

HIS Hochschul-Informationssystem GmbH

Goseriede 9 | 30159 Hannover | [www.his.de](http://www.his.de)

Anke Schwarzer/Gregor Fabian

# Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizинern

**HIS: Datenbericht**

Mai 2012

## **Ansprechpartner**

Gregor Fabian  
Tel.: 0511/1220-333  
E-Mail: [fabian@his.de](mailto:fabian@his.de)

Anke Schwarzer  
Tel.: 0511/1220-350  
E-Mail: [schwarzer@his.de](mailto:schwarzer@his.de)

# Inhalt

<b>Inhalt.....</b>	<b>I</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Studium .....</b>	<b>3</b>
2.1 Abiturnote .....	3
2.2 Bildungshintergrund .....	4
2.3 Beginn eines Medizinstudiums .....	4
2.4 Abbruch des Medizinstudiums .....	6
2.5 Auslandsaufenthalt während des Studiums .....	7
2.6 Abschluss eines Medizinstudiums .....	8
2.7 Rückblickender Wert des Studiums .....	9
2.8 Kompetenzen und Defizite .....	10
<b>3 Beruflicher Übergang .....</b>	<b>13</b>
3.1 Übergangsquoten .....	13
3.2 Promotion.....	14
<b>4 Erwerbsleben .....</b>	<b>15</b>
4.1 Ärztlicher Beruf.....	15
4.2 Berufliche Merkmale .....	15
4.3 Regionaler Verbleib .....	18
<b>5 Schlussbetrachtung.....</b>	<b>20</b>
<b>6 Literatur.....</b>	<b>21</b>
<b>7 Anhang .....</b>	<b>23</b>
Tabellenverzeichnis Anhang .....	23
Abbildungsverzeichnis Anhang .....	23

## Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1	Abiturnote der Studienanfänger(innen) 2009 nach Geschlecht (in %) .....	3
Tab. 2.2	Studienwahlmotive deutscher Studienanfänger(innen) 2009/2010 (Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr wichtig“ bis 5 = „unwichtig“, in %) .....	6
Tab. 2.3	Entwicklung der Studienabbruchquote (Studienanfänger 1992-1994, 1995-1997, 1997-1999, 1999-2001; in %) .....	7
Tab. 2.4	Gründe für den Studienabbruch (Studienabbrecher(innen) 2008; Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr große Rolle“ bis 5 = „überhaupt keine Rolle“, in %) .....	7
Tab. 2.5	Studienbezogene Auslandsaufenthalte (Absolventenjahrgänge 2005 und 2009; Mehrfachnennung, in %) .....	8
Tab. 2.6	Wert des Studiums (Absolventenjahrgänge 1993, 1997, 2001, 2005, 2009; Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr großen Wert“ bis 5 = „sehr geringen Wert“; in %) .....	9
Tab. 2.7	Forts.: Wert des Studiums (Absolventenjahrgänge 1993, 1997, 2001, 2005, 2009; Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr großen Wert“ bis 5 = „sehr geringen Wert“; in %) .....	10
Tab. 4.1	Erwerbstätigkeit im ärztlichen Beruf (Absolventenjahrgänge 1997, 2001, 2005 und 2009; Humanmediziner(innen); in %) .....	15
Tab. 4.2	Durchschnittliches Brutto-Jahreseinkommen nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, in Euro) .....	16
Tab. 4.3	Vertikale und horizontale Adäquanz der aktuellen/letzten Beschäftigung nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, in %) .....	16
Tab. 4.4	Berufliche Position in der aktuellen Tätigkeit nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, in %) .....	17
Tab. 4.5	Durchschnittliche Berufszufriedenheit nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, Skala von 1 „unzufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“) .....	18
Tab. 4.6	Regionaler Verbleib von Uni-Absolvent(inn)en zehn Jahre nach Studienabschluss (Absolventenjahrgang 1997, in %) .....	18
Tab. 4.7	Regionaler Verbleib von Humanmediziner(inne)n nach siedlungsstrukturellen Regionsgrundtypen (Absolventenjahrgang 1997, Zeilenprozente) .....	19
Tab. 4.8	Regionaler Verbleib von Uni-Absolvent(inn)en trad. Studiengänge (ohne Humanmedizin) nach siedlungsstrukturellen Regionstypen (Absolventenjahrgang 1997, Zeilenprozente) .....	19
Tab. 4.9	Erwerbstätigkeit im Ausland nach zeitlichem Abstand zum Studienabschluss (Absolventenjahrgänge 1997, 2001, 2005; in %) .....	19

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Übersicht über die verschiedenen Befragungswellen der HIS-HF-Absolventenpanels .....	2
Abb. 2.1	Bildungsherkunft (Absolventenjahrgang 2009, in %) .....	4
Abb. 2.2	Entwicklung der Studienanfängerzahlen in der Humanmedizin von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht .....	5
Abb. 2.3	Entwicklung der Studienanfängerzahlen an Universitäten von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht .....	5
Abb. 2.4	Entwicklung der Absolventenzahlen an Universitäten von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht (nur Erstabsolvent(inn)en) .....	8
Abb. 2.5	Entwicklung der Absolventenzahlen in der Humanmedizin von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht (nur Erstabsolvent(inn)en) .....	9
Abb. 2.6	Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Humanmediziner(inne)n, ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2009) .....	11
Abb. 2.7	Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin), ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2009) .....	11
Abb. 2.8	Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Humanmediziner(inne)n, ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001) .....	12
Abb. 3.1	Verlauf von Tätigkeiten bei Hochschulabsolvent(inn)en mit traditionellem Abschluss in den ersten 12 Monaten nach dem Studienabschluss (Absolventenjahrgang 2009, in %) .....	13
Abb. 3.2	Abschluss einer Promotion (Absolventenjahrgang 1997, in %) .....	14



## 1 Einleitung

In Deutschland wird seit Jahren darüber debattiert, ob ausreichend Mediziner(innen) deutsche Hochschulen verlassen und im Lande als Ärztinnen und Ärzte tätig werden. Die Diskussion bezieht sich zum einen auf einen möglichen Mangel in ländlichen Gebieten aufgrund einer Neigung junger Ärzte sich in städtischen Räumen niederzulassen. Zum anderen würden junge Ärzte verstärkt außerhalb Deutschlands erwerbstätig (Janson 2010). Medial wird die Debatte durch Schlagzeilen wie „Bauer sucht Arzt – Die Krankenhäuser müssen sich verändern, wenn sie junge Mediziner aufs Land locken wollen“ (Zeit-Online Februar 2012) oder „Deutschland droht ein dramatischer Ärztemangel – Deutsche Ärzte arbeiten lieber im Ausland. Damit die Versorgung gesichert bleibt, fordert die Bundesärztekammer bessere Honorare“ (Welt-Online Mai 2011) flankiert. Zwar können zunehmend Frauen für ein Medizinstudium gewonnen werden; Medizinerinnen arbeiten jedoch häufig vorübergehend nur in Teilzeit.<sup>1</sup>

Wie sehen die Bildungs- und Berufswege von Mediziner(inne)n tatsächlich aus? Wie gut bereitet das Studium auf den späteren Beruf als Arzt oder Ärztin vor? Wie viele Absolvent(inn)en arbeiten im Anschluss an das Studium tatsächlich als Arzt oder Ärztin? Wie viele gehen während des Studiums ins Ausland und wie viele werden im Anschluss an das Studium im Ausland erwerbstätig?

Diese und weitere Fragen sollen im Folgenden unter Rückgriff auf Studienanfänger-, Abbrecher- und Absolventendaten von Mediziner(inne)n geklärt werden. Als Datengrundlage werden dabei vorwiegend die Absolventenpanels der HIS-HF Hochschulforschung genutzt. Im Rahmen dieses Panels wird seit 1989 jeder vierte Jahrgang zu den Themenbereichen Studienverlauf, Bewertung der Studienbedingungen, Qualifikationserwerb, berufliche Anforderungen, Berufsübergang und berufliche Integration befragt. Es wurde ein Paneldesign gewählt, um die beruflichen und außerberuflichen Werdegänge von Akademikerinnen und Akademikern in einem Zeitfenster von zehn Jahren seit dem Studienabschluss analysieren zu können. Befragt wird jeder vierte Abschlussjahrgang jeweils ein, fünf und zehn Jahre nach dem Studienabschluss (Abb. 1.1). Für eine repräsentative Auswahl der Hochschulabsolvent(inn)en werden mittels mehrfach geschichteter Klumpenstichprobe Studiengänge an deutschen Hochschulen gezogen. Kriterien für die Klumpen sind die Studienbereiche, Hochschularten sowie die Verteilung der Absolvent(inn)en auf alte und neue Bundesländer (vgl. Kerst/Minks 2004: 3).

Für die Darstellung der Studienanfänger- und Abbrecherquoten werden Ergebnisse aus der HIS-HF-Studierendenforschung (Studienabbruchuntersuchung und Studienanfängerbefragung) hinzugezogen.

---

<sup>1</sup> Solche Teilzeitbeschäftigungen stehen häufig in Zusammenhang mit Familiengründung. Zehn Jahre nach dem Abschluss des Studiums sind etwa 40 Prozent der Humanmedizinerinnen in Teilzeit erwerbstätig. Dagegen nur drei Prozent der Humanmediziner (s. Anhang Tab. A4).

**Abb. 1.1 Übersicht über die verschiedenen Befragungswellen der HIS-HF-Absolventenpanels**

	Jahr																				
Kohorte	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
1989	Abschluss	1. Welle	2. Welle																		
1993				Abschluss	1. Welle	2. Welle															
1997							Abschluss	1. Welle	2. Welle	3. Welle											
2001											Abschluss	1. Welle	2. Welle	3. Welle							
2005														Abschluss	1. Welle	2. Welle	3. Welle				
2009																		Abschluss	1. Welle	2. Welle	3. Welle
Sechs Kohorten:	Prüfungsjahrgänge 1989 (WS 1988/1989 + SoSe 89), 1993, 1997, 2001, 2005 und 2009																				
Zwei bzw. drei Wellen:	1. Welle: ca. 1 bzw. 1,5 Jahre (Jg. 2001) nach dem Studienabschluss																				
	2. Welle: ca. 3,5 bzw. 4,5 Jahre (Jg. 1989), 5 Jahre (Jg. 1993), 5,5 Jahre (Jg. 1997) nach dem Studienabschluss																				
	3. Welle: ca. 10 Jahre nach dem Studienabschluss																				

Die Ergebnisse werden für Humanmediziner(innen) dargestellt. Als Vergleichsgruppe fungieren Universitätsabsolvent(inn)en aller anderen traditionellen Studiengänge.<sup>2</sup> Bachelor- und Masterabsolvent(inn)en sind in den Analysen nicht berücksichtigt.

Der Bericht ist in drei Themenbereiche gegliedert. Der erste thematisiert die Phase des Studiums und klärt Fragen zu den Studienwahlmotiven, der Entwicklung der Anfänger-, Abbrecher- und Absolventenquoten, der Bewertung des Studiums und Kompetenzen bzw. möglichen Kompetenzdefiziten. Letztere bestehen, wenn die nach dem Studium vorhandenen Kompetenzen nicht mit den beruflichen Anforderungsprofilen übereinstimmen (Kapitel 2). Anschließend wird der berufliche Übergang beleuchtet. Dabei werden mögliche Anschlussprobleme nach dem Studium sowie das akademische Weiterbildungsverhalten dargestellt (Kapitel 3). Kapitel 4 stellt den Übergang in das Erwerbsleben und den beruflichen Verlauf von Mediziner(inne)n in den Mittelpunkt. Berichtet wird der Anteil an Humanmediziner(inne)n, die nach dem Studium tatsächlich als Arzt oder Ärztin tätig werden. Außerdem wird die regionale Mobilität von Mediziner(inne)n sowohl direkt nach dem Studium als auch im weiteren Erwerbsverlauf thematisiert. Abschließend werden Merkmale des beruflichen Erfolgs von Humanmediziner(inne)n in den Vergleich zu den Absolvent(inn)en weiterer Studiengänge gestellt.

<sup>2</sup> An einigen Stellen (Studienanfänger- und Studienabbrecherquoten) können als Vergleichsgruppe nur alle Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge an einer Universität herangezogen werden. Darin sind auch die Humanmediziner(innen) enthalten.



## 2 Studium

Aufgrund der großen Nachfrage ist die Vergabe der Studienplätze in medizinischen Fächern beschränkt. Die Zulassung ist in erster Linie von der Abschlussnote der Hochschulzugangsberechtigung abhängig. Inwiefern sich die Note des Abiturs und die Bildungsherkunft der Mediziner(innen) von Studierenden anderer Studiengänge unterscheiden, soll im Folgenden beschrieben werden. Weiterhin werden die Studienanfänger-, Studienabbrecher- und die Absolventenquoten berichtet.

### 2.1 Abiturnote

Studienanfänger(innen) der Medizin schließen ihr Abitur deutlich häufiger sehr gut ab (45 %) als Studienanfänger(innen) weiterer universitärer Studiengänge; letztere häufiger befriedigend als Medizinstudent(inn)en (Tab. 2.1).

Weibliche Studienanfänger erzielen bessere Abiturnoten als männliche. Studentinnen der Humanmedizin haben ihr Abitur häufiger als Studenten dieses Studiengangs sehr gut absolviert.

**Tab. 2.1 Abiturnote der Studienanfänger(innen) 2009 nach Geschlecht (in %)**

	Abiturnote				Gesamt
	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	
<b>Student(inn)en Humanmedizin</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
davon männlich	39	56	3	2	100
davon weiblich	49	47	4	0	100
<b>Uni-Student(inn)en weiterer Fachrichtungen</b>	<b>8</b>	<b>49</b>	<b>41</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
davon männlich	8	45	44	3	100
davon weiblich	9	50	39	2	100
<b>Uni-Student(inn)en insgesamt</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
davon männlich	9	46	42	3	100
davon weiblich	11	50	37	2	100

Studienanfänger 2009

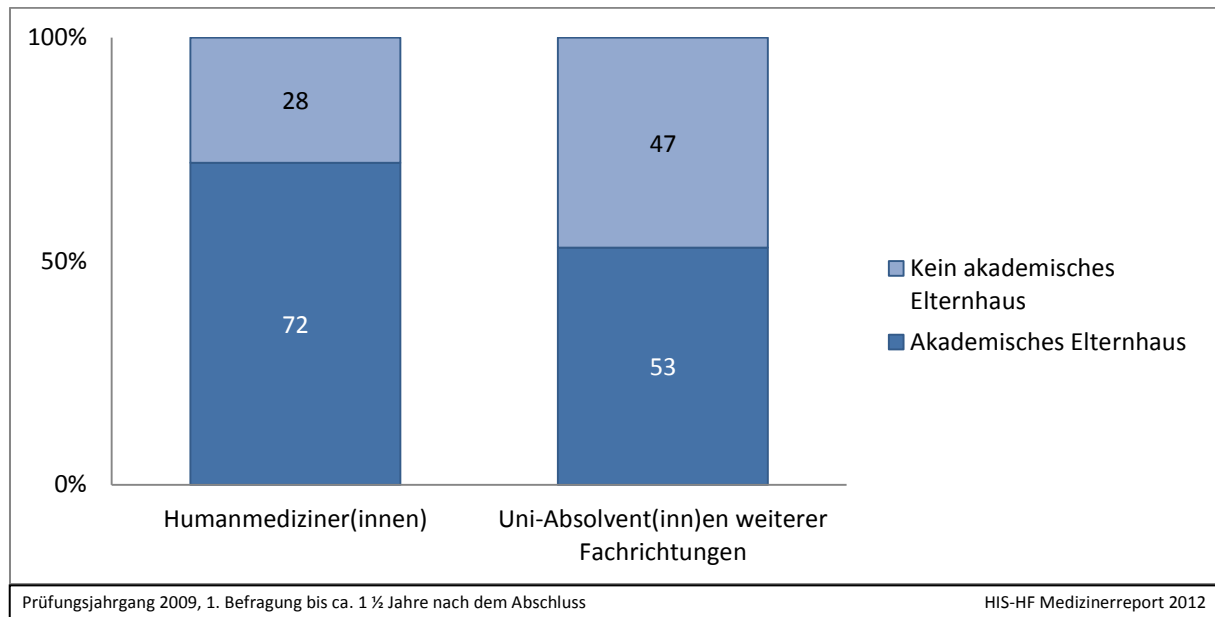
HIS-HF Medizinerreport 2012

sehr gut= 1,0 bis 1,4; gut= 1,5-2,4; befriedigend= 2,5-3,4; ausreichend= 3,5 und schlechter

## 2.2 Bildungshintergrund

Ein Studium wird wahrscheinlicher, wenn die Eltern bereits Erfahrungen mit dem System Hochschule gemacht haben.<sup>3</sup> Unter Mediziner(inne)n zeigt sich dieser Zusammenhang in höherem Maße als unter den Absolvent(inn)en weiterer traditioneller Studiengänge (Abb. 2.1). Bei knapp drei Vierteln der Humanmediziner(innen) hat mindestens ein Elternteil einen akademischen Abschluss.

**Abb. 2.1 Bildungsherkunft (Absolventenjahrgang 2009, in %)**



Eine Tätigkeit mindestens eines Elternteils als Ärztin oder Arzt steht in einem signifikanten Zusammenhang zu einem Studium der Humanmedizin. Bei etwa 22 Prozent der Humanmediziner(innen) des Absolventenjahrgangs 2009 ist mindestens ein Elternteil ebenfalls Humanmediziner (ohne Tabelle). Unter den Absolvent(inn)en der Vergleichsgruppe sind es nur vier Prozent.

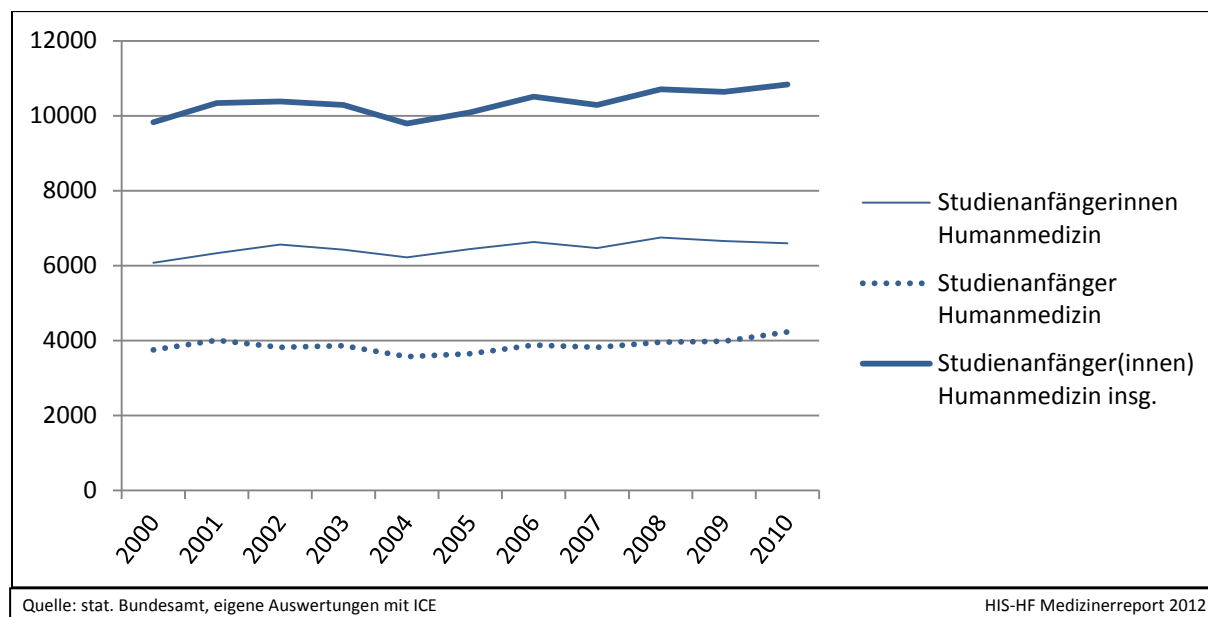
## 2.3 Beginn eines Medizinstudiums

Die Studienanfängerzahlen an Hochschulen haben in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen und liegen im Jahr 2009 sieben Prozent über der Quote von 2008 (vgl. Willich et al. 2011: 28) (Abb. 2.3). Dies gilt – wenn auch in wesentlich geringerem Maße – auch für die Fachrichtung Medizin<sup>4</sup> (Abb. 2.2). Wie bei Studierenden insgesamt nimmt der Anteil der Frauen auch im Medizinstudium zu (vgl. Willich et al. 2011: 32). Seit 1995 liegt der Frauenanteil an Universitäten über jenem der Männer (vgl. Willich et al. 2011: 26). Die höhere Frauenquote spiegelt unter anderem auch den höheren Anteil von Abiturientinnen im Vergleich zu den Abiturienten wider.

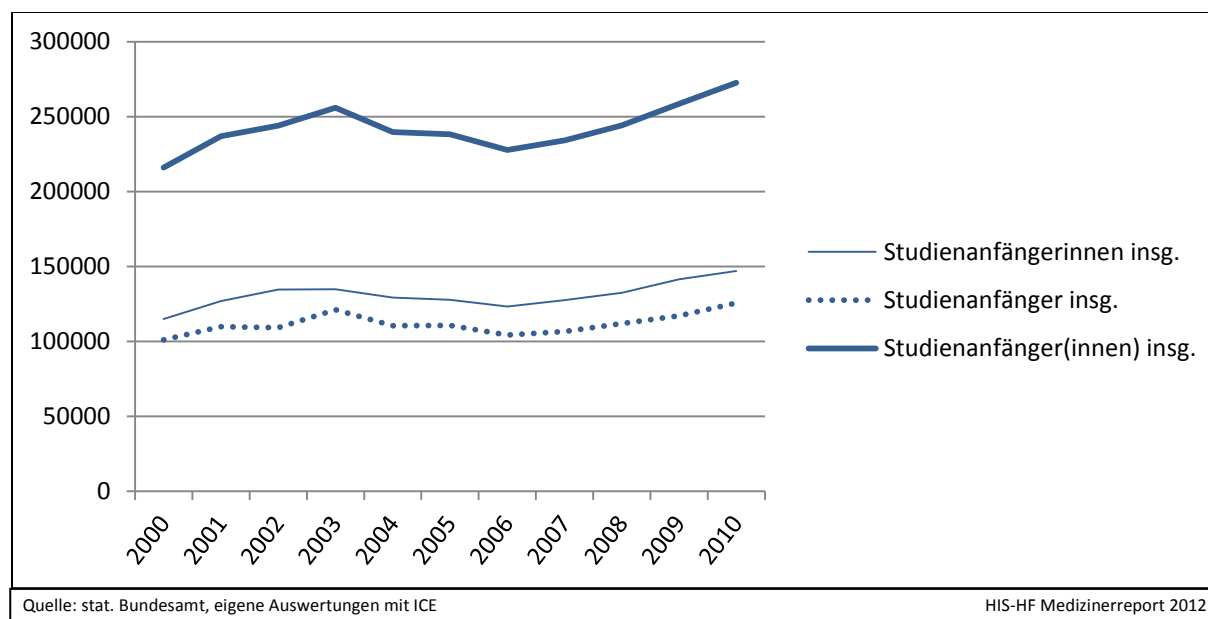
<sup>3</sup> Unter den Studienanfänger(inne)n des Wintersemesters 2007/2008 kamen 59 Prozent aus einem akademischen Elternhaus (wenigstens ein Elternteil hat ein Universitäts- oder Fachhochschulstudium abgeschlossen). Im Wintersemester 2008/2009 waren es 57 Prozent (vgl. Willich et al. 2011: 12).

<sup>4</sup> Willich et al. (2011: 8) fassen unter der Fächergruppe Medizin/(Gesundheitswesen) Human- und Veterinärmedizin zusammen.

**Abb. 2.2** Entwicklung der Studienanfängerzahlen in der Humanmedizin von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht (absolute Zahlen)



**Abb. 2.3** Entwicklung der Studienanfängerzahlen an Universitäten von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht (absolute Zahlen)



Welche Motive haben Einfluss auf die Aufnahme eines Studiums? Lassen sich für Humanmediziner(innen) ähnliche Motive feststellen wie für Studierende anderer Fächer? Führen besondere Motivlagen in ein humanmedizinisches Studium? Willich et al. (2011) unterscheiden intrinsische, soziale und extrinsische Studienwahl-motive. Intrinsische Motive, vor allem das fachliche Interesse, spielen für angehende Mediziner(innen) wie auch für Studienanfänger(innen) insgesamt eine zentrale Rolle (Tab. 2.2). Im Vergleich mit allen Universitäts-student(inn)en sind auch soziale Motive wie „viele Kontakte zu Menschen“ und „anderen helfen“ für Stu-dent(inn)en der Medizin von großer Bedeutung. Auch extrinsische Motive wie „viele Berufschancen haben“,

„selbständig arbeiten können“ oder eine „sichere Berufsposition“ sind verbreitet; sie sind für etwa 70 Prozent der Humanmediziner(innen) für die Wahl des Studiums mit bestimmend.

**Tab. 2.2 Studienwahlmotive deutscher Studienanfänger(innen) 2009/2010 (Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr wichtig“ bis 5 = „unwichtig“, in %)**

Studienwahlmotive mit großer Bedeutung	Medizin	Universität insgesamt
	intrinsische Motive	
Fachinteresse	93	91
Neigung/Begabung	87	86
Persönliche Entfaltung	74	63
wissenschaftliches Interesse	51	43
	soziale Motive	
	Viele Kontakte zu Menschen	41
	Zu sozialen Veränderungen beitragen	38
	Anderen helfen	40
	extrinsische Motive	
	Viele Berufsmöglichkeiten haben	59
	Selbständig arbeiten können	57
	Sichere Berufsposition	66
	Gute Verdienstmöglichkeiten	62
	Wegen Status des Berufs	49
	Studienrichtung auf Arbeitsmarkt gefragt	50
Studienanfänger WS 2009/10		HIS-HF Medizinerreport 2012

Quelle: Willich et al. (2011)

## 2.4 Abbruch des Medizinstudiums

Die Studienabbruchquote<sup>5</sup> ist unter Student(inn)en der Medizin<sup>6</sup> deutlich geringer als im Durchschnitt der Studierenden (vgl. Heublein et al. 2010: 8). Nur fünf Prozent der Studierenden, die ihr Studium in den Jahren 1999-2001 aufnahmen, brachen das Medizinstudium ab (Tab. 2.3). Studienanfänger(innen) der Humanmedizin gehören zu den Lernstärkeren unter den Abiturient(inn)en, sie kennen häufig die Studienanforderungen, die an sie gestellt werden, und bringen nach eigener Einschätzung häufig auch die fachlichen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Studienabschluss mit (vgl. Willich et al. 2011: 108).

<sup>5</sup> Heublein et al. (2010: 5) verstehen unter Studienabbrechern „ehemalige Studierende, die zwar durch Immatrikulation ein Erststudium an einer deutschen Hochschule aufgenommen haben, dann aber das Hochschulsystem ohne (erstes) Abschlussexamen verlassen“.

<sup>6</sup> Heublein et al. (2010) fassen Medizin und Gesundheitswissenschaften zusammen. Deswegen beziehen sich die Zahlen in diesem Kapitel (2.4) nicht nur auf die Humanmediziner(innen), sondern auch auf die Zahnmediziner(innen).

**Tab. 2.3** Entwicklung der Studienabbruchquote (Studienanfänger 1992-1994, 1995-1997, 1997-1999, 1999-2001; in %)

Fachrichtung	Studienanfängerjahrgänge			
	Studienanfänger 1992-1994 (Absolventen 1999)	Studienanfänger 1995-1997 (Absolventen 2002)	Studienanfänger 1997-1999 (Absolventen 2004)	Studienanfänger 1999-2001 (Absolventen 2006)
Medizin, Gesundheitswissenschaften	8	11	8	5
Universitäten insgesamt	24	26	24	22

HIS-Studienabbruchuntersuchung 2008

Quelle: Heublein et al. (2010: 6f.)

Der Abbruch eines Studiums wird durch zahlreiche Einflussfaktoren bestimmt (vgl. Heublein 2010: 17). Unter Humanmediziner(inne)n werden Leistungsprobleme und schlechte Studienbedingungen überdurchschnittlich häufig als Gründe für den Abbruch des Studiums genannt (Tab. 2.4). Der Vergleich der Abbruchgründe von Mediziner(inne)n und Studierenden anderer Studiengänge zeigt, dass erstgenannte ihr Studium seltener aus einem Mangel an Motivation oder aufgrund einer beruflichen Neuorientierung abbrechen.

**Tab. 2.4** Gründe für den Studienabbruch (Studienabbrecher(innen) 2008, Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr große Rolle“ bis 5 = „überhaupt keine Rolle“, in %)

Gründe für den Studienabbruch	Medizin	Universität insgesamt
Leistungsprobleme	74	69
Finanzielle Probleme	58	53
Mangelnde Studienmotivation	47	65
Unzulängliche Studienbedingungen	70	78
Nichtbestandene Prüfungen	32	25
Berufliche Neuorientierung	54	66
Familiäre Probleme	22	19
Krankheit	14	10

HIS-Exmatrikulierten Befragung 2008

Quelle: Heublein et al. (2010)

## 2.5 Auslandsaufenthalt während des Studiums

Ein Auslandsaufenthalt im Rahmen des Studiums kann helfen, das fachliche Wissen zu erweitern, Fremdsprachenkenntnisse zu vertiefen und zur Entwicklung der Persönlichkeit beitragen (vgl. Rehn et al. 2011: 12). Knapp 60 Prozent der Humanmediziner(innen) des Absolventenjahrgangs 2009 waren studienbezogen im Ausland (Tab. 2.5). Das ist ein deutlich höherer Anteil als unter Universitätsabsolvent(inn)en anderer Studiengänge (36%). Etwa die Hälfte der Humanmediziner(innen) absolvierte ein Auslandspraktikum; häufig handelt es sich dabei um die Famulatur (vgl. Rehn et al. 2011: 13).

**Tab. 2.5 Studienbezogene Auslandsaufenthalte (Absolventenjahrgänge 2005 und 2009, Mehrfachnennung, in %)**

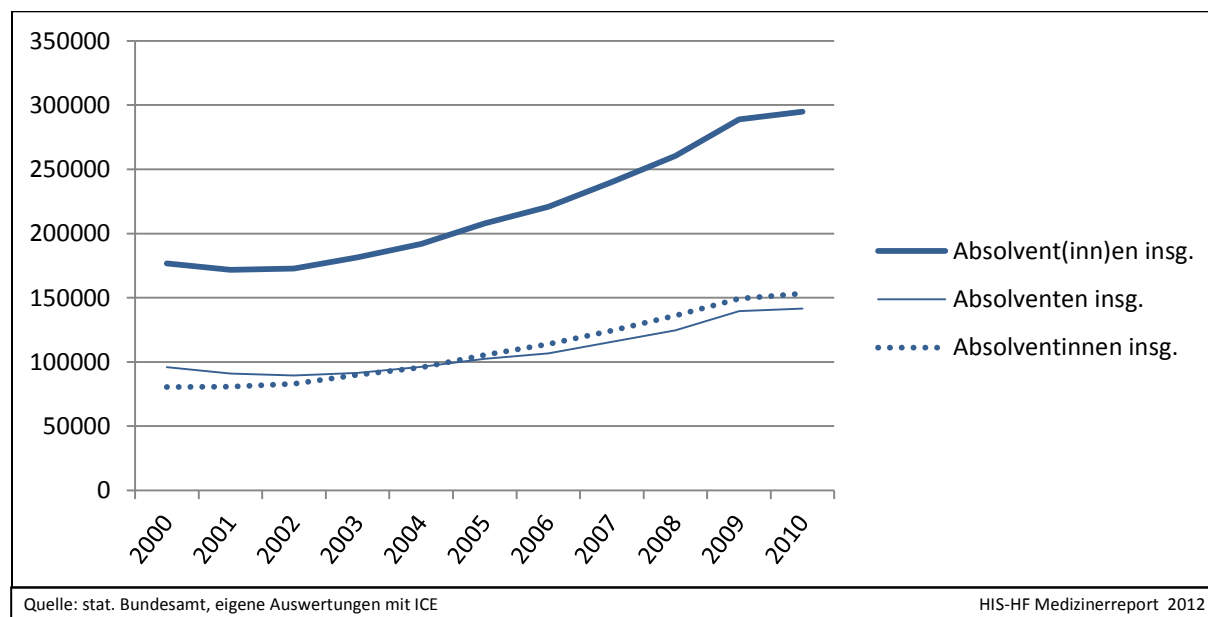
Fachrichtung	Jahrgang	Auslandsaufenthalt									
		Auslandsstudium		Auslandspraktikum		Sprachkurs		Sonstiges		Kein Auslandsaufenthalt	
		'05	'09	'05	'09	'05	'09	'05	'09	'05	'09
Humanmediziner(innen)		22	11	59	49	3	1	8	4	32	42
Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen		20	23	16	15	5	4	6	4	64	64
Uni-Abschluss insgesamt		20	22	19	18	5	3	6	4	61	62
Prüfungsjahrgänge 2005 und 2009, 1. Befragungen bis ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss										HIS-HF Medizinerreport 2012	

Prüfungsjahrgänge 2005 und 2009, 1. Befragungen bis ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss

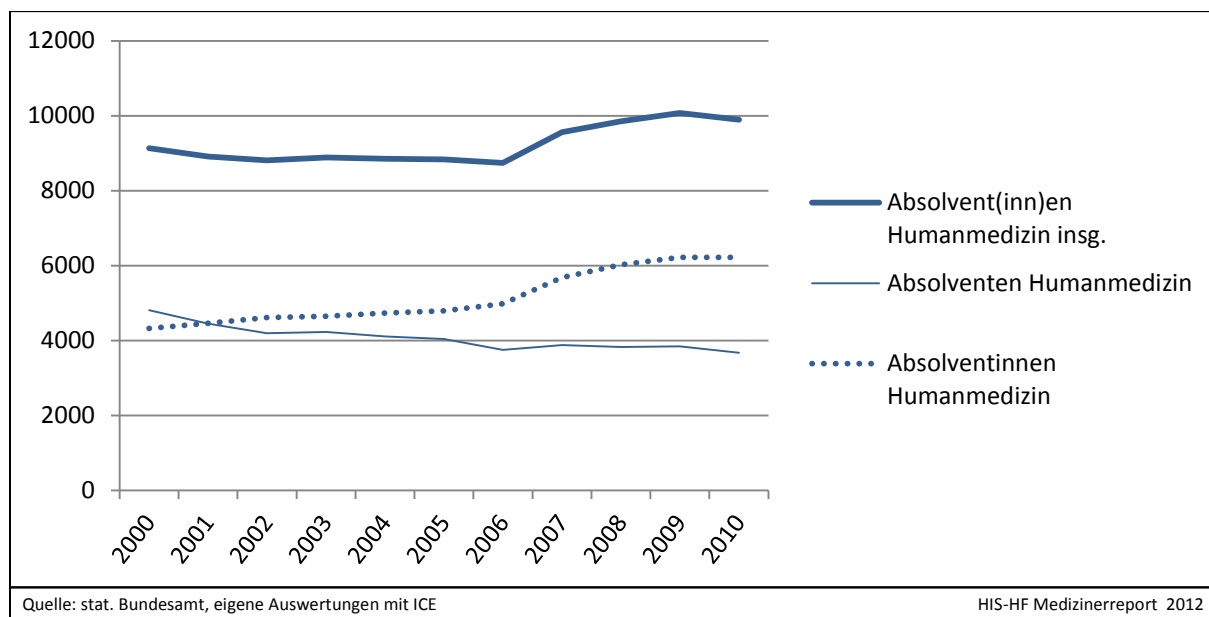
HIS-HF Medizinerreport 2012

## 2.6 Abschluss eines Medizinstudiums

Nach einer kurzzeitigen Abnahme zu Beginn des Jahrtausends, nehmen die Hochschulabsolventenzahlen kontinuierlich zu (Abb. 2.4). Insgesamt liegt der Zuwachs zwischen den Jahren 2000 und 2010 bei 66 Prozent. Die Absolventenzahlen in der Medizin sind dagegen über den genannten Zeitraum hinweg relativ konstant und nehmen erst mit dem Jahr 2007 erkennbar zu (Abb. 2.5).

**Abb. 2.4 Entwicklung der Absolventenzahlen an Universitäten von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht (nur Erstabsolvent(inn)en, absolute Zahlen)**

**Abb. 2.5** Entwicklung der Absolventenzahlen in der Humanmedizin von 2000 bis 2010 differenziert nach Geschlecht (nur Erstabsolvent(inn)en, absolute Zahlen)



## 2.7 Rückblickender Wert des Studiums

Der Wert eines Studiums liegt für Absolvent(inn)en nicht nur in den daraus resultierenden beruflichen Möglichkeiten oder den monetären Erträgen, die sich aus einem Studium ergeben. Auch immaterielle Aspekte sind im Rahmen einer rückblickenden Bewertung des Studiums – sowohl für Humanmediziner(innen) als auch für Absolvent(inn)en der Vergleichsgruppe - von Bedeutung (Tab. 2.7). Humanmediziner(innen) anerkennen an ihrem Studium durchaus den Wert für ihren späteren beruflichen Werdegang. Im Vergleich mit den Universitätsabsolvent(inn)en anderer Fachrichtungen messen Humanmediziner(innen) den beruflichen Optionen einen größeren Wert bei (Tab. 2.6).

**Tab. 2.6** Wert des Studiums (Absolventenjahrgänge 1993, 1997, 2001, 2005, 2009; Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr großen Wert“ bis 5 = „sehr geringen Wert“; in %)

Fachrichtung	Studienwerte: Merkmale der Verwertbarkeit															
	Jahrgang	Möglichkeit, einen interessanten Beruf zu ergreifen					Verwertbarkeit des Studiums für den beruflichen Aufstieg/die berufliche Karriere					Vermittlung der Kenntnisse für den Beruf				
		'93	'97	'01	'05	'09	'93	'97	'01	'05	'09	'93	'97	'01	'05	'09
Humanmediziner(innen)		92	96	96	96	97	53	59	58	59	71	58	72	64	67	70
Uni-Absolvent(inn)en weiterer Studiengänge		77	81	82	79	82	51	57	53	53	57	46	50	46	45	45
Uni-Absolvent(inn)en insgesamt		79	82	83	80	83	52	57	54	53	58	47	52	47	47	47
Prüfungsjahrgänge 1993, 1997, 2001 und 2005, 2009, 1. Befragungen bis ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss												HIS-HF Medizinerreport 2012				

**Tab. 2.7 Forts.: Wert des Studiums (Absolventenjahrgänge 1993, 1997, 2001, 2005, 2009; Werte 1+2 einer Skala von 1 = „sehr großen Wert“ bis 5 = „sehr geringen Wert“; in %)**

Fachrichtung	Jahrgang	Studienwerte									
		Möglichkeit, mich persönlich weiterzuentwickeln					Chance, mich über eine längere Zeit zu bilden				
		'93	'97	'01	'05	'09	'93	'97	'01	'05	'09
Humanmediziner(innen)		70	76	74	80	81	59	66	63	74	77
Uni-Absolvent(inn)en weiterer Studiengänge		79	82	81	82	83	67	65	65	69	72
Uni-Absolvent(inn)en insgesamt		78	82	80	81	83	66	65	65	70	72
Prüfungsjahrgänge 1993, 1997, 2001, 2005, 2009, 1. Befragungen ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss										HIS-HF Medizinerreport 2012	

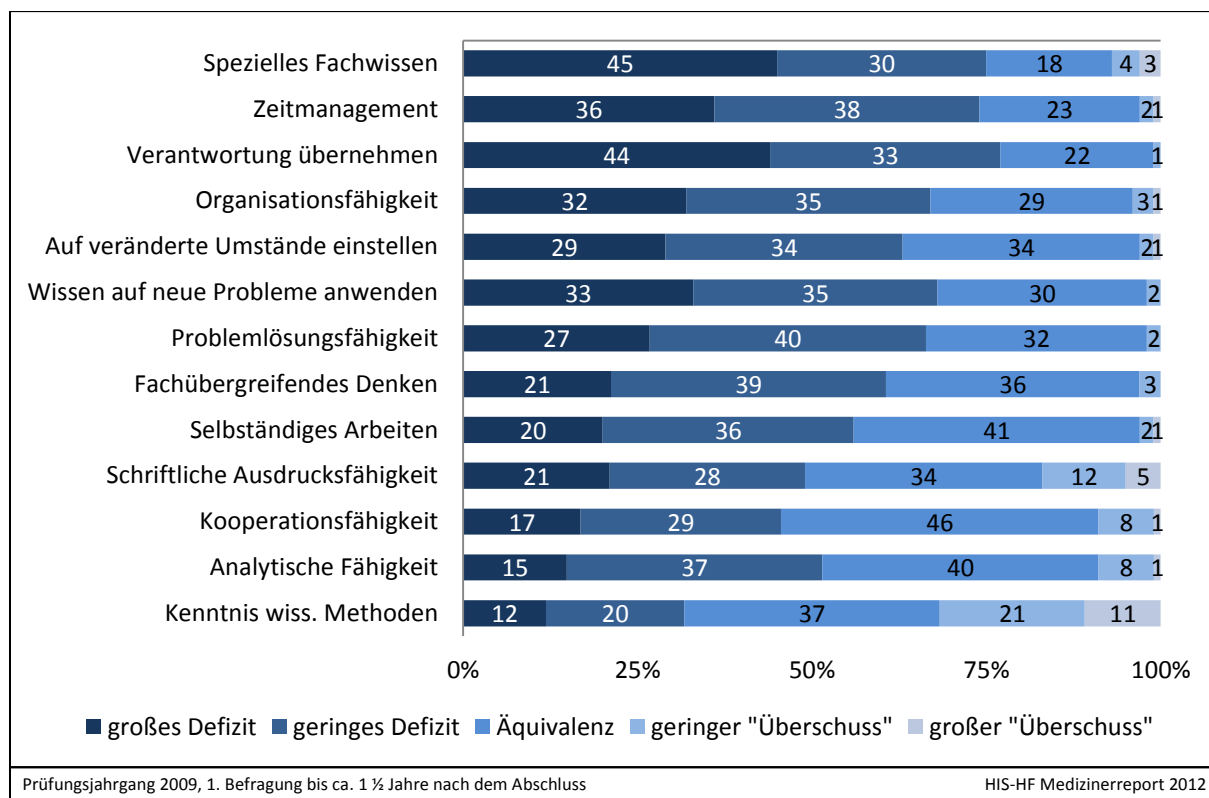
## 2.8 Kompetenzen und Defizite

Unabhängig von der Frage, inwieweit Kompetenzen im Studium oder durch berufspraktische Erfahrungen im Anschluss daran erworben werden können, berichten Humanmediziner(innen) des Absolventenjahrgangs 2009 etwa ein Jahr nach dem Abschluss ihres Studiums deutlich größere Defizite als Absolvent(inn)en anderer traditioneller Studiengänge (Abb. 2.6, Abb. 2.7).<sup>7</sup> Knapp die Hälfte der Mediziner(innen) sieht nach ihrem Studienabschluss große fachliche Defizite (Abb. 2.6). Ähnlich deutlich fallen die Einschätzungen zu organisatorischen Kompetenzmerkmalen aus. Bei neun der dreizehn dargestellten Aspekte attestieren sich mehr als die Hälfte der Humanmediziner(innen) (große) Kompetenzdefizite. Unter den Absolvent(inn)en der weiteren universitären Studiengänge ist bei den meisten Kompetenzdimensionen ein deutlich positiveres Verhältnis von verfügbaren und geforderten Kompetenzen zu erkennen (Abb. 2.7).

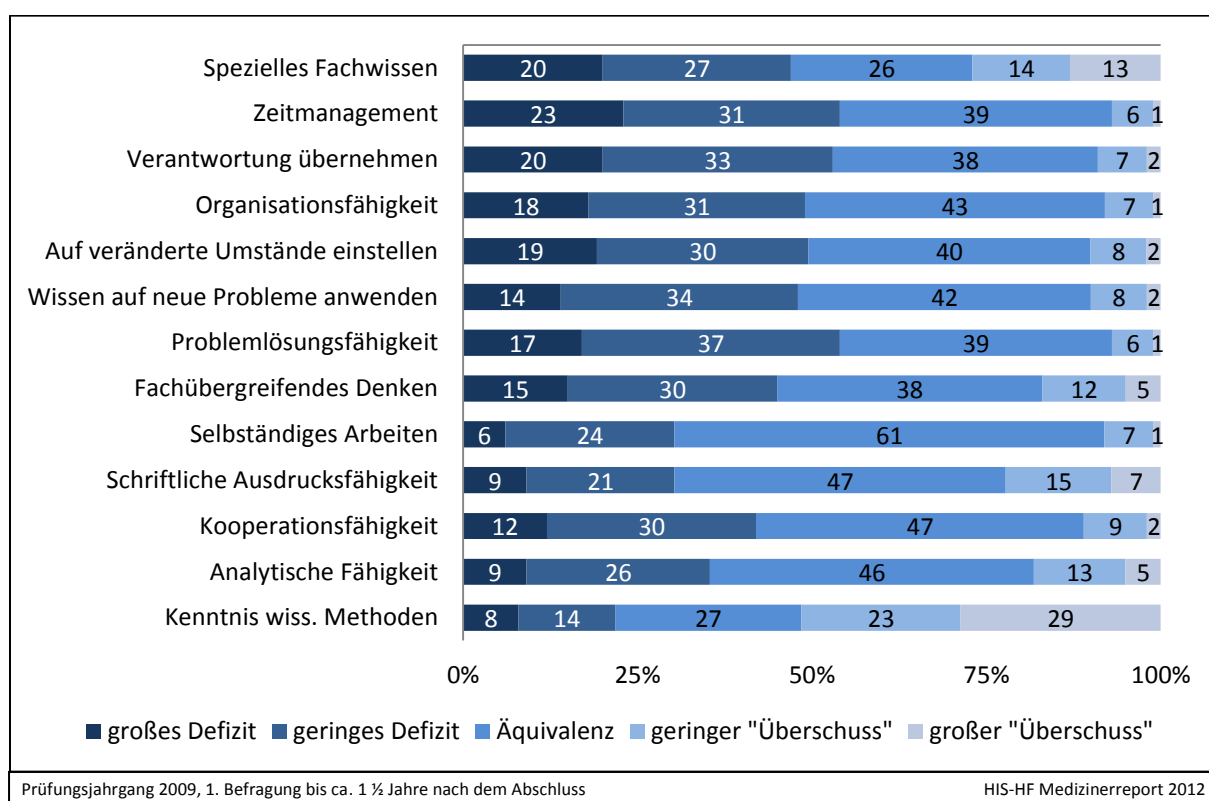
<sup>7</sup> Die größeren Defizite sind nicht zwingend auf besonders hohe Anforderungen als vielmehr auf geringere Selbstbewertungen zurückzuführen (s. Anhang Abb. A4 und Abb. A5).



**Abb. 2.6 Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Humanmediziner(inne)n, ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2009, bis ca. 1½ Jahre nach dem Abschluss, in %)**



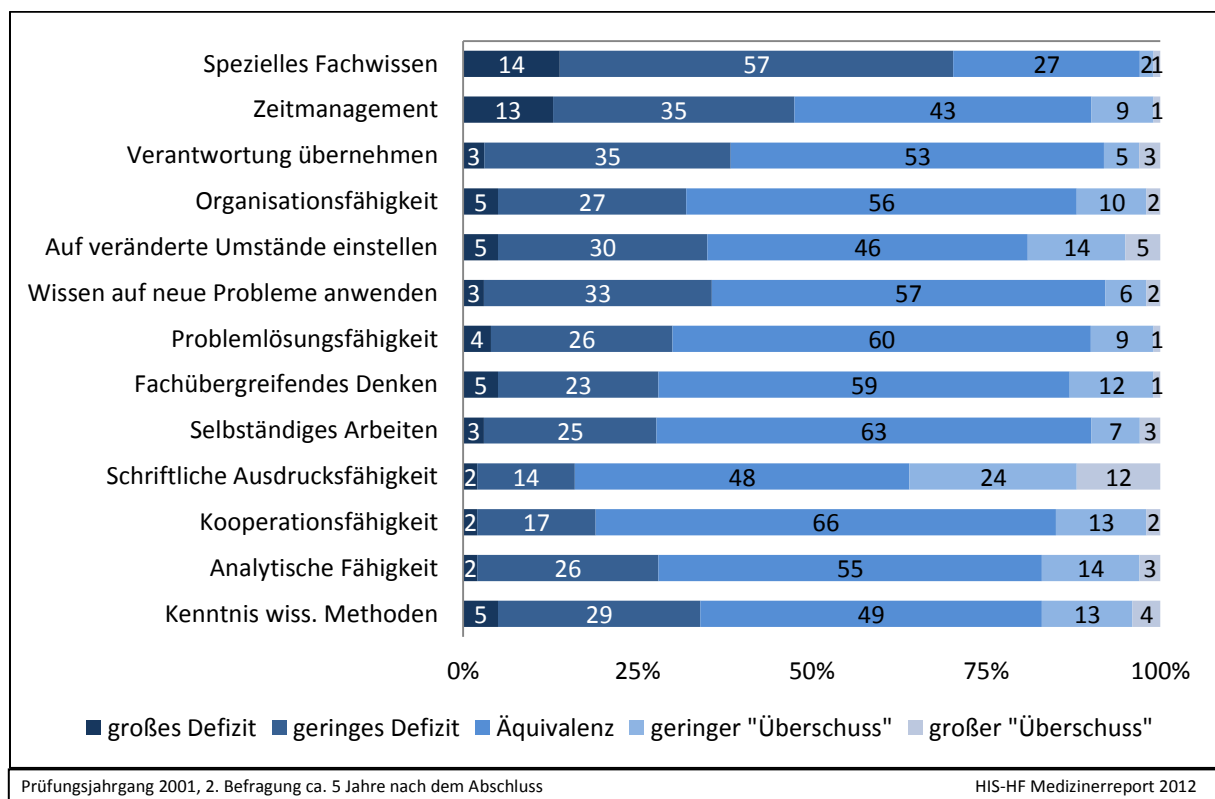
**Abb. 2.7 Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin), ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2009, bis ca. 1½ Jahre nach dem Abschluss, in %)**



Ein Vergleich von jungen Humanmediziner(inne)n ein und fünf Jahre nach dem Studienabschluss zeigt, dass die Defizite zwischen den vorhandenen Fähigkeiten und den beruflichen Anforderungen fünf Jahre nach dem Studienabschluss (und damit zumeist nach Aufnahme der fachärztlichen Weiterbildung) deutlich zurückgegangen sind (Abb. 2.8).<sup>8</sup>

Unter den Universitätsabsolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmediziner(innen)) zeigt sich ein Rückgang der Kompetenzdefizite – ausgehend von geringeren Defiziten – in ähnlicher Weise (s. Anhang Abb. A2 und Abb. A3).

**Abb. 2.8 Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Humanmediziner(inne)n, ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, ca. 5 Jahre nach dem Abschluss, in %)**



<sup>8</sup> Für den zeitlichen Vergleich wurden die Absolvent(inn)en des Prüfungsjahrgangs 2001 herangezogen. Sie absolvierten zwar noch den AiP, im Anschluss daran folgt aber zumeist die fachärztliche Weiterbildung. Ein Jahr nach dem Examen wiesen sie ganz ähnliche Kompetenzdefizite auf wie der hier dargestellte Prüfungsjahrgang 2009 (s. Anhang Abb. A1).

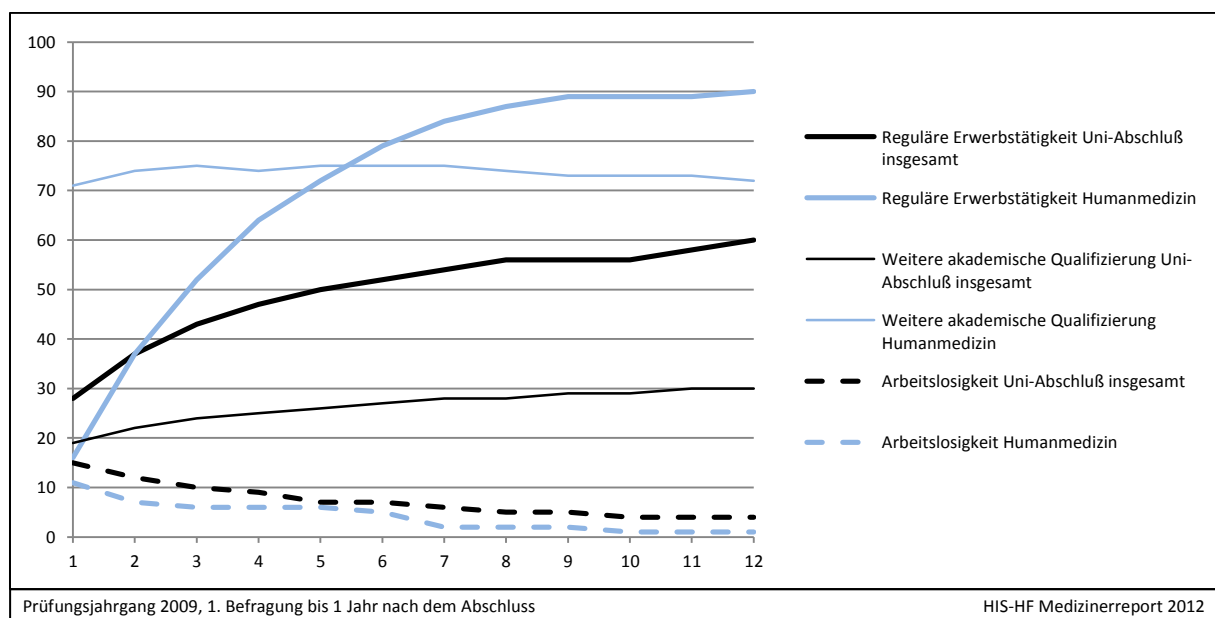
### 3 Beruflicher Übergang

Der Übergang an der Schnittstelle zwischen Hochschule und Beruf ist eine kritische Phase, weil sich daraus für Hochschulabsolvent(inn)en Anschlussprobleme ergeben können, die etwa in Form von Arbeitslosigkeit oder unterqualifizierter Beschäftigung auftreten.

#### 3.1 Übergangsquoten

Bei Humanmediziner(inne)n geht der Übergang bei Aufnahme einer fachärztlichen Weiterbildung oder einer ärztlichen Tätigkeit meist problemfrei vonstatten. Der Anteil regulär Erwerbstätiger<sup>9</sup> beträgt zwar im ersten Monat nach dem Examen nur 16 Prozent; er steigt in den Folgemonaten jedoch stark an. Zwölf Monate nach dem Studienabschluss sind etwa 90 Prozent der Humanmediziner(innen) regulär beschäftigt. Dieser Anteil ist deutlich höher als unter Universitätsabsolvent(inn)en anderer Fachrichtungen (Abb. 3.1). Ein Großteil der Humanmediziner(innen) des Absolventenjahrgangs 2009 arbeitet direkt nach dem Studienabschluss außerdem an einer Promotion. Arbeitslosigkeit spielt für Humanmediziner(innen) lediglich in den ersten sechs Monaten nach dem Abschluss des Studiums eine Rolle. Nach zwölf Monaten kommt Arbeitslosigkeit unter Humanmediziner(inne)n kaum noch vor. Ein ähnlicher Befund ist auch für die Universitätsabsolvent(inn)en traditioneller Studiengänge insgesamt zu erkennen, auch wenn die Arbeitslosenquoten etwas über denen der Humanmediziner(innen) liegen.

**Abb. 3.1 Tätigkeitsprofile von Hochschulabsolvent(inn)en mit traditionellem Abschluss in den ersten 12 Monaten nach dem Studienabschluss (Absolventenjahrgang 2009, in %)**



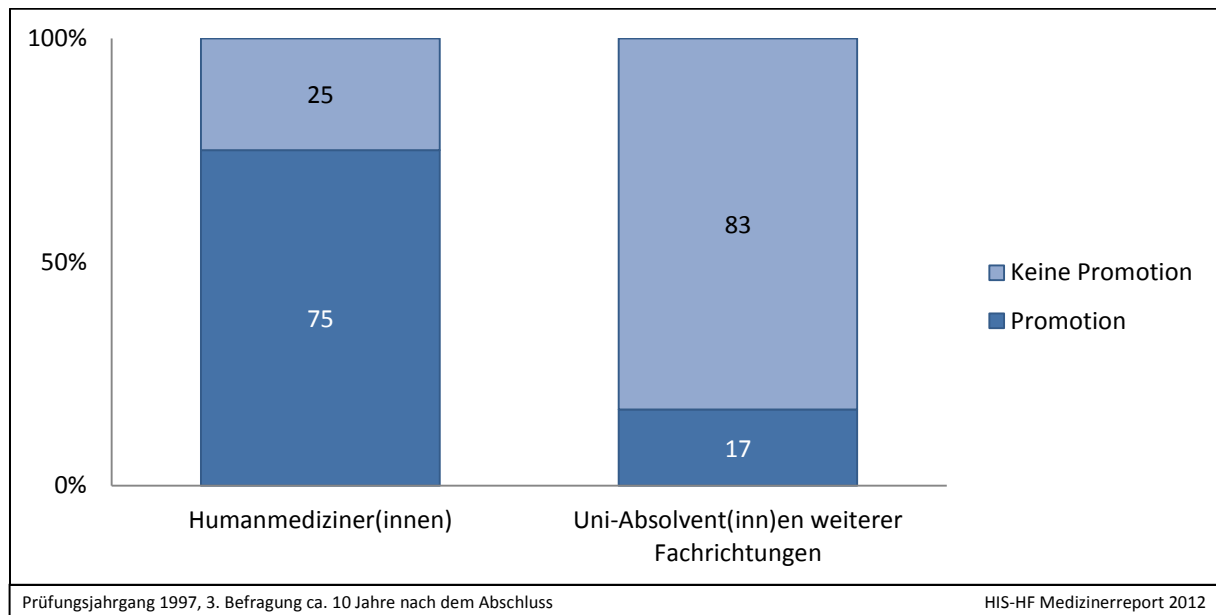
<sup>9</sup> Unter regulärer Erwerbstätigkeit sind selbständig Erwerbstätige und abhängig Beschäftigte zusammengefasst (vgl. Fabian/Briedis 2009: 11).

### 3.2 Promotion

Drei von vier Humanmediziner(inne)n sind zehn Jahre nach dem Abschluss des Studiums promoviert (Abb. 3.2). Von den Universitätsabsolvent(inn)en der weiteren universitären Studiengänge sind es zum gleichen Zeitpunkt 17 Prozent.

Eine Promotion in der Medizin unterscheidet sich häufig von den Qualifikationsarbeiten in anderen Fachbereichen. Zum einen lassen Umfang und Inhalt ihre Bearbeitung nicht selten bereits im Rahmen des Studiums zu. Zum anderen stehen bei Humanmediziner(inne)n seltener umfassende Forschungsaspekte im Vordergrund als bei Promovierenden anderer Fachrichtungen. Mediziner(innen) versprechen sich durch den Dokortitel (noch) bessere berufliche Möglichkeiten. Diese lassen sich jedoch auf diesem Wege nur bedingt realisieren (Schwarzer: in Vorbereitung).

**Abb. 3.2 Abschluss einer Promotion (Absolventenjahrgang 1997, in %)**



## 4 Erwerbsleben

Humanmediziner(innen) gelangen im Anschluss an das Studium besonders schnell in eine reguläre Beschäftigung. Nur selten sind sie von Arbeitslosigkeit betroffen (Abb. 3.1). Ein Medizinstudium gilt seiner Anlage nach der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Ob Humanmediziner(innen) tatsächlich in ärztlichen Berufen tätig werden, kann anhand der HIS-HF Absolventendaten geprüft werden. Der berufliche Erfolg von Mediziner(inne)n wird anhand der Tätigkeitsmerkmale Einkommen, Ausübung einer Leitungsfunktion, Angemessenheit der Beschäftigung und der beruflichen Zufriedenheit analysiert.

### 4.1 Ärztlicher Beruf

Während des ersten Jahres nach dem Examen werden 96 Prozent der Humanmediziner(innen) des Prüfungsjahrgangs 2009 – zumeist als Ärztin oder Arzt – erwerbstätig (Tab. 4.1). Zwischen den Jahrgängen schwankt dieser Anteil etwas; er bleibt aber unabhängig vom absolvierten Prüfungsjahrgang konstant hoch. Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Studium nehmen die Anteile an erwerbstätigen Mediziner(inne)n vorübergehend ab. Eine Ursache für das zwischenzeitliche Absinken liegt in der Familiengründung. Dafür unterbrechen zumeist Medizinerinnen ihre Erwerbstätigkeit.

**Tab. 4.1 Erwerbstätigkeit im ärztlichen Beruf (Absolventenjahrgänge 1997, 2001, 2005 und 2009; Humanmediziner(innen); in %)**

Jahrgänge	Ärztlicher Beruf		
	Von den Mediziner(inne)n werden erwerbstätig	Davon ... als Ärztin/Arzt erwerbstätig	Als Ärztin/Arzt tätige Medizinabsolvent(inn)en
2009, 1 Jahr nach dem Examen	96	98	94
2005, 1 Jahr nach dem Examen	94	94	88
2001, 1 Jahr nach dem Examen	98	98	96
2001, 5 Jahre nach dem Examen	85	98	91
1997, 1 Jahre nach dem Examen	93	98	91
1997, 5 Jahre nach dem Examen	86	94	81
1997, 10 Jahre nach dem Examen	92	94	86
Prüfungsjahrgänge 1997, 2001, 2005, 2009			HIS-HF Medizinerreport 2012

### 4.2 Berufliche Merkmale

Bestimmte berufliche Merkmale eignen sich als Indikatoren für beruflichen Erfolg. Dieser wird mit Hilfe von vier Erfolgsfaktoren (Einkommen, Adäquanz, Ausübung einer leitenden Funktion, Zufriedenheit) dargestellt.<sup>10</sup>

Humanmediziner(innen) unterscheiden sich zehn Jahre nach dem Abschluss ihres Studiums hinsichtlich aller einbezogenen Erfolgsmerkmale signifikant von den anderen Universitätsabsolvent(inn)en. Sie verfügen über ein höheres Brutto-Jahreseinkommen<sup>11</sup> als die Absolvent(inn)en der Vergleichsgruppe (Tab. 4.2). Innerhalb der

<sup>10</sup> Für die Analysen zu den beruflichen Merkmalen wird der Absolventenjahrgang 1997 herangezogen. Die Absolvent(inn)en dieses Jahrgangs wurden dreimal nach Studienabschluss befragt, nach einem, nach fünf und nach zehn Jahren. Zum dritten Befragungszeitpunkt sind die Absolvent(inn)en beruflich weitgehend konsolidiert.

<sup>11</sup> Das Einkommen umfasst das Brutto-Jahreseinkommen inklusive zusätzlicher fester und variabler Gehaltsbestandteile. Es werden nur Vollzeiterwerbstätige berücksichtigt.

Gruppe der Humanmediziner(innen) bestehen deutliche Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer verdienen im Durchschnitt ein gutes Viertel mehr als Frauen. Die Einkommen der Humanmedizinerinnen liegen nur knapp über dem Einkommen der Universitätsabsolventen traditioneller Studiengänge.

**Tab. 4.2 Durchschnittliches Brutto-Jahreseinkommen nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, inklusive Zulagen, Vollzeiterwerbstätige, in Euro)**

	Brutto-Jahreseinkommen
<b>Humanmediziner(innen)</b>	<b>78.800</b>
davon männlich	86.100
davon weiblich	67.900
<b>Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen</b>	<b>63.200</b>
davon männlich	69.900
davon weiblich	51.100
<b>Uni-Absolvent(inn)en insgesamt</b>	<b>63.200</b>
t-Wert	5,85***
Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss	
HIS-HF Medizinerreport 2012	

Um die Angemessenheit einer Beschäftigung von Hochschulabsolvent(inn)en zu bewerten, sind sowohl fachliche als auch positionale Aspekte zu berücksichtigen. Weiterhin sind die formale Bedeutung eines Studienabschlusses für die ausgeübte Tätigkeit und das Niveau der beruflichen Aufgaben für die Bewertung der Adäquanz maßgebend.<sup>12</sup>

Humanmediziner(innen) sind wesentlich häufiger volladäquat beschäftigt als Absolvent(inn)en anderer traditioneller Studiengänge (Tab. 4.3). Dieses gilt für Frauen ebenso wie für Männer. Inadäquate Beschäftigungen sind die Ausnahme.

**Tab. 4.3 Vertikale und horizontale Adäquanz der aktuellen/letzten Beschäftigung nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, in %)**

	Adäquanz der Beschäftigung				
	Volladäquat	Vertikal adäquat	Fachadäquat	Inadäquat	Gesamt
Humanmediziner(innen)	92	7	1	0	100
davon männlich	93	7	0	0	100
davon weiblich	93	6	1	0	100
Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen	63	25	3	9	100
davon männlich	63	26	3	8	100
davon weiblich	62	23	4	11	100
Uni-Absolvent(inn)en insgesamt	65	23	3	9	100
Chi² (nach Pearson)	74,57***				
Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss					HIS-HF Medizinerreport2012

\*\*\* p<,001; \*\*p<,01; \*p<,05; rundungsbedingte Abweichungen möglich

<sup>12</sup> Die Angemessenheit der beruflichen Tätigkeit wird der Typologie von Fehse und Kerst (2007) zufolge gebildet. Die Befragten schätzen die Angemessenheit ihrer beruflichen Stellung, das Niveau der Arbeitsaufgaben und die Notwendigkeit des Studienabschlusses für die berufliche Tätigkeit ein. Diese drei Aspekte werden als vertikale Adäquanz verstanden. Von der vertikalen Adäquanz wird die fachliche Adäquanz (auch horizontale Adäquanz) unterschieden. Werden beide Dimensionen positiv eingeschätzt, wird von einer volladäquaten Beschäftigung gesprochen. Als inadäquat beschäftigt gelten diejenigen, die weder vertikal noch horizontal angemessen beschäftigt sind.

Humanmediziner(innen) arbeiten häufiger in Leitungspositionen als Absolvent(inn)en der Vergleichsgruppe (Tab. 4.4). Hier werden Geschlechterunterschiede deutlich. Männer gelangen wesentlich häufiger in Leitungspositionen als Frauen.

**Tab. 4.4 Berufliche Position in der aktuellen Tätigkeit nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997; in %)**

	Berufliche Position		
	Leitungsposition	Keine Leitungsposition	Gesamt
<b>Humanmediziner(innen)</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
davon männlich	66	34	100
davon weiblich	46	54	100
<b>Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen</b>	<b>42</b>	<b>58</b>	<b>100</b>
davon männlich	51	49	100
davon weiblich	30	70	100
<b>Uni-Absolvent(inn)en insgesamt</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>
Chi <sup>2</sup> (nach Pearson)	9,17**		

Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss

HIS-HF Medizinerreport 2012

\*\*\* p<,001; \*\*p<,01; \*p<,05; rundungsbedingte Abweichungen möglich

Die berufliche Zufriedenheit setzt sich aus einzelnen Aspekten der Zufriedenheit zusammen. Für die vorliegenden Analysen wurden die Dimensionen „inhaltliche Ausgestaltung und Arbeitsbedingungen“, „monetäre Erträge und Karriereperspektiven“, „arbeitszeitlicher Rahmenbedingungen“ sowie „Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten“ genutzt.<sup>13</sup>

Humanmediziner(innen) sind zehn Jahre nach dem Abschluss ihres Studiums alles in allem beruflich zufrieden (Tab. 4.5).

Dies gilt sowohl für die inhaltliche Ausgestaltung der Tätigkeit als auch – allerdings auf etwas geringerem Niveau – für die monetären Erträge und Karriereperspektiven<sup>14</sup> sowie für die Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung.

Am wenigsten sind Humanmediziner(innen) mit den arbeitszeitlichen Rahmenbedingungen zufrieden. Frauen sind mit diesem Aspekt etwas zufriedener als ihre männlichen Kollegen. Eine mögliche Erklärung liegt im unterschiedlichen Ausmaß der Arbeitszeit; 40 Prozent der Humanmedizinerinnen in Teilzeit beschäftigt sind, allerdings nur drei Prozent der Humanmediziner (s. Anhang Tab. A1).

<sup>13</sup> Vgl. Fabian/Briedis 2009: 66.

Die Dimensionen setzen sich wie folgt zusammen: Zufriedenheit mit der inhaltlichen Ausgestaltung und Arbeitsbedingungen (Tätigkeitsinhalte, Möglichkeit, eigene Ideen einzubringen, Arbeitsklima, Arbeitsbedingungen, technische Ausstattung); Zufriedenheit mit monetären Erträgen und Karriereperspektiven (Beschäftigungssicherheit, Verdienst, berufliche Position, Aufstiegsmöglichkeiten, Qualifikationsangemessenheit) sowie Zufriedenheit mit dem arbeitszeitlichen Rahmen (Raum für Privatleben, Umfang/Länge der Arbeitszeit, Arbeitszeitorganisation, Familienfreundlichkeit). Neben diesen drei Dimensionen wird auch die Zufriedenheit mit den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (Einzelmerkmal) ausgewiesen.

<sup>14</sup> Die Medizinerinnen sind hier etwas weniger zufrieden als die Mediziner.

**Tab. 4.5** Durchschnittliche Berufszufriedenheit nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, Skala von 1 „unzufrieden“ bis 5 „sehr zufrieden“)

	Berufliche Zufriedenheit			
	Inhaltliche Ausgestaltung	Monetäre Erträge und Karriereperspektiven	Arbeitszeitliche Rahmenbedingungen	Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung
<b>Humanmediziner(innen)</b>	<b>3,80</b>	<b>3,53</b>	<b>2,81</b>	<b>3,54</b>
davon männlich	3,78	3,64	2,60	3,54
davon weiblich	3,82	3,44	2,99	3,54
<b>Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen</b>	<b>3,92</b>	<b>3,57</b>	<b>3,42</b>	<b>3,37</b>
davon männlich	3,98	3,63	3,34	3,41
davon weiblich	3,84	3,51	2,53	3,31
<b>Uni-Absolvent(innen) insgesamt</b>	<b>3,91</b>	<b>3,57</b>	<b>3,37</b>	<b>3,38</b>
t-Wert	-2,86**	-0,9	-10,4***	2,58*

Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss

HIS-HF Medizinerreport 2012

\*\*\* p&lt;,001; \*\*p&lt;,01; \*p&lt;,05

### 4.3 Regionaler Verbleib

Sowohl auf wissenschaftlicher als auch auf politischer Ebene wird das Thema „Ärztmangel“ diskutiert (z. B. Janson 2010, Deter 2010, Malzahn/Stosch 2007). Ursachen werden im demographischen Wandel und der daraus resultierenden größeren Nachfrage von Ärztinnen und Ärzten und des Weiteren in der Abwanderung der jüngeren Generationen von ländlichen Gebieten in die Städte gesehen. Wo werden die Mediziner(inn)en des Absolventenjahrgangs 1997 tätig?

Zehn Jahre nach dem Abschluss des Studiums sind 66 Prozent der Humanmediziner(innen) im Bundesland ihrer Hochschule erwerbstätig (Tab. 4.6). Fünf Prozent arbeiten im Ausland. Gut jede(r) achte Humanmediziner(in) des Absolventenjahrgangs 2009 ist zehn Jahre nach dem Abschluss des Studiums in einer ländlichen Region tätig (Tab. 4.7).<sup>15</sup>

**Tab. 4.6** Regionaler Verbleib von Uni-Absolvent(inn)en zehn Jahre nach Studienabschluss (Absolventenjahrgang 1997, in %)

Hochschulland und Erwerbsland	Humanmediziner(innen)	Uni-Absolvent(inn)en weiterer Studiengänge	Uni-Absolvent(inn)en insgesamt
Gleiches Bundesland	66	56	56
Anderes Bundesland	29	38	38
Ausland	5	6	6
Gesamt	100	100	100

Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss

HIS-HF Medizinerreport 2012

<sup>15</sup> Agglomerationsräume: „Oberzentrum über 300.000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km<sup>2</sup>“. Verstädterte Räume: „Dichte größer als 150 Einwohner/km<sup>2</sup> oder Oberzentrum über 100.000 Einwohner bei einer Minstedichte von 100 Einwohner/km<sup>2</sup>“. Ländliche Räume: „Dichte über 150 Einwohner/km<sup>2</sup> und ohne Oberzentrum über 100.000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100.000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup>“. (Homepage des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung)



**Tab. 4.7      Regionaler Verbleib von Humanmediziner(inne)n nach siedlungsstrukturellen Regionsgrundtypen\* (Absolventenjahrgang 1997, Zeilenprozente)**

Regionsgrundtyp der Abschlusshochschule	Regionsgrundtyp des Arbeitsortes			
	Agglomerationsräume	Verstädterte Räume	Ländliche Räume	Ausland
Agglomerationsräume	61	21	13	5
Verstädterte Räume	43	40	12	5
Ländliche Räume **	-	-	-	-
Gesamt	54	28	13	5

Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss HIS-HF Medizinerreport 2012

\*Siedlungsstrukturelle Regionsgrundtypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung

\*\*Aufgrund geringer Fallzahlen nicht ausgewiesen

**Tab. 4.8      Regionaler Verbleib von Uni-Absolvent(inn)en trad. Studiengänge (ohne Humanmedizin) nach siedlungsstrukturellen Regionstypen\* (Absolventenjahrgang 1997, Zeilenprozente)**

Regionsgrundtyp der Abschlusshochschule	Regionsgrundtyp des Arbeitsortes			
	Agglomerationsräume	Verstädterte Räume	Ländliche Räume	Ausland
Agglomerationsräume	75	15	5	5
Verstädterte Räume	47	39	8	6
Ländliche Räume **	-	-	-	-
Gesamt	63	24	7	6

Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss HIS-HF Medizinerreport 2012

\*Siedlungsstrukturelle Regionsgrundtypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung

\*\*Aufgrund geringer Fallzahlen nicht ausgewiesen

Verschiedentlich wurde die Befürchtung geäußert, dass eine zunehmende Zahl von Humanmediziner(inne)n außerhalb Deutschlands erwerbstätig werde (Janson 2010). Die HIS-HF Absolventenpanels ermöglichen die Lokalisierung des Arbeitsortes verschiedener Abschlusskohorten zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem Studium. Auf dieser Basis können Aussagen über temporären oder stabilen Verbleib im Ausland gemacht werden. Lediglich die Absolvent(inn)en eines der hier referierten Prüfungsjahrgänge gehen überdurchschnittlich zahlreich ins Ausland (zehn Prozent des Absolventenjahrgangs 2001 im ersten Jahr nach dem Studienabschluss); dieser Umfang an Mobilität ist jedoch auf die ersten Jahre nach Studienabschluss beschränkt (vgl. Tab. 4.9). Nach fünf Jahren liegt der Anteil im Ausland erwerbstätiger Mediziner(innen) des Prüfungsjahrgangs 2001 bei fünf Prozent und damit auf dem Niveau aller Hochschulabsolvent(inn)en.

**Tab. 4.9      Erwerbstätigkeit im Ausland nach zeitlichem Abstand zum Studienabschluss (Absolventenjahrgänge 1997, 2001, 2005; in %)**

Jahrgang	Humanmediziner(innen)	Uni-Absolvent(inn)en insgesamt
2005, 1 Jahr nach dem Examen	4	5
2001, 1 Jahr nach dem Examen	10	4
2001, 5 Jahre nach dem Examen	5	6
1997, 1 Jahr nach dem Examen	2	3
1997, 5 Jahre nach dem Examen	3	5
1997, 10 Jahre nach dem Examen	5	6

Prüfungsjahrgänge 1997, 2001, 2005 HIS-HF Medizinerreport 2012

## 5 Schlussbetrachtung

Die Absolventenzahlen in der Humanmedizin sind konstant, die Abbrecherquoten zuletzt sehr gering. Diese Quoten (Anfänger-, Abbrecher- und Absolventenquoten) lassen gegenwärtig nicht auf ein abnehmendes Ärzteangebot schließen.<sup>16</sup> Bereits während des Studiums zieht es einen großen Teil der Medizinstudent(inn)en ins Ausland. Im Anschluss an das Studium entscheidet sich allerdings nur ein geringer Teil für eine Auslandstätigkeit. Auch zehn Jahre nach dem Studienabschluss liegt dieser Anteil nicht über dem Durchschnitt der Universitätsabsolvent(inn)en anderer Fachrichtungen.

Ein Blick auf den regionalen Verbleib der Mediziner(innen) zeigt, dass mehrere Jahre nach Studienabschluss ein relevanter Anteil der Absolvent(inn)en in ländlichen Regionen erwerbstätig ist.<sup>17</sup> Ob dieser Anteil aber für die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ausreichen wird, ist an dieser Stelle nicht zu erörtern.

Medizinabsolvent(inn)en gehen im Anschluss an das Studium relativ schnell in eine reguläre Erwerbstätigkeit über und werden fast ausschließlich als Ärztinnen und Ärzte tätig. Sie verfügen über ein höheres Einkommen als Absolvent(inn)en anderer Fachrichtungen, sind häufiger in Führungspositionen und zumeist adäquat beschäftigt; kurzum, sie sind beruflich erfolgreich.

---

<sup>16</sup> Durch die Alterung der Gesellschaft im Zuge des demographischen Wandels steigt jedoch auch die Nachfrage an ärztlicher Dienstleistung. Nach Angaben des Wissenschaftlichen Dienstes entsteht in den Jahren 2010 bis 2020 ein Gesamtbedarf von 71.000 Ärzt(inn)en (Deter 2010: 1). Dem stehen nach heutigem Stand jährlich knapp 10.000 Absolvent(inn)en, die zumeist als Ärztinnen und Ärzte tätig werden, gegenüber.

<sup>17</sup> Greß und Stegmüller (2011: 11) stellen lediglich für einen Planungsbereich in Sachsen-Anhalt eine Unterversorgung an Hausärztinnen und Hausärzten für das Jahr 2010 fest.

## 6 Literatur

- Fabian, G./Briedis, K. (2009): Aufgestiegen und erfolgreich. Ergebnisse der dritten HIS-Absolventenbefragung des Jahrgangs 1997 zehn Jahre nach dem Examen. HIS:Forum Hochschule 02/2009. Hannover: HIS.
- Fehse, S./Kerst, C. (2007): Arbeiten unter Wert? Vertikal und horizontal inadäquate Beschäftigung von Hochschulabsolventen der Abschlussjahrgänge 1997 und 2001. In: Beiträge zur Hochschulforschung, Jg. 29, Heft 1, S. 72-98.
- Greß, S./Stegmüller, K. (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Heublein, U./Hutsch, Ch./Schreiber, J./Sommer, D./Besuch, G. (2010): Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Exmatrikulierten des Studiengangs 2007/2008. HIS:Forum Hochschule 02/2010. Hannover: HIS.
- Janson, K. (2010): Die Sicht der Nachwuchsmediziner auf das Medizinstudium – Ergebnisse einer Absolventenbefragung der Abschlussjahrgänge 2007 und 2008. Kassel: Incher-Kassel.
- Kerst, C./Minks, K.-H. (2004): Fünf Jahre nach dem Studienabschluss – Berufsverlauf und aktuelle Situation von Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen des Prüfungsjahrgangs 1997. Hannover: HIS.
- Malzahn, J./Stosch, Ch. (2007): Diagnose Ärztemangel. Freie Stellen und steigende Arztzahlen. Therapieplätze gegen ein differenziertes Syndrom. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 31-32.
- Rehn, T./Brandt, G./Fabian, G./Briedis, K. (2011): Hochschulabschlüsse im Umbruch. Studium und Übergang von Absolventinnen und Absolventen reformierter und traditioneller Studiengänge des Jahrgangs 2009. HIS:Forum Hochschule 17/2011. Hannover: HIS.
- Willich, J./Buck, D./Heine, Ch./Sommer, D. (2011): Studienanfänger im Wintersemester 2009/2010. Wege zum Studium, Studien- und Hochschulwahl, Situation bei Studienbeginn. HIS:Forum Hochschule 06/2011. Hannover: HIS.

### Internetquellen:

- Deter, G. (2010): Aktueller Begriff. Ärztemangel in Deutschland? Wissenschaftliche Dienste, Nr. 68/10.  
Internet: <http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/aerztemangel.pdf> (26.04.2012)
- Die Zeit Online (2012): Bauer sucht Arzt. Die Krankenhäuser müssen sich verändern, wenn sie junge Mediziner auf Land locken wollen. DIE ZEIT, 9.2.2012 Nr. 07  
Internet: <http://pdf.zeit.de/2012/07/C-Landarzt.pdf> (23.04.2012)
- Homepage des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung.  
Internet:  
[http://www.bbsr.bund.de/nn\\_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Regionstypen/regionstypen\\_node.html?nnn=true](http://www.bbsr.bund.de/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Regionstypen/regionstypen_node.html?nnn=true) (20.04.2012)
- Welt Online (2011): Deutschland droht ein dramatischer Ärztemangel. Deutsche Ärzte arbeiten lieber im Ausland. Damit die Versorgung in Deutschland gesichert bleibt, fordert die Bundesärztekammer bessere Honorare.  
Internet: <http://www.welt.de/104336691> (23.04.2012)



## 7 Anhang

### Tabellenverzeichnis Anhang

Tab. A 1	Arbeitszeit der aktuellen Tätigkeit (Absolventenjahrgang 1997; in %) .....	23
----------	--	----

### Abbildungsverzeichnis Anhang

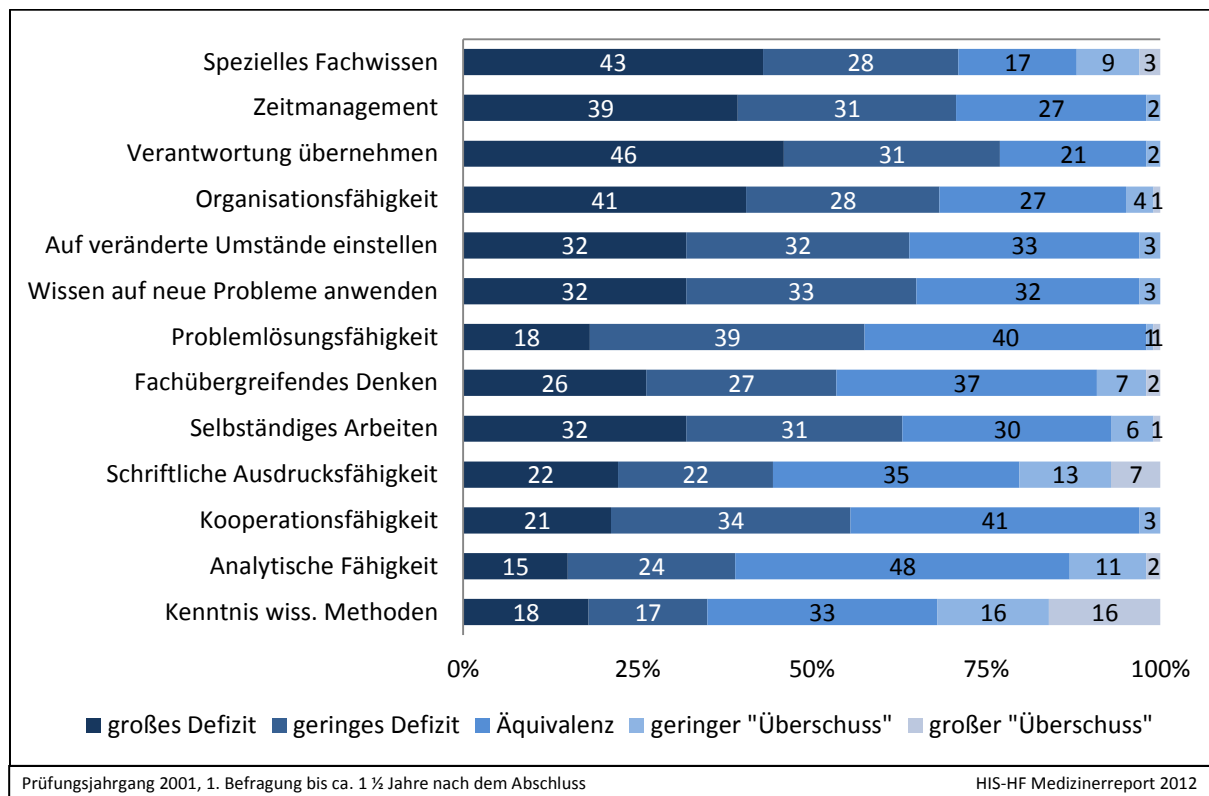
Abb. A 1	Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen von Humanmediziner(inne)n, ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, bis ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss, in %) .....	24
Abb. A 2	Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen von Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin), ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss, in %) .....	24
Abb. A 3	Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin), ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, ca. 5 Jahre nach dem Abschluss, in %) .....	25
Abb. A 4	Bei Studienabschluss vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten unter Humanmediziner(inne)n für die derzeitige berufliche Tätigkeit (Absolventenjahrgang 2009, in %) .....	25
Abb. A 5	Bei Studienabschluss vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten unter Uni-Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin; Absolventenjahrgang 2009, in %) .....	26

**Tab. A 1 Arbeitszeit der aktuellen Tätigkeit (Absolventenjahrgang 1997, in %)**

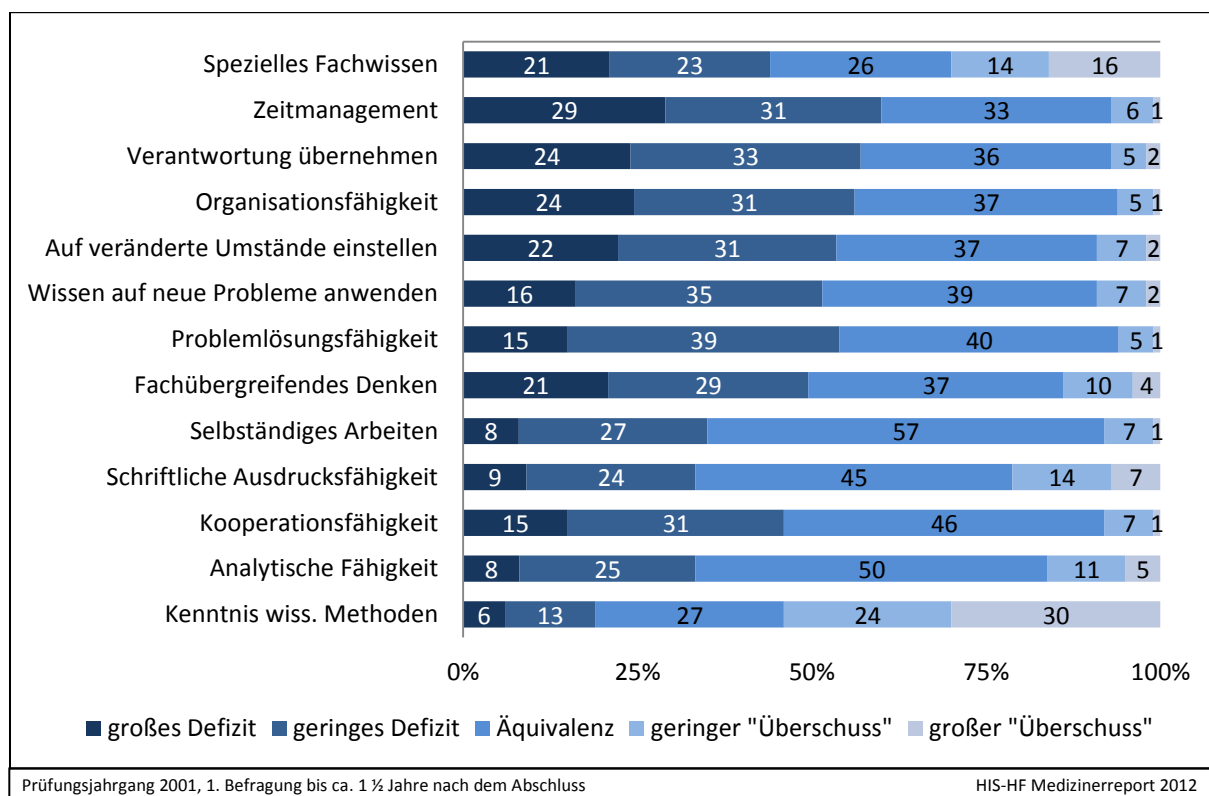
	Arbeitszeit			Gesamt
	Vollzeit erwerbstätig	Teilzeit erwerbstätig	Ohne feste Vereinbarung	
<b>Humanmediziner(innen)</b>	<b>70</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
davon männlich	94	3	3	100
davon weiblich	52	40	8	100
<b>Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
davon männlich	91	5	4	100
davon weiblich	54	37	9	100
<b>Uni-Absolvent(inn)en insgesamt</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
Chi <sup>2</sup> (nach Pearson)	1,13*			
Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss				HIS-HF Medizinerreport 2012

\*\*\* p<,001; \*\*p<,01; \*p<,05; rundungsbedingte Abweichungen möglich

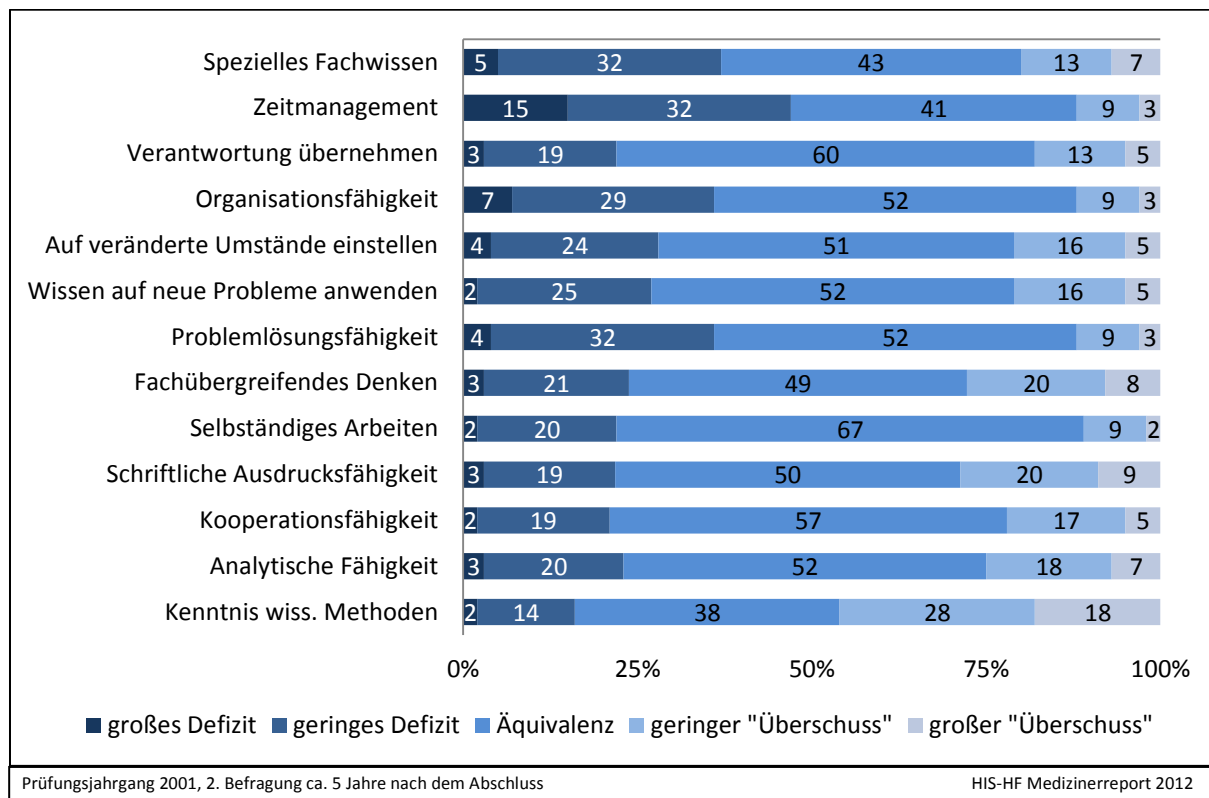
**Abb. A 1 Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen von Humanmediziner(inne)n, ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, bis ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss, in %)**



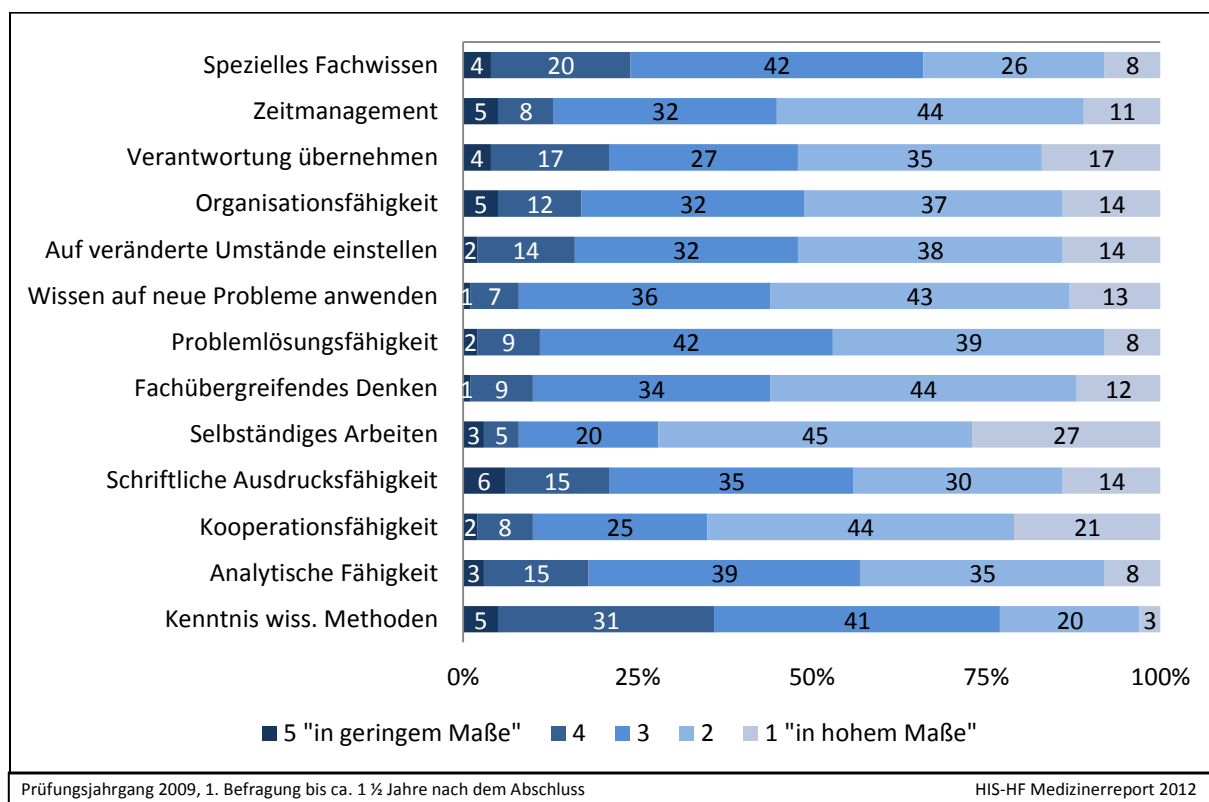
**Abb. A 2 Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen von Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin), ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, ca. 1 ½ Jahre nach dem Abschluss, in %)**



**Abb. A 3 Defizite zwischen verfügbaren und geforderten Kompetenzen bei Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin), ausgewählte Merkmale (Absolventenjahrgang 2001, ca. 5 Jahre nach dem Abschluss, in %)**



**Abb. A 4 Bei Studienabschluss vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten unter Humanmediziner(inne)n für die derzeitige berufliche Tätigkeit (Absolventenjahrgang 2009, in %)**



**Abb. A 5** Bei Studienabschluss vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten unter Uni-Absolvent(inn)en traditioneller Studiengänge (ohne Humanmedizin; Absolventenjahrgang 2009, in %)

