwischen humanistischer, naturwissenschaftlicher und sozioökonomischer Orientierung ist im empirischen Material nicht umsetzbar. Fast alle Studenten geben zumindest auch humanistische Ideale als Motiv für die Studienwahl an, darunter finden sich im Verlauf sowohl motivierte als auch demotivierte Studenten. Dennoch ist festzustellen, dass humanistische Ideale von einem Desillusionierungsprozess verhältnismäßig stark betroffen sind. Dies legt die Vermutung nahe, dass Studenten, die primär diese Ideale zum Studium der Humanmedizin motiviert haben, im Verlaufe ihres Studiums mit einer anderen Realität konfrontiert werden. Ob diese Konfrontation zu einer Enttäuschung und einhergehendem Abfall der Motivation führt, scheint wiederum stark von weiteren Faktoren abzuhängen – etwa von den Persönlichkeitseigenschaften, dem Vorwissen und dem familiären Hintergrund der Betroffenen. Eine vollständige Klärung dieser Frage kann die vorliegende Studie nicht leisten, hier wären methodisch adäquate weitere Untersuchungen erforderlich.

- 4) Es lassen sich Persönlichkeitsmerkmale wie etwa die Fähigkeit, gut ‚abschalten‘ zu können, identifizieren, die der Demotivation und wahrgenommener Überforderung im Studium entgegenwirken.

Diese Hypothese kann als bestätigt betrachtet werden. Es können eindeutig Studierende ausgemacht werden, die im Studienverlauf Demotivation erfahren und beschreiben, dass es ihnen schwerfällt, sich mit gutem Gewissen Pausen zu gönnen. Andere Studenten beschreiben hingegen, dass es ihnen keine Probleme bereite, auch in Lernphasen abzuschalten und Freizeitbe-

schäftigungen nachzugehen. Die Einhaltung von Pausen und die Teilnahme an Freizeitaktivitäten kann somit als protektiver Faktor der Studienmotivation angesehen werden. Gerade erstgenannte Studierende scheinen im Studienverlauf öfter einen notwendigen Ausgleich zugunsten einer Erhöhung des Lernpensums aufzugeben, was längerfristig einen demotivierenden Studienverlauf begünstigt. Dabei kann der hohe Lerneinsatz an dieser Stelle als gut gemeinter, aber in der Folge übermäßig stark ausgeprägter Perfektionismus angesehen werden. Währenddessen kommen diejenigen, die ‚gut abschalten‘ können, häufig problemlos damit zurecht, im Medizinstudium nicht alles lernen zu können. Diese Einstellung unterstützt das Festhalten an Freizeitaktivitäten und begünstigt längerfristig eine positive Motivationsentwicklung.

- 5) Es lässt sich eine Diskrepanz zwischen Medizinstudium und Berufsalltag dahingehend feststellen, dass ein professioneller Umgang der angehenden Ärzte mit ihren Patienten und eine fundierte praktische Ausbildung im Studium wenig gefördert werden, wohingegen sie im Berufsalltag von Medizinerern erwartet werden.

Auch diese Hypothese wird in der vorliegenden Studie bestätigt. Viele Gesprächsbeiträge machen deutlich, dass während des Studiums deutlich zu wenig Kommunikations- und auch praktische Fähigkeiten vermittelt werden. Dabei empfinden Studenten im vorklinischen Abschnitt des Studiums diesen Mangel insbesondere als vorenthaltenen Motivationsfaktor, der ihnen das Lernen erleichtern und die Relevanz der Lerninhalte verdeutlichen würde. Studierende im klinischen Studienabschnitt hingegen stellen während ihrer Praxisphasen fest, dass ihre Fähigkeiten in praktischer Arbeit und Kommunikation unzureichend sind und empfinden ihr Studium daher stellenweise als defizitäre und damit unbefriedigende Vorbereitung auf den Beruf.

- 6) Es lässt sich im Verlauf des Studiums eine Abnahme von anfangs bestehenden Idealvorstellungen bezüglich des Arztberufes feststellen.

Auch diese Hypothese hat sich in den Gruppengesprächen bestätigt. Eine partiell demotivierende Konfrontation von Realität und Wunschvorstellungen dürfte zwar in den meisten Studien- und Ausbildungsgängen anzutreffen sein. Die in der vorliegenden Studie befragten Studierenden beschrieben jedoch eine zum Teil erhebliche Ernüchterung bezüglich des Berufsbil-

des vor allem aufgrund der vorgefundenen Rahmenbedingungen. Dabei wird insbesondere kritisiert, dass beispielsweise aufgrund von hohen Patientenzahlen pro betreuendem Arzt und umfangreichen Dokumentationspflichten zu wenig Zeit für den eigentlichen Patientenkontakt bleibe. Auch gesundheitspolitische Einflüsse auf den Medizineralltag sowie der Zwang, stark nach ökonomischen Gesichtspunkten zu handeln, bedrohen berufsbildbezogene Ideale. Insbesondere Vorstellungen, den Patienten zu helfen und eine stets sinnvolle Tätigkeit auszufüllen, sind hiervon betroffen.

- 7) Als wichtiger Einflussfaktor auf die Entwicklung der studentischen Motivation lässt sich der Kontakt mit positiv erlebten Vorbildern ausmachen.

Die vorliegende Studie bestätigt diese Hypothese. Übereinstimmend tauchen in den Beiträgen der Teilnehmer Hinweise auf den großen Einfluss von Vorbildern auf. Dabei ist es sehr wichtig für die Studenten, bereits während des Studiums in Kontakt mit ärztlichen Vorbildern zu kommen. Das Ziel, diesen Vorbildern nachzueifern und eine ähnliche Arztrolle zu finden, unterstützt auch in schwierigen Phasen die Studienmotivation. Finden die Studenten hingegen keine Ärzte, die ihren Idealvorstellungen entsprechen, so fehlen in der Folge ein wichtiger Motivationsgrund und eine grundlegende Identifikation mit dem zukünftigen Beruf.

- 8) Der im Medizinstudium vergleichsweise hohe Leistungsdruck, der unter anderem durch häufige Prüfungen und andere Formen der Leistungskontrolle erzeugt und dauerhaft aufrechterhalten wird, wird von unterschiedlichen Studierenden (-typen) unterschiedlich wahrgenommen: Für einige ist dieser Leistungsdruck Ansporn und wichtiger Motivator, für andere wirkt er eher demotivierend und hemmend im Sinne eines Dysstress erzeugenden Faktors.

Auch diese Hypothese hat sich in den Gruppengesprächen als zutreffend erwiesen. In Redebeiträgen von unterschiedlichen Teilnehmern aus unterschiedlichen Studienjahren wird deutlich, dass eine Gruppe von Studierenden Lerndruck und Kontrollen durch Prüfungen als einen notwendigen Motivator zum Lernen erachtet. Ohne diesen würden sie nach eigener Einschätzung weniger Lerneinsatz für ihr Studium zeigen. Eine andere Gruppe empfindet die Frequenz von Lernkontrollen im Medizinstudium hingegen als zu hoch, was zu übermäßigem Stress mit

demotivierender Wirkung führe. Bei diesen Studenten scheint die intrinsische Lernmotivation stark ausgeprägt zu sein, sodass weniger Kontrollen durch Prüfungen notwendig wären. Mit dem Wissen, dass eine Gruppe der Studierenden regelmäßige Lernkontrollen als Motivator benötigen, werden diese vonseiten der Universität durchgeführt. Dabei wird zwangsläufig in Kauf genommen, dass die andere Gruppe einer Form von Dysstress ausgesetzt wird.

- 9) Kinder von Ärzten oder Eltern aus anderen Berufsgruppen im medizinischen Bereich erfahren durch ihre Eltern mehr von der Medizin als Kinder von Eltern aus nichtmedizinischen Berufen. Erstere haben ein realistischeres Berufsbild vor Studienbeginn und erfahren in der Folge weniger Demotivation im Studium.

Das Vorliegen oder Aneignen eines realistischen Berufsbildes scheint sich positiv auf den Verlauf der Studienmotivation auszuwirken. Dennoch zeigt diese Studie, dass Kinder von Eltern mit medizinischen Berufen nicht zwangsläufig einen positiven Motivationsverlauf erleben. Die vorgenannte Hypothese ist also in der vorliegenden Form als widerlegt anzusehen. In den Gruppengesprächen zeigten sich mindestens zwei Studierende mit Arzteltern und jeweils ein Student mit einem Elternteil in der Krankenpflege, der Altenpflege und im Beruf des medizinischen Fachangestellten im Verlauf demotiviert. Weitere Faktoren wie zum Beispiel Persönlichkeitseigenschaften oder individuelle Erlebnisse im Medizinstudium scheinen eine größere Rolle zu spielen. Trotzdem scheint es ein wichtiger Faktor in der Entwicklung der Studienmotivation zu sein, ein möglichst wirklichkeitsnahes Berufsbild zu haben oder zu entwickeln, um nicht von der Realität enttäuscht zu werden.

### 5.3 Rückblick

Die vorigen Abschnitte haben die zentralen Ergebnisse dieser Forschungsarbeit beschrieben und diskutiert. Eingangs wurde die Beantwortung dreier Forschungsfragen als zentrales Anliegen der Arbeit formuliert. In Kapitel 5.1 sind Antworten auf diese Forschungsfragen formuliert worden. So konnten vier Gruppen von Studierenden mit unterschiedlichen ‚typischen‘ Motivationsverläufen identifiziert werden (Forschungsfrage 1). Zudem ließen sich motivierende und demotivierende Einflussfaktoren der Studienmotivation herausarbeiten (For-

schungsfrage 2). Auf dieser Basis konnten schließlich Empfehlungen für eine die Motivation fördernde universitäre Lehre abgeleitet werden (Forschungsfrage 3). Hierbei sind ein verstärkter Praxisbezug in der Vermittlung von Lerninhalten, die Institutionalisierung einer Vorbildkultur im Medizinstudium, eine verstärkte Einbindung der Studenten in klinische Abläufe sowie die früh einsetzende Vermittlung relevanter Kompetenzen aus dem Bereich Kommunikation/ Patientenansprache von besonderer Bedeutung.

Das Hauptziel der vorliegenden Forschungsarbeit kann somit grundsätzlich als erreicht gelten. Wie eingangs angekündigt liegt der Wert der Untersuchungsergebnisse nicht in einer quantitativen Bestimmung der Relevanz statistisch signifikanter Motivatoren und Demotivatoren. Vielmehr zielte die Untersuchung auf einen qualitativen Einblick in die (Selbsteinschätzung der) Studienmotivation angehender Humanmediziner an der Universität zu Lübeck. Das sehr umfangreiche empirische Material in Form der Gesprächstranskripte sowie die zum Teil sehr umfangreichen und offenen Beschreibungen der Studienteilnehmer zeigen, dass dieses Ziel erreicht wurde. Das methodische Design hat sich insofern als angemessen erwiesen: Die Datenerhebung durch Gruppengespräche mit in sich relativ homogenen Studierendengruppen, der von der Studienleitung zugesicherte hohe Grad an Vertraulichkeit im Umgang mit den Gesprächsinhalten und die relativ offene Form der Gesprächsführung durch die Verfasserin haben inhaltlich sehr ergiebige Gespräche über und somit Einblicke in die Studienmotivation der Teilnehmer ermöglicht. Auch die Durchführung der Gespräche an einem ‚neutralen‘ Ort, also in nicht-medizinischen Räumlichkeiten, dürfte hierzu beigetragen haben.

Die Transkription der Audiomitschnitte der Gruppengespräche war sehr aufwändig und es ist davon auszugehen, dass die offensichtliche Aufzeichnung der Gespräche einige der Teilnehmer mit Blick auf eigene Redebeiträge zu erhöhter Zurückhaltung veranlasst hat. Gleichwohl haben sich die Transkripte – und damit die Audioaufzeichnung – als äußerst wertvolle Auswertungsgrundlage erwiesen. Ohne die nach klaren Regeln erstellte Abschrift der Gesprächsinhalte wäre eine systematische qualitative Inhaltsanalyse nicht möglich gewesen. Das an Mayrings qualitativer Zusammenfassung orientierte Vorgehen hat sich sowohl als methodisch fundiert als auch als praktisch anwendbar erwiesen und kann damit retrospektiv als geeignetes Setting für die Auswertung gelten.

Trotz dieser generell positiven Bewertung des methodischen und organisatorischen Studiendesigns sind auch Schwächen der Untersuchung zu nennen. Auf die sehr eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse über die Gruppe der Gesprächsteilnehmer hinaus ist bereits hingewiesen worden. Derartige Einschränkungen in der Generalisierbarkeit von Forschungsergebnissen sind jedoch ein grundsätzliches Merkmal qualitativer Forschung und somit nicht in der konkreten Anlage und Durchführung der vorliegenden Studie begründet. Für den Preis geringer Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse hat diese Arbeit sehr detaillierte und annahmegermäßig relativ authentische Einblicke in die selbst wahrgenommene Entwicklung der Studienmotivation angehender Ärzte und in deren zentrale Einflussfaktoren ermöglicht. Von der geringen Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu unterscheiden ist die generelle Anwendbarkeit des methodischen Designs. Dieses Design dürfte auch an anderen Universitäten und prinzipiell auch in anderen Studiengängen als der Humanmedizin durchaus geeignet sein, um qualitative Einblicke in die Entwicklung von Studienmotivationen zu generieren.

Auch ist auf mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch die Untersuchungsanlage und -durchführung hinzuweisen. Zunächst ist eine unbewusste Einflussnahme auf den Gesprächsablauf und die Gesprächsinhalte vonseiten der Moderatorin der qualitativen Gruppengespräche nicht auszuschließen, insbesondere da eine ausführliche Schulung der Moderatorin in Fragen der Gesprächsführung im Vorfeld der Datenerhebung nicht möglich war. Die Durchführung und kritische Reflexion einer Probesitzung vor der ersten eigentlichen Gruppensitzung schaffte hier zumindest teilweise Abhilfe.

Auch die Datenauswertung erfolgte im Wesentlichen durch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit, sodass auch hier ein gewisser Einfluss durch (unbewusste) Vorannahmen wahrscheinlich ist. Eine punktuelle externe Reflexion der Auswertung erfolgte durch den Austausch mit der Forschungsgruppe AQUAM sowie mit einzelnen Mitgliedern dieser Gruppe und dem Erstbetreuer dieser Dissertation, Herrn Prof. Dr. Jens-Martin Träder. Zudem wurde in der vorliegenden Arbeit großer Wert auf die Explikation des methodischen Vorgehens und des zugrundeliegenden Vorverständnisses der Verfasserin gelegt.

Auch mit Blick auf die Gruppe der Studienteilnehmer ist ein gewisser Bias wahrscheinlich: in Ermangelung materieller Ressourcen konnten keine Aufwandsentschädigungen oder andere materielle Anreize zur Teilnahme an den Gesprächen gewährt werden und die Ansprache erfolgte notwendigerweise standardisiert mithilfe von Mailinglisten. Es ist daher davon auszugehen, dass in der Gruppe der Teilnehmer solche Studierende, die sich für Fragen der Studienmotivation interessieren und dieses Thema folglich bereits selbst reflektiert haben, überdurchschnittlich stark vertreten sind. Die möglicherweise sehr große Gruppe von Studierenden, die sich während des Studiums keine oder keine nennenswerten Gedanken über die Entwicklung ihrer Motivation machen, dürfte folglich unterrepräsentiert sein. Nichtsdestotrotz erfolgte die Auswahl der Gesprächsteilnehmer nicht anhand ihrer erwarteten oder der Verfasserin bekannten Einstellungen zum Thema Studienmotivation sondern auf Basis der Rückmeldungen auf die standardisierte Teilnahmeanfrage.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass sich einige der für die Studienmotivation relevanten Rahmenbedingungen des Medizinstudiums auch und gerade an der Universität zu Lübeck in den vergangenen Jahren verändert haben. Seit der Datenerhebung im Jahr 2009 dürften sich daher auch einzelne Einschätzungen zur universitären Ausbildung und zu ihrem Einfluss auf die Studienmotivation verändert haben. Da das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit nicht in der Bewertung der medizinischen Ausbildung an der Universität zu Lübeck liegt, gefährden diese Veränderungen den allgemeinen Wert der Untersuchungsergebnisse nicht substantiell. Vielmehr ergibt sich aus der dynamischen Entwicklung der Rahmenbedingungen die Chance, gegebenenfalls veränderte Verläufe der Studienmotivation nachzuzeichnen und damit weitere Einsichten in die relativen Gewichte der einzelnen Faktoren zu gewinnen.

Insgesamt scheint somit die Schlussfolgerung gerechtfertigt zu sein, dass die vorliegende Arbeit ihre Ziele grundsätzlich erreicht hat. Einzelne Schwächen und Limitationen sind festgestellt und beschrieben worden, doch in Summe konnten aus der Kombination von Forschungsfragen, methodischem Design, Datenerhebung und -auswertung relevante, in ihrer Herleitung nachvollziehbare Ergebnisse erzielt werden.

## 5.4 Ausblick

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung und des Rückblicks wurde bereits auf sinnvolle Anschlussstudien und Forschungsdesiderata hingewiesen. Zum Abschluss dieser Forschungsarbeit werden die zentralen unter ihnen skizziert.

Die qualitative Anlage der vorliegenden Untersuchung schränkt die Generalisierbarkeit der hier gewonnenen Erkenntnisse naturgemäß erheblich ein. Ein erstes Feld wünschenswerter Anschlussforschung wäre somit die Überprüfung der Ergebnisse in einer größeren Gruppe von Studierenden der Humanmedizin. Hierbei wäre auch die Ausweitung auf andere Universitäten möglich und sinnvoll. Der Einfluss unterschiedlicher Studienpläne (etwa Reform- vs. Regelstudiengang) und universitärer Strukturen auf die Studienmotivation ließe sich auf diese Weise in den Blick nehmen. Ob die hier behandelten Fragen in einem rein quantitativen Forschungsdesign adäquat behandelt werden können, ist fraglich, denn etwa ein standardisierter quantitativer Fragebogen dürfte die Studierenden weit weniger zu offenen und reflektierenden Ausführungen motivieren als die Form qualitativer Gruppendiskussionen. Andererseits dürfte eine gewisse Standardisierung der Datenerhebung und damit auch eine Erleichterung der Datenauswertung bei einer hinreichend großen Gruppe von Teilnehmern aus Ressourcen Gründen unumgänglich sein. Hier ist eine Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile unterschiedlicher methodischer Ansätze und Instrumente sowie eine Berücksichtigung der verfügbaren zeitlichen, personellen und finanziellen Mittel erforderlich.

Eine weitere interessante Bereicherung der hier gewonnenen Erkenntnisse wäre eine wiederholte Befragung von Studierenden im Zeitverlauf. In der vorliegenden Studie konnte auf die zeitliche Entwicklung der Motivation lediglich durch die Beschreibungen der Teilnehmer zugegriffen werden. Diese dürften jedoch zum Teil erheblichen (bewussten und/ oder unbewussten) Verzerrungen unterliegen. Die wiederholte Diskussion von Fragen der Studienmotivation mit denselben Studierenden zu Beginn, im Verlauf, gegen Ende und wenn möglich auch nach Abschluss des Studiums verspricht hier wichtige zusätzliche Erkenntnisse, obgleich die wiederholte Teilnahme an Gruppengesprächen die Selbstwahrnehmung der Motivation durch die Teilnehmer beeinflussen und die Ergebnisse dadurch verzerren könnte.



An dieser Stelle kann auf eine laufende Studie der Arbeitsgruppe Studierendengesundheit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck verwiesen werden. Die Studie ‚Lübeck University Students Trial‘ (LUST) beforscht die Gesundheitssituation von Studierenden der Humanmedizin an der Universität zu Lübeck mit dem Ziel, Faktoren festzustellen, die einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von deren Gesundheit haben. Auch in der vorliegenden Studie konnte aus den Gesprächsbeiträgen auf eine erhöhte seelische und körperliche Belastung mit Beeinflussung der Gesundheit der Studenten geschlossen werden. Es ist daher zu begrüßen, dass eine Studie an der Universität zu Lübeck explizit das Thema der Gesundheitsförderung fokussiert (Kötter o. J.).

Ein zentrales Anliegen der vorliegenden Arbeit ist die Formulierung von Empfehlungen für eine die Motivation fördernde universitäre Ausbildung. Hier konnten derartige Empfehlungen auf Basis der Forschungsergebnisse formuliert werden, ein empirischer Test musste jedoch ausbleiben. Wie oben beschrieben bietet die dynamische Entwicklung der Studienpläne und -strukturen die Chance, einzelne Projekte auf ihren Einfluss auf die Studienmotivation zu überprüfen und damit auch die hier formulierten Empfehlungen einer Überprüfung zu unterziehen. Eine empirisch abgesicherte Beurteilung der Relevanz bestimmter Maßnahmen für die Motivation von Studierenden sowie eine fundierte Einschätzung der praktischen Umsetzung der formulierten Empfehlungen würde auf diese Weise möglich. Somit könnten den hier und in verwandten Studien gewonnenen Erkenntnissen gut begründete Taten folgen.

Eingangs wurde die problematische Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Deutschland beschrieben. Aus dieser Entwicklung ergibt sich die Notwendigkeit, die Motivation angehenden Medizinerinnen und Mediziner zu stärken, damit sie sich auch nach dem Studium mit Freude im ärztlichen Beruf engagieren. Die vorliegende Dissertation hat versucht, einen Beitrag hierzu zu leisten, indem sie die selbst wahrgenommene Entwicklung der Studienmotivation von angehenden Ärzten und deren zentrale Einflussfaktoren in den Blick genommen hat. Es bleibt zu wünschen, dass das Thema Studienmotivation und ihre Entwicklung nicht aus dem Blick der einschlägigen Forschung und der für die universitäre Ausbildung von Medizinern Verantwortlichen gerät sondern als das verstanden wird, was sie ist: eine dauerhafte Herausforderung für Studierende, Lehrende und das Gesundheitssystem insgesamt.

## 6 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht die zentralen Einflussfaktoren der Studienmotivation angehender Humanmediziner an der Universität zu Lübeck und deren zeitliche Entwicklung. Hierzu wurden Gruppengespräche geführt und qualitativ ausgewertet.

Als Gründe für den Beginn eines Medizinstudiums wurden insbesondere die Freude am Kontakt mit Menschen genannt sowie der Wunsch, zu helfen und etwas ‚Gutes‘ und ‚Sinnvolles‘ zu tun. Auch hätten die Eltern und gesellschaftliche Wertevorstellungen sowie persönliches Interesse an medizinischen Themen die Studiengangwahl beeinflusst. Schließlich scheinen auch sozioökonomische Vorzüge des Arztberufes von Bedeutung zu sein.

Bezüglich des zeitlichen Verlaufes der Motivation lassen sich vier Studierendengruppen unterscheiden, die erste mit recht konstantem Verlauf, die zweite mit einer insgesamt steigenden Motivation, die dritte mit einer insgesamt sinkenden Motivation und die vierte mit einem häufigen ‚Auf und Ab‘ der Motivation. Gruppenübergreifend wurden der vorklinische Abschnitt des Studiums und das Physikum zumeist als besondere Belastung der Studienmotivation empfunden. Die Gruppe mit im Verlauf gesunkener Studienmotivation lässt eine starke psychische Belastung und eine erhebliche Desillusionierung erkennen.

Als motivierende Faktoren nannten die Studierenden unter anderem den Zusammenhalt unter Kommilitonen und den Kontakt mit ärztlichen Vorbildern. Auch das spezielle Interesse an einer Fachrichtung und das Ziel, ein guter Arzt zu werden, wirken motivierend. Demotivierend hingegen sei eine unzureichende Berufsvorbereitung mangels Patientenkontakt und die nicht ausreichende Vermittlung praktischer und kommunikativer Fähigkeiten. Auch leide die Motivation durch den Kontakt mit überlasteten und desillusionierten Ärzten.

Aus den Ergebnissen dieser Studie lassen sich Empfehlungen für die universitäre Ausbildung ableiten. Diese liegen insbesondere in einem stärkeren Praxisbezug, in der Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten, in der Förderung der psycho-physischen Gesundheit der Studierenden sowie in einer didaktisch höherwertigen Gestaltung der universitären Lehre.

## 7 Literaturverzeichnis

- Adams, Jean** (2004). „Straining to describe and tackle stress in medical students.“ *Medical Education* 38 (5): 463-464.
- Aster-Schenck, Ingrid-Ursula, Michael Schuler, Martin R. Fischer und Silke Neudert** (2010). „Psychosoziale Ressourcen und Risikomuster für Burnout bei Medizinstudenten: Querschnittstudie und Bedürfnisanalyse Präventiver Curricularer Angebote.“ *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 27 (4): k. A.
- Atteslander, Peter** (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin.
- Bohnsack, R., A. Przyborski und B. Schäffer** (2006). *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen, Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf** (2012). Gruppendiskussion. In: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: 369-384.
- Bundesärztekammer** (2011). „Ärzttestatistik 2011 - Abwanderung von Ärzten ins Ausland.“ Abruf am 28.03.2014, Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.10275.10306>.
- Bundesärztekammer** (2012). „Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2012. Kein Widerspruch - Ärztemangel trotz moderat steigender Arztzahlen.“ Abruf am 28.01.2014, Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.11372>.
- Dettmer, S. und A. Kuhlme**y (2010). Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden - ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Band 2 der Reihe „Report Versorgungsforschung“*, herausgegeben von C. Fuchs, B.-M. Kurth und P. C. Scriba. F. W. Schwartz und P. Angerer. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag: 103-115.
- Diekmann, Andreas** (2010). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek.
- Erzurum, Victor Z., Robert J. Obermeyer, Alison Fecher, Purnima Thyagarajan, Paul Tan, Amy K. Koler, Mark K. Hirko und Jeffrey R. Rubin** (2000). „What influences medical students' choice of surgical careers.“ *Surgery* 128 (2): 253-256.
- Fabry, Götz und Marianne Giesler** (2007). „Hochmotiviert am Start: Zur Studienmotivation von Medizinstudenten während des ersten Studienjahres.“ *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16: 115-125.

**Früh, Werner** (2007). Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. Konstanz.

**Gágyor, Ildikó, Nadine Hilbert, Jean-François Chenot, Gabriella Marx, Tuulia Ortner, Anne Simmenroth-Nayda, Martin Scherer, Sven Wedeken und Wolfgang Himmel** (2012). „Wie häufig und belastend sind negative Erfahrungen im Medizinstudium? – Ergebnisse einer Online-Befragung von Medizinstudierenden.“ *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 29 (4): k. A.

**Gerdes, Berthold, Michael Schnabel, Vanessa Wennekes, Iyad Hassan, Katja Schlosser und Matthias Rothmund** (2005). „Warum werden chirurgische Vorlesungen nicht besucht – was muss sich ändern?“ *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22 (2, Doc 22): k. A.

**Gläser, Jochen und Grit Laudel** (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden.

**Heublein, Ulrich, Johanna Richter, Robert Schmelzer und Dieter Sommer** (2012): Die Entwicklung der Schwund- und Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Statistische Berechnungen auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2010. Hannover.

**Hofmeister, Dirk, Katharina Rothe, Dorothee Alfermann und Elmar Brähler** (2010). Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Band 2 der Reihe „Report Versorgungsforschung“*, herausgegeben von C. Fuchs, B.-M. Kurth und P. C. Scriba. F. W. Schwartz und P. Angerer. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag: 159-173.

**Hook, Karen M. und Carol A. Pfeiffer** (2007). „Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills.“ *Medical Education* 41: 154-159.

**Jungbauer, J., C. Kamenik, D. Alfermann und E. Brähler** (2004). „Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung.“ *Gesundheitswesen* 66: 51-56.

**Jurkat, H.B. und C. Reimer** (2000). „Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudentinnen und -studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit.“ *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 5: 215-221.

**Jurkat, H.B., L. Richter, M. Cramer, A. Vetter, S. Bedau, F. Leweke und W. Milch** (2011). „Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. Eine Vergleichsuntersuchung des 1. und 7. Fachsemesters Humanmedizin.“ *Der Nervenarzt* 82 (5): 646–652.

- Kelle, Udo** (2007). Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden.
- Kelle, Udo und Christian Erzberger** (2012). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: 299-309.
- Kiessling, C., B. Schubert, D. Scheffner und W. Burger** (2003). „Schulbildung, Lebensumstände und Studienmotive von Studierenden des Regel- und des Reformstudiengangs an der Charité.“ Deutsche Medizinische Wochenschrift 128 (4): 135-140.
- Kleining, G.** (1982). „Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung.“ Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34: 224-253.
- Kohler, Nikolaj und Hendrik van den Bussche** (2004). „Je schwieriger, desto beliebter. Nutzen, didaktische Qualität und Schwierigkeitsgrad des vorklinischen Lehrangebots aus der Sicht von Hamburger Medizinstudenten.“ Annals of Anatomy 186 (3): 283-288.
- Kötter, Thomas** (o. J.). „Lübeck University Students Trial (LUST).“ Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Arbeitsgruppe Studierendengesundheit. Abruf am 08.05.2014, Quelle: <http://www.lust.uni-luebeck.de/index.php?id=12>.
- Kowal, Sabine und Daniel C. O'Connell** (2012). Zur Transkription von Gesprächen. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: 437-447.
- Kuckartz, U.** (2007). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Maudsley, Gillian, Evelyn M. I. Williams und David C. M. Taylor** (2007). „Junior medical students' notions of a 'good doctor' and related expectations: a mixed methods study.“ Medical Education 41: 476-486.
- Mayring, Philipp** (2000). „Qualitative Inhaltsanalyse.“ Forum: Qualitative Sozialforschung 1 (2, Artikel 20): k. A.
- Mayring, Philipp** (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel.
- Mayring, Philipp** (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel.
- Mayring, Philipp** (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Günter Mey und Katja Mruck. Wiesbaden: 601-613.

- Mayring, Philipp** (2012). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: 468-475.
- Meyer, Thorsten** (2007). Kritische Bewertung von qualitativen Studien. In: Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis. R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz und N. Donner-Banzhoff, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Murinson, Beth B., Brendan Klick, Jennifer A. Haythornthwaite, Robert Shochet, Rachel B. Levine und Scott M. Wright** (2010). „Formative Experiences of Emerging Physicians: Gauging the Impact of Events That Occur During Medical School.“ *Academic Medicine* 85 (8): 1331-1337.
- Osenberg, D., B. Huenges, M. Klock, J. Huenges, N. Weismann und H. Rusche** (2010). Wer wird denn noch Chirurg? Zukunftspläne der Nachwuchsmediziner an deutschen Universitäten. In: Mitteilungen und Nachrichten. 32. Jahrgang, Heft 62, Oktober 2010. Schriftleitung: Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall. Redaktion: Dipl.-Pol. Joachim Arndt, Berlin. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. O. O.: 79-86.
- Plewnia, Christian Gerhard** (1998). Der Wandel der Arztideale in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. Inaugural-Dissertation. Giessen.
- Powell, Richard A. und Helen M. Single** (1996). „Methodology Matters- Focus Groups.“ *International Journal for Quality in Health Care* 8 (5): 499-504.
- Prenzel, Manfred** (1997). Sechs Möglichkeiten, Lernende zu demotivieren. In: Wege zum Können. Determinanten des Kompetenzerwerbs. H. Gruber und A. Renkl. Bern, Huber: 32-44.
- Raj, Satish R., Christopher S. Simpson, Wilma M. Hopman und Michael A. Singer** (2000). „Health-related quality of life among final-year medical students.“ *Canadian Medical Association Journal* 162 (4): 509-510.
- Richter-Kuhlmann, Eva** (2007). „Berufsperspektiven: ‚Ja‘ zum Arztberuf, ‚Nein‘ zu deutschen Verhältnissen.“ *Deutsches Ärzteblatt* Jahrgang 104, Heft 26: A 1181-A 1882.
- Sanson-Fisher, R. und P. Maguire** (1980). „Should skills in communicating with patients be taught in medical schools?“ *Lancet* 2 (8193): 523-526.
- Schillinger, Marcia** (2006). Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries. Wien, Shaker Verlag.

- Schmacke, Norbert, Heidi Niehus, Bettina Berger und Maren Stamer** (2008): Abschlussbericht: "Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte". Bremen, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen.
- Schrauth, Markus, Axel Kowalski, Peter Weyrich, Jutta Begenau, Anne Werner, Stephan Zipfel und Christoph Nikendei** (2009). „Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006.“ PpMP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 59 (12): 446-453.
- Sönnichsen, A. C., N. Donner-Banzhoff und E. Baum** (2005). „Motive, Berufsziele und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin.“ Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81: 222-225.
- Speierer, G.W., J. Weidelt und F.X. Schmid** (1984). „Selbstbild und Arztideal bei vor-klinischen Medizinstudenten.“ PpMP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 34 (8): 213-219.
- Stewart, Moira A.** (1995). „Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: a Review.“ Canadian Medical Association Journal 152 (9): 1423-1433.
- Stiftung für Hochschulzulassung** (2013). „Wintersemester 2013/14, Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Universitäten.“ Abruf am 28.01.2014, Quelle: [http://www.hochschulstart.de/fileadmin/downloads/NC/WiSe2013\\_14/bew\\_medizin\\_ws13.pdf](http://www.hochschulstart.de/fileadmin/downloads/NC/WiSe2013_14/bew_medizin_ws13.pdf).
- Strube, Wolfgang, Mona Pfeiffer und Florian Steger** (2011). „Moralische Positionen, medizinethische Kenntnisse und Motivation im Laufe des Medizinstudiums - Ergebnisse einer Querschnittsstudie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.“ Ethik in der Medizin 23 (3): 201-216.
- Universität Heidelberg, Psychologisches Institut, Arbeitseinheit Allgemeine Psychologie** (o. J.). „Grundbegriffe und Grundfragen.“ Abruf am 29.04.2014, Quelle: <http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/lehre/wct/m/M01/M0102beg.htm>.
- Voltmer, Edgar, Andreas Bochmann, Ulf Kieschke und Claudia Spahn** (2007). „Studienbezogenes Erleben und Verhalten, Selbstaufmerksamkeit und soziale Unterstützung zu Beginn des Medizinstudiums.“ Zeitschrift für Medizinische Psychologie 16: 127-134.
- Voltmer, Edgar, Ulf Kieschke und Claudia Spahn** (2008). „Studienbezogenes psychosoziales Verhalten und Erleben von Medizinstudenten im ersten und fünften Studienjahr.“ Gesundheitswesen 70: 98-104.

- Voltmer, Edgar, Thomas Kötter und Claudia Spahn** (2012). „Perceived medical school stress and the development of behavior and experience patterns in German medical students.“ *Medical Teacher* 34 (10): 840-847.
- von Schmädel, D. und K. Götz** (2000). „Das Arztideal bei Medizinstudenten.“ *Der Allgemeinarzt* 22: 738-743.
- Wagner, Peggy, Julia Hendrich, Ginger Moseley und Valera Hudson** (2007). „Defining medical professionalism: a qualitative study.“ *Medical Education* 41: 288-294.
- Weide, R., J. Heymanns, J. Thomalla und H. Köppler** (2007). „Interaktiver Kleingruppenunterricht für Medizinstudenten der Klinischen Semester in einer onkologischen Gemeinschaftspraxis.“ *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 24 (1): 1/5-5/5.
- Windish, Donna M., Eboni G. Price, Sarah L. Clever, Jeffrey L. Magaziner und Patricia A. Thomas** (2005). „Teaching Medical Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning.“ *Journal of General Internal Medicine* 20: 1108-1113.
- Yedidia, Micheal J., Colleen C. Gillespie, Elisabeth Kachur, Mark D. Schwartz, Judith Ockene, Amy E. Chepaitis, Clint W. Snyder, Aaron Lazare und Mack Jr. Lipkin** (2003). „Effect of Communications Training on Medical Student Performance.“ *The Journal of the American Medical Association* 290 (9): 1157-1165.
- Zupanic, Michaela, Marzellus Hofmann, Dorothea Osenberg, Kerstin Gardeik, Paul Jansen und Martin R. Fischer** (2011). „Die angestrebte oder befürchtete berufliche Zukunft von Wittener Medizinstudierenden.“ *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 28 (2): k. A.



## 8 Anhänge

### 8.1 Votum der Ethikkommission

Dem Antragsteller Herrn Prof. Dr. Träder wurde mit einem Schreiben vom 07.05.2009 unter dem Aktenzeichen 09-052 das beantragte Studienvorhaben genehmigt. Die Genehmigung erfolgte durch die Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Dr. Raspe.

## 8.2 Sitzungsleitfaden

- kurze offizielle Begrüßung
- Dank an die Teilnehmer für das Kommen
- Klärung der Frage, ob ‚Duzen‘ in Ordnung
- die Moderatorin stellt sich vor
- kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmer
- Einführung in das Thema
- Informationen über das Projekt und den Ablauf der Veranstaltung
- Erläuterung der Regeln
- Informationen zu Schweigeverpflichtung und Einwilligung in Tonband- und Video-Aufnahmen
- Ausfüllen der Einwilligungserklärung durch die Teilnehmer
- falls keine offenen Fragen, Beginn mit der ersten Frage des Sitzungsleitfadens
- erste Sitzungsfrage (primär an die Einzelnen gerichtet):  
**,Was war Eure Motivation, das Medizinstudium zu beginnen?‘**
- zweite Sitzungsfrage (primär an die Einzelnen gerichtet):  
**,Was ist Eure aktuelle Motivation, das Medizinstudium fortzuführen?  
Inwieweit hat sich diese Motivation seit Studienbeginn verändert?  
Wie erklärt Ihr Euch ggf. diese Veränderung?‘**
- dritte Sitzungsfrage (an die Gruppe gerichtet):  
**,Was hat Euch bisher im Medizinstudium demotiviert?‘**

- vierte Sitzungsfrage (an die Gruppe gerichtet):  
**,Was hat Euch bisher im Medizinstudium motiviert?'**
- Abschlussfrage: ,Ich habe nun alle meine Fragen gestellt. Gibt es aus Eurer Sicht noch Aspekte, über die wir sprechen sollten?'
- Kurzfragebogen: ,Dann werde ich jetzt den Kurzfragebogen austeilen. Bitte vervollständigt das Formular mit den Angaben zu Eurer Person.'
- Feedback der Moderatorin: ,Ihr habt viel Wertvolles gesagt. Danke für Eure Offenheit, es hat mir viel Spaß gemacht mit Eurer Gruppe.'
- Bitte um Feedback der Teilnehmer: ,Bevor wir jetzt auseinander gehen, möchte ich Euch gerne noch um eine kurze Rückmeldung zu dieser Veranstaltung bitten!'

### 8.3 Kurzfragebogen

Mit diesem Kurzfragebogen möchten wir Deine personenbezogenen Daten erfassen, sofern sie für unsere Studie relevant sind. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname(n):** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Konfession:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Anzahl eigener Kinder:** \_\_\_\_\_

**Beruf der Mutter:** \_\_\_\_\_

**Beruf des Vaters:** \_\_\_\_\_

**Anzahl, Alter und Geschlecht von Geschwistern:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorbildung:** Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Ich habe keine Berufsausbildung und kein anderes Studium begonnen oder abgeschlossen

Ich habe eine Berufsausbildung zur/ zum \_\_\_\_\_

begonnen  abgeschlossen

Ich habe ein Studium in der Fachrichtung \_\_\_\_\_

begonnen  abgeschlossen

**Aktuelles Studiensemester:** \_\_\_\_\_

**Aktuelles Fachsemester:** \_\_\_\_\_

**Angestrebte Fachrichtung (wenn möglich):** \_\_\_\_\_

**Leistungskurse in der gymnasialen Oberstufe:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Abiturnote:** \_\_\_\_\_

**Note des 1. Staatsexamens/ Physik (falls schon absolviert):** \_\_\_\_\_

**Note des 2. Staatsexamens (falls schon absolviert):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

## 8.4 Studieninformation für Teilnehmer-Rekrutierung

### **Wir brauchen Dich! Deine Meinung zählt.**

Befragung zum Thema Studienmotivation

---

Lieber Kommilitone, liebe Kommilitonin,

ich möchte mich im Folgenden kurz vorstellen und Dich über ein Projekt informieren, welches ich im Rahmen meiner Doktorarbeit bearbeite und für dessen Teilnahme ich Dich hoffentlich gewinnen kann.

Mein Name ist Ann Stelter und ich bin Studentin der Humanmedizin im 8. Semester an der Universität zu Lübeck. Zusammen mit meinem Doktorvater Prof. Dr. Jens-Martin Träder (Facharzt für Allgemein- und Umweltmedizin und Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck) führe ich eine Studie zu folgendem Thema durch:

#### **„Eine qualitative Untersuchung zur Entwicklung der Studienmotivation angehender Humanmediziner“**

Die Studie wird in Form von Gruppengesprächen durchgeführt. Hierbei werden aus jedem Studienjahr Studenten in Sechser- bis Achtergruppen befragt. Zu einem solchen Gruppengespräch mit anderen Studierenden aus Deinem Semester und mir als Moderatorin lade ich Dich hiermit herzlich ein.

Ich werde Euch beispielsweise fragen, weshalb ihr das Medizinstudium begonnen habt. Die Gruppensitzung selbst wird ca. eineinhalb bis zwei Stunden dauern: Mit ein bisschen Vorlaufzeit (gegenseitiges Kennenlernen, Einleitung in das Thema) und der Einholung eines kurzen Feedbacks nach dem Interview werden wir für die gesamte Veranstaltung maximal drei Stunden brauchen.

Das Treffen wird abends in Räumlichkeiten der St.-Martin-Kirche (St. Jürgen) stattfinden. Den konkreten Termin und die genaue Uhrzeit werden wir ausmachen, wenn alle Studenten einer Gruppe zugesagt haben.

Wir möchten mit dieser Studie einen tieferen Einblick in die Motivationen von Studenten zu Beginn und im Verlauf des Studiums bekommen. Auch wollen wir Faktoren ermitteln, die zu einer Verstärkung oder Verminderung Eurer Motivation führen. Ihr sollt frei zu Wort kommen können und nicht in Form von vorgegebenen Antwortschemata – wie so häufig im Medizinstudium – eine möglichst passende Antwort auswählen müssen.

Des Weiteren sollen aus den Ergebnissen Vorschläge für eine Optimierung des Studiums abgeleitet werden. Dieses wird jedoch nur mit Eurer Unterstützung der Studie in Form einer Teilnahme an den Interviews möglich sein. Leider kann ich Euch aufgrund der begrenzten Mittel keine finanzielle Aufwandsentschädigung zukommen lassen. Es wird an dem Abend allerdings freie Getränke und mit Sicherheit bereichernde Gespräche geben.

Für Rückfragen, mehr Informationen und eine Zusage stehe ich Euch jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen,

Eure Ann Stelter

Solltet ihr Eure Zusage per E-Mail senden, bitte ich Euch um die Angabe folgender Informationen:

- Name, E-Mail-Adresse und Telefonnummer
- Semester
- Alter und Staatsangehörigkeit
- und ob Ihr bereits eine Berufsausbildung oder ein anderes Studium angefangen bzw. abgeschlossen habt

Vielen herzlichen Dank für Eure Unterstützung!

Ann Stelter

Tel.: 0451-5049374

Tel. mobil: 0170-4723094

E-Mail: annstelter@t-online.de

## 8.5 Einwilligungserklärung der Sitzungsteilnehmer

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Gruppensitzung der Studie „Eine qualitative Untersuchung zur Entwicklung der Studienmotivation angehender Humanmediziner“, an der ich teilnehme, per Tonband- und Videoaufnahme aufgezeichnet wird.

Ich versichere ferner, dass ich alle inhaltlichen und personenbezogenen Angaben der anderen Interviewteilnehmer vertraulich behandle und darüber Stillschweigen bewahre.

Mir ist von Seiten der Projektleitung zugesichert worden, dass meine persönlichen Angaben vertraulich behandelt werden und dass meine Aussagen während des Interviews nur in anonymisierter Form Eingang in die Auswertung und Dokumentation der Studie finden.

Ich wurde darüber informiert, dass die Abschrift meiner Aussagen von der Tonbandaufzeichnung maßgeblich von der Moderatorin, Frau cand. med. Ann Margareta Stelter, vorgenommen wird. Ich bin darüber informiert worden, dass auch die gegebenenfalls zusätzlich an der Abschrift beteiligten Personen an eine Schweigeverpflichtung gebunden sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
cand. med. Ann Margareta Stelter, Studienleiterin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jens-Martin Träder, Studienleiter



## 8.6 Transkriptionsregeln

Die im Folgenden beschriebenen Regeln wurden bei der Transkription der Gruppengespräche angewendet, um eine konsistente Verschriftlichung des Gesagten zu ermöglichen und um die spätere qualitative Auswertung der Gespräche zu erleichtern. Die Transkriptionsregeln basieren auf Vorschlägen von Bohnsack, Przyborski et al. (2006: S. 301-302) sowie von Kuckartz (2007: S. 45). Diese Vorschläge wurden für die vorliegende Studie angepasst.

### 8.6.1 Formatierung

Seitenformat: Hochformat

Seitenränder: oben 2,5 cm; links 2,5 cm; unten 2 cm; rechts 3,5 cm

Schrifttyp: Times New Roman

Schriftgröße: 12

Zeilenabstand: 1,5 Zeilen

Seitenzahlen: unten rechts

Einrücken: Gesprochenes nach Kodierung des Sprechers um 1,0 cm einrücken

Überschrift: Datum der Sitzung, Studienjahr, Teilnehmeranzahl; Formatierung fett und unterstrichen; Beispiel: **Gruppensitzung vom 27.05.2009, 5. Studienjahr, 7 Teilnehmer**

### 8.6.2 Symbole

.. kurze Pause

... mittlere Pause

(20 sec) lange Pause, Sekundenanzahl abschätzen

<u>betont</u>	auffällige Betonung
<u>gedehnt</u>	gedehntes Wort
<b>laut</b>	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers)
°leise°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers)
<i>(Lachen)</i>	Charakterisierung von außersprachlichen Vorgängen (möglichst genau beschreiben: z.B. schallendes, schüchternes, hämisches, zustimmendes Lachen), z.B. auch (Gemurmel) oder (Melodie beim Ausschalten des Handys); Beispiel: Boa ( <i>stauend/ anerkennendes Atmen</i> ), ihr seid so zielstrebig ihr Frauen, das ist der Wahnsinn! Da sind wir noch voll am Pubertieren. ( <i>Lautes Gelächter von AI und der Runde</i> ).
<i>(unverständlich, Zeit)</i>	unverständlich; Beispiel: Ich habe dann immer so ( <i>unverständlich, 0:08:12.2</i> ) und mich unwohl gefühlt.
<i>(unverständlich, Zeit, Vermutung)</i>	nicht genau verständlich, vermuteten Wortlaut notieren; Beispiel: Ich habe dann immer so ( <i>unverständlich, 0:08:12.2, Vermutung: allein dagestanden</i> ) und mich unwohl gefühlt.
[...]	abgebrochener Satz; Beispiel: Das ist irgendwie auch, für Lehrzeit [...]. Nee, das geht einfach nicht. Also, das ist [...]. Kann man eigentlich nicht machen.

### 8.6.3 Sonstige Regeln

#### „wörtliche Rede“

Gesagtes/ Gedachtes; Beispiel: Also, irgendjemand hat mich mal gefragt „warum hast Du denn nicht Pflege gemacht?“ Da habe ich gedacht, „stimmt, hätte ich ja eigentlich auch machen können“.

Füllwörter Füllwörter wie ‚ähm‘ oder ‚halt‘ aussparen (wenn kein zusätzlicher Informationsgehalt)

‚Endlossätze‘ ‚Endlossätze‘ an geeigneter Stelle (kurze Pause/ Luft holen) durch Satzzeichen gliedern

Umgangssprache

Umgangssprache etwas ‚glätten‘, ansonsten wörtliche Transkription; Beispiel:  
„Dat war denn nen total doofer Tach. Ich konnt nimmer.“ Wird zu: „Das war dann ein total doofer Tag. Ich konnte nicht mehr.“

Pseudonymisierung

Pseudonymisierung der Sprecher (Gruppen A-E und G<sup>233</sup>, Sprecher 1-8); Beispiel: Sprecher 1 aus Gruppe A wird als A1 kodiert. Die Sprecherreihenfolge je Sitzung ergibt sich aus der Reihenfolge der Beantwortung der ersten Leitfrage; das Kürzel M steht für Moderatorin; ist der Sprecher nicht zu identifizieren, dann tritt an die Stelle der Pseudonymisierung das Kürzel A? in Gruppe A, ein B? in Gruppe B und so fort.

---

<sup>233</sup> Um fehlerhafte Zuordnungen aufgrund der optischen Ähnlichkeit der Großbuchstaben E und F zu vermeiden, wurde die sechste Gruppe mit dem Kürzel G anstelle des Kürzels F versehen.

## 9 Danksagung

Mein großer Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. Jens-Martin Träder, Professor für Lehre der Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck. Als mein Doktorvater hat er mein Promotionsvorhaben von den ersten Ideen bis zur Einreichung der vorliegenden Dissertation vorbildlich begleitet. Über die fachliche Betreuung hinaus war mir unsere vertrauensvolle Zusammenarbeit eine sehr große Unterstützung.

Ebenso zentral für die Durchführung meiner Forschungen sind die Studentinnen und Studenten der Universität zu Lübeck, deren Teilnahme an den Gruppengesprächen und deren bemerkenswerte Offenheit wichtige Einsichten in die Motivation angehender Humanmedizinerinnen und Humanmediziner ermöglichten.

Wichtige inhaltliche und methodische Anregungen habe ich der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden (AQUAM) am Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck und Ihrem früheren Leiter, Herrn Prof. Dr. Thorsten Meyer, zu verdanken. Neben Herrn Prof. Dr. Meyer haben sich insbesondere Frau Dr. Nadine Pohontsch und Frau Dr. Susanne Richter Zeit für mein Promotionsvorhaben genommen.

Finanzielle Unterstützung erfuhr meine Arbeit durch den Lehrauftrag für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck, der einen Großteil der Kosten für Kopien und Fernleiheaufträge getragen hat. Das ‚Institut für Krebsepidemiologie e.V.‘ der Universität zu Lübeck hat mir für die Zeit der Datenauswertung hilfreiche Software zur Verfügung gestellt. Der Kirchengemeinde St. Martin im Lübecker Stadtteil St. Jürgen und ihrem Pastor Herrn Heiko von Kiedrowski bin ich für die vertrauensvolle Überlassung der Räumlichkeiten für die Gruppengespräche sehr dankbar. Mein herzlicher Dank gilt zudem Frau Regina Schröder, die mich bei der aufwändigen Transkription der Gruppengespräche tatkräftig unterstützte.

Zu guter Letzt möchte ich mich herzlich bei meinem Mann und meinen Eltern für ihre kontinuierliche Begleitung und für ihre Hilfestellung in verschiedenster Hinsicht bedanken.